



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL**

Programa de Pós-Graduação

Doutorado

**IDEOLOGIA E PRÁTICA NA SAÚDE
A QUESTÃO DA REFORMA SANITÁRIA**

Fátima de Maria Masson

Rio de Janeiro, junho de 2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

IDEOLOGIA E PRÁTICA NA SAÚDE A QUESTÃO DA REFORMA SANITÁRIA

Fátima de Maria Masson

Tese orientada pelo Professor Dr. José Paulo Netto, com co-orientação de Dra. Ana Maria de Vasconcelos e apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutora em Serviço Social.

Rio de Janeiro, junho de 2007.

**IDEOLOGIA E PRÁTICA NA SAÚDE
A QUESTÃO DA REFORMA SANITÁRIA**

Fátima de Maria Masson

Banca Examinadora:

Doutor José Paulo Netto (UFRJ)
Orientador

Doutora Maria Inês Souza Bravo (UERJ)

Doutora Yolanda Guerra (UFRJ)

Doutor Carlos Octávio Ocké- Reis (IPEA)

Doutora Ana Maria de Vasconcelos (UERJ)
Co-orientadora

Rio de Janeiro, junho de 2007

Ficha Catalográfica

Masson, Fátima de Maria.

Ideologia e prática na saúde
A questão da Reforma Sanitária
/ Fátima de Maria Masson. Rio de Janeiro: UFRJ/CFCH,
2007.

XXII, 164 p. il.

Tese – Universidade Federal do Rio de Janeiro, CFCH.

1. Serviço Social. 2. Reforma Sanitária. 3. Saúde. 3. Tese
(Dout.–UFRJ/ CFCH). I. Título. Ideologia e prática na saúde
A questão da Reforma Sanitária

A desigualdade na saúde é a pior desigualdade. Não existe pior desigualdade do que saber que vai se morrer, antes, porque se é pobre.

Frank Dobson

A os meus bons e amados mestres, A na Maria de Vasconcelos e
José Paulo Netto.
A o jovem médico Pedro, meu filho, todo o meu amor.

AGRADECIMENTOS

É muito bom poder agradecer. Mesmo tratando-se de um item previsto, formal, é um momento inspirador e gratificante. Nesta hora, sentimos a importância do trabalho coletivo. Não fosse a participação de todos nesta história, não haveria tese.

Em primeiro lugar, agradeço à UFRJ e ao Instituto de Ginecologia, que me permitiram, como Assistente Social, conciliar a atividade acadêmica e profissional.

Agradeço à coordenação da pós-graduação, Profa. Yolanda Guerra, pela atenção e consideração às minhas imprevistas solicitações.

Agradeço, leda, Luis, Luiza e Fabio Marinho, pelas respostas sempre carinhosas e competentes.

Aos examinadores, Profa. Yolanda Guerra e ao Prof. Carlos Octávio Ocké-Reis, pela atenção e o aceite de participar deste exame.

Um especial agradecimento ao mestre José Paulo Netto, por sua fraterna acolhida às minhas inquietações, orientando esta tese de forma primorosa.

À amiga e professora Ana Maria de Vasconcelos, autora da pesquisa que subsidiou este trabalho e instigou as reflexões aqui contidas.

Agradeço e faço uma homenagem especial e saudosa à memória do meu querido professor Jean Robert Weissaupt, que me revelou um Foucault compreensível.

À Profa. Maria Inês Bravo, pelos encontros sempre propositivos.

Ao meu amigo e companheiro da luta pela Reforma Sanitária, Francisco Troccoli.

À equipe da pesquisa “A prática dos profissionais de saúde no município do Rio de Janeiro – Hospitais Universitários”/UERJ/FSS/CNPq/FAPERJ, em especial Sara Tavares Ferreira e Juliana Bravo, companheiras na labuta das entrevistas e sistematização dos dados.

Um agradecimento especial ao amigo Prof. Paulo Roberto de Carvalho, pelas conversas inspiradoras de questões para investigação.

Aos companheiros do doutorado, Artur, Paulo Henrique, Marcos Botelho, com especial atenção a Valeria Forti.

Agradeço as minhas amigas e companheiras de luta nesta universidade, René Góes, Myrian Lima, Andrea Gomes, Maria Luiza Carvalho, Cristina Mendonça e Egleubia Andrade.

Agradeço a amizade de Fernando Leitão, sua generosidade e resistência à competição acadêmica, capaz de socializar o que muitos haveriam de esconder.

Agradeço Sonia Yessin, pelas idéias provocadoras, pela contribuição efetiva na definição desta tese e pela paixão pela revolução.

Ao meu irmão, Antonio Augusto Masson, pela atenção e contribuição na finalização deste trabalho.

Obrigada Alice Pereira, sua disponibilidade foi imprescindível.

E ao meu querido médico, Prof. José Alberto Landeiro, agradeço a força e o carinho durante todo o curso.

À Peta e Wladmir agradeço a amizade e apoio.

E aos meus amados pais, Manoel Masson e Odenila Masson, que deram as bases para o meu projeto de vida.

RESUMO

MASSON, Fátima de Maria Masson. Ideologia e Prática na Saúde. A questão da Reforma Sanitária. Orientador: José Paulo Netto. Co-Orientador: Ana Maria de Vasconcelos. Rio de Janeiro: UFRJ/ESS, 2007. Doutorado em Serviço Social.

A base histórico-filosófica da Reforma Sanitária brasileira tem raízes no projeto da modernidade, no movimento democrata radical da medicina social do século XIX, nos fundamentos da universalidade, da igualdade e da determinação social da saúde e da doença. Sua vocação socializante se materializa, parcialmente, no Sistema Único de Saúde (SUS) que, além destas noções, inova com a proposição de modelo de Atenção Integral à Saúde, proporcionando *status* legal aos profissionais de diferentes áreas do conhecimento na categoria “profissionais de saúde”. As principais forças ameaçadoras do SUS se inscrevem num conjunto de propostas reformistas afinadas com a ideologia da “terceira via” neoliberal, que atribuem a “crise da saúde” ao modelo do SUS quando a “crise” é conseqüente do sub-financiamento público de saúde, das seqüelas de uma economia neoliberal e do modelo hegemônico curativo e hospitalocêntrico, cuja origem é anterior ao SUS. A perda da memória da perspectiva histórica e dialética das lutas de classes golpeou o sentido socializante da Reforma Sanitária: neutralizou a crítica das forças ideológicas que disputam a direção social da Saúde Pública; deslocou o debate sobre os antagonismos sociais para acirradas “disputas metodológicas” e favoreceu a emersão de ideologias relativas a um “terceiro caminho” teórico-filosófico, nem positivista e nem materialista dialético. Neste contexto, coloca-se em questão a contribuição dos profissionais de saúde dos Hospitais Universitários Públicos na formação de profissionais que irão atuar na rede pública. Profissionais que poderão dificultar ou fazer avançar a realização dos princípios e do modelo do SUS como garantido na Constituição Federal de 1988.

Palavras-chave: reforma sanitária brasileira, políticas de saúde, papel dos profissionais de saúde, Sistema Único de Saúde (SUS), hospitais públicos universitários, forças ameaçadoras ao SUS, modelo de atenção integral à saúde, ideologia da terceira via.

ABSTRACT

IDEOLOGY AND PRACTICE INTO HEALTH. SANITARY REFORM ISSUE DEBATE

Brazilian historic-philosophic sanitary reform basis has its roots supported by the modernity project, radical democratic movement derived from XIX Century, universal foundations, equality and upon health and illness social determination. The socializing vocation tendency is partially built up into Unique Health System (UHS) which, beyond all these concepts, innovates through presenting The Integral Health Attention Model. This last policy pattern gives a legal status to professionals acting in several knowledge areas, encompassing what is currently called the “health care workers” category. The main forces able to threaten UHS are included in a group of reformists propositions linked to neoliberal “third path” ideology, blaming UHS for “health crisis” erroneously. In fact, “health crisis” owes to public under- financing process, to neoliberal economic damages and to prevailing remedial model that is centered in hospital frame, which, in turn, appeared long before UHS. Memory losses from historic perspective and dialectic class struggle both have hit the Sanitary Reform socializing drive, neutralized criticism from ideological forces which fight for drawing the social direction imposed to Public Health System: pushed the debate about social antagonisms forward to tight “methodological arguments” and enhanced the arising of related “third road” theoretical philosophy, neither positivist nor dialectic materialist. In this context, emerges the possibility of health care workers, commissioned at public hospitals controlled by universities, who are able to contribute educating other professionals to act in public assistance net. These workers may detain or, alternatively, speed up the UHS building process as a model assured in 1988 Federal Constitution Law.

Key words: brazilian sanitary reform, health policies, health care workers role, Unique Health System (UHS), university public hospitals, threatening forces to UHS, integral health attention model, third path ideology.

MASSON, Fátima de Maria Masson. *Idéologie e Pratique dans la Santé. La question de la réforme sanitaire*. Orientation: José Paulo Netto. Co-orientation: Ana Maria de Vasconcelos. Rio de Janeiro: UFRJ/ESS, 2007. Cours de Docteur em Service Sociale.

La base historique et philosophique de la réforme sanitaire brésilienne a des raízes dans le projet de la modernité, dans le mouvement radical démocratique de la médecine sociale du siècle XIX, dans les literies de l'universalité, de l'égalité et de la détermination sociale de la santé et de la maladie. Sa vocation de socialisation si matérialise, partiellement, dans le "Sistema Único de Saúde" (Système Unique de Santé (SUS)) cela, au delà des ces notions, innove avec la proposition du modèle d'une Attention Intégrale à la Santé, fournissant le statut juridique aux professionnels de différents secteurs de la connaissance pour la catégorie "professionnel de la santé". Les principales forces menaçantes du SUS si inscrivent en un ensemble de propositions réformistes affilés avec l'idéologie de la "troisième route" néo-libérale, qu'attribuent la "crise de la santé" au modèle du SUS quand la "crise" est conséquent du sub-financement public de la santé, de les suites d'une économie néo-libérale et du modèle hégémonique pansement et centralisé au hôpital, dont l'origine est précédente au SUS. La perte de la mémoire de la perspective historique et dialectique des combats de classe a frappé le sens de socialization de la Réforme Sanitaire: elle a neutralisé le critique des forces idéologiques qui contestent la direction sociale de la Santé Publique; elle a disloqué la discussion sur les antagonismes sociaux pour des incités "contestes metodologiques" et elle a favorisé l'émersion des idéologies relatives à l'une "troisième route" théoricien-philosophique, ni positivista et ni dialético matérialiste. Dans ce contexte, il est placée en question la contribution des professionnels de la santé des Hôpitaux Publics d'Université dans la formation des professionnels qui agiront dans le réseau public. Professionnels qui pourront rendre difficile ou faire pour avancer l'accomplissement des principes et le modèle du SUS comme garantis dans la Constitution Federale/1988.

Termes: Réforme sanitaire brésilienne, politiques de la santé, fonction des professionnels de santé, "Sistema Único de Saúde" (Système Unique de Santé (SUS)), hôpitaux publics d'université, forces menaçantes au SUS, modèle d'une attention intégrale à la santé, idéologie de la troisième route.

LISTA DE SIGLAS

ABONG – Associação Brasileira de Organizações Não Governamentais de Saúde

ABRAHUE - Associação Brasileira de Hospitais Universitários de Ensino

ABRASCO - Associação de Estudos de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ABRES – Associação Brasileira de Economia da Saúde

AIS – Ações Integradas de Saúde

ANDES-SN - Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior

ANDIFES – Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino

ADUSP – Associação de Docentes da Universidade de São Paulo

ANS - Agência Nacional de Saúde

BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento

CADIM - Cadastro Informativo dos Créditos não Quitados do Setor Público Federal

CAPES - Coordenação de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEENSP – Centro de Estudos da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

CLAD Centro Latino Americano de Administração para o Desenvolvimento

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

CNPQ – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASEM – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONFAZ – Conselho Nacional de Política Fazendária

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

FAPERJ- Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa

FASUBRA – Federação de Sindicatos dos Trabalhadores das Universidades Brasileiras

FURP – Fundação para o Remédio Popular

GEFIN – Grupo de Gestores das Finanças Estaduais

HUCFF – Hospital Universitário Clementino Fraga Filho

HUs – Hospitais Universitários

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDISA – Instituto de Direito Sanitário

IFES – Instituições Federais de Ensino Superior

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação

MARE – Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado

MCT – Ministério da Ciência e Tecnologia

MEC Ministério da Educação Cultura

MP – Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão

MS – Ministério da Saúde

NOBs – Normas Operacionais Básicas

OMS - Organização Mundial de Saúde

OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

OSs – Organizações Sociais

PAC – Programa de Aceleração do Crescimento

PDI - Proposta de Plano Quinquenal de Desenvolvimento para a UFRJ

PAC – Programa de Aceleração do Crescimento

PPPs - Parcerias Público Privadas

PREVsaúde – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

RJU – Regime Jurídico Único

SAS - Secretaria de Ação em Saúde

SINTUFRJ – Sindicato dos trabalhadores em educação

SUS - Sistema Único de Saúde

SWAPS - Sector-wide approaches

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UNESP – Universidade Estadual Paulista

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1. A Universidade Pública e as Práticas dos Profissionais de Saúde	
1.1. Os Hospitais Universitários e as Práticas na Saúde	18
1.2. Ideologia e Prática Profissional	32
1.3. A Função Social da Universidade e a Disputa pela sua Direção Social	40
CAPÍTULO 2. Histórico das Origens e Conquistas da Reforma Sanitária	
2.1. A Saúde Pública e a Reforma Sanitária.....	52
2.2. Elementos chaves da teoria social de Marx para o debate dos aspectos sociais da saúde.	59
2.3. - A emergência das idéias de Reforma Sanitária e sua vinculação aos projetos sociais da modernidade	63
CAPÍTULO 3. A Institucionalização do Sistema Único de Saúde	
3.1. Avanço das idéias e práticas.....	84
3.2. A luta pelo financiamento da saúde.....	99
3.3. As Tentativas de destruição da Reforma Sanitária e do SUS	111
3.3.1 Políticas e Programas Focalistas do Ministério da Saúde.....	120
3.3.2 Neopositivismo e a Terceira Via na Saúde	126
CONSIDERAÇÕES FINAIS	145
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	149
ANEXOS .	
ANEXO I -	161

Introdução

A perda da memória da perspectiva histórica e dialética da luta de classe vem golpeando o sentido socializante da luta política anticapitalista: neutraliza a crítica das forças ideológicas que disputam a direção social das políticas públicas; desloca o debate sobre os antagonismos sociais para acirradas "disputas metodológicas" e favorece a emergência de ideologias relativas a um "terceiro caminho" teórico-filosófico, nem positivista e nem materialista dialético.

Partimos da hipótese de que a denominada "crise na Saúde Pública" não é uma crise do Sistema Único de Saúde (SUS), mas uma crise relativa às contradições da ordem social capitalista. Entendemos que nos períodos de disputas e antagonismos sociais não aparentes, predomina a valorização das "disputas metodológicas", emergem posições irracionalistas e racionalistas formais. As consequências destas disputas revelam-se no predomínio de um debate epistemológico sem base ontológica, o que favorece posições políticas afinadas com a ideologia da "terceira via" neoliberal. Neste sentido, as possibilidades de superação das contradições expressas no Sistema Único de Saúde ficam comprometidas, porque tais disputas produzem uma crise que se aloja no âmbito do projeto da Reforma Sanitária brasileira.

Neste contexto, os profissionais de saúde das universidades públicas não estão conseguindo acionar mecanismos de transformação nos modelos de prestação da assistência, de formação profissional e de produção de conhecimento, tendo em conta as contradições sócio-econômicas que se expressam na desigualdade social, no sentido da implementação e aprofundamento da direção social do Sistema Único de Saúde e da Reforma Sanitária brasileira.

No primeiro capítulo, partimos de um estudo sobre as práticas dos profissionais de saúde nos Hospitais Universitários no Município do Rio de Janeiro. Os dados compreendem parte da pesquisa "A prática dos profissionais de saúde no município do Rio de Janeiro - Hospitais Universitários" (UERJ/FSS/CNPq/FAPERJ) de autoria da Profa. Ana Maria de Vasconcelos. Avaliamos as principais forças ídeo-políticas em disputa na Universidade. Demonstramos que o projeto da Reforma Sanitária, que resultou no SUS, está comprometido porque ele não atingiu o campo da formação profissional na

assistência à saúde. Desse modo, a depender destas instituições universitárias, o projeto da Reforma Sanitária está comprometido.

No segundo capítulo, partimos da história do movimento da Reforma Sanitária brasileira e identificamos suas bases teóricas e ídeo-políticas no projeto da modernidade. Observamos que este projeto tem, hoje, suas bases contestadas por debates críticos que imprimem um deslocamento teórico-político da direção social ideológica da Reforma Sanitária.

No terceiro capítulo, identificamos os determinantes sócio-históricos da "crise do SUS" e as principais forças ídeo-políticas que ameaçam o seu avanço. As possibilidades de resgate da dimensão socializante da Reforma Sanitária estão comprometidas pelas próprias condições sócio-históricas, porque estas favorecem a emergência de um problema de natureza teórico e ídeo-político: a desqualificação da razão, o neopositivismo, o irracionalismo, próprios da socialidade capitalista.

CAPÍTULO I

A Universidade Pública e as práticas dos profissionais de saúde

1.1.– Os Hospitais Universitários e as Práticas Profissionais

Há um importante movimento que marcou a saúde no Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira - emergente na década de 60 do século XX – que resultou no projeto do Sistema Único de Saúde (SUS). Nós vamos estudar este processo no Capítulo II desta tese. Historicamente, temos um espaço privilegiado de formação que são os Hospitais Universitários. Ocorre que a realidade das práticas nestes espaços revela que a Reforma Sanitária não atingiu os Hospitais Universitários, e, por conseguinte, a viabilidade fática do modelo do Sistema Único de Saúde está comprometida.

Os dados que iremos analisar mostram que na segunda metade da primeira década do século XXI, o projeto que tomou forma no Sistema Único de Saúde está comprometido. O ideário da Reforma Sanitária brasileira não está presente nos Hospitais Universitários públicos do Rio de Janeiro, o que aponta para um afastamento da necessária formação de uma massa crítica capaz de implementar o Sistema Único de Saúde na sua integralidade e avançar no projeto da Reforma Sanitária.

Trabalharemos com parte dos dados da pesquisa “A Práticas dos Profissionais de Saúde no Município do Rio de Janeiro - Hospitais Universitários”, coordenada pela Profa. Ana Maria de Vasconcelos, da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FSS/UERJ), financiada pela FAPERJ/CNPQ/UERJ.

Esta pesquisa tem como objeto de investigação as respostas de diferentes profissionais de saúde a respeito de questões relativas à prática na saúde. Os dados levantados pelo instrumento da pesquisa - formulário de entrevista a partir da técnica de saturação das questões – e que serão objeto desta análise, compreendem os seguintes campos temáticos: referências de conhecimento, análise de conjuntura e posições profissionais na instituição. O método de análise consistiu na categorização das respostas a partir do seu conteúdo temático e da sua frequência.

Partimos da hipótese de que as *respostas* dos profissionais, pelas suas *referências de análises*, *pelo sentido* das suas ações e pelas *funções* sócio-institucionais, podem fornecer um perfil das tendências da prática no conjunto das demandas e projetos em disputa, “privatista ou democracia de massa”, ou seja, das possibilidades destes participarem da perspectiva socializante da Reforma Sanitária. Assim, estes dados podem fornecer uma aproximação com a forma de consciênci-

prática destes profissionais a respeito da realidade na qual operam, através dos principais dilemas políticos na ordem da vida sócio-institucional.

A pesquisa consistiu em entrevistas, semi-estruturadas com os profissionais de saúde dos Hospitais Universitários da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Na UFRJ, os dados são relativos às seguintes unidades hospitalares: Instituto de Ginecologia, Instituto de Neurologia, Instituto de Psiquiatria, Hospital Escola São Francisco de Assis e Maternidade Escola. Na UERJ, os dados representam os profissionais de saúde do Hospital Pedro Ernesto. Foram entrevistados: Assistentes Sociais, Enfermeiros, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Médicos, Nutricionistas, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais. A pesquisa realizou 349 entrevistas, no período de 2001 a 2003, a partir de uma amostra representativa dos profissionais da área em estudo, elaborada por cotas proporcionais em função das variáveis significativas, a saber: unidade universitária de saúde pública; categoria profissional: profissões de saúde; posição na unidade de saúde: clínica, enfermagem, ambulatório, plantão ou serviço; categoria acadêmica: professor, profissional/técnico, residente. O formulário de entrevista contém trezentas e trinta e três variáveis que foram sistematizadas pela equipe da pesquisa. Analisaremos respostas relativas às seguintes perguntas:

- O que é Saúde para você?
- Você considera a Constituição de 1988 importante para a prática dos profissionais de saúde?
- Como você analisa o momento político que o país está passando?
- Qual o papel que você credita à universidade na sociedade brasileira?
- Você considera o SUS viável? Por que?
- Qual a importância dos Conselhos de Saúde na atenção à saúde da população?
- Como você se coloca diante do conflito entre interesses dos usuários e interesses institucionais?
- Quais as questões éticas determinantes para a prática profissional?
- Você orienta alunos?

As respostas dos Assistentes Sociais serão confrontadas com as dos demais profissionais de saúde, em função da especificidade da sua intervenção e do seu conjunto de saberes – aspecto que trataremos próximo item. Os dados mostraram a pertinência deste procedimento, pois vimos que há uma tendência dos assistentes sociais de fazerem referências aos aspectos expressivos das contradições sociais e ao ideário da Reforma Sanitária.

Nas repostas ¹ sobre o “*conceito de saúde*” encontramos entre os assistentes sociais, 67,86%, e entre os demais profissionais de saúde, 14,95%, referência ao “*conceito de determinação social e econômica da saúde*”, conforme a Constituição de 1988. De outro modo, 53,89% dos demais profissionais reportaram-se ao “*conceito da OMS*”, enquanto esta referência compareceu com um índice bem menor, 17,86%, nas repostas dos assistentes sociais.

Entendemos que estes conceitos dão suporte para o agir profissional mediados pelas condições objetivas histórico-institucionais, pelas vontades e projetos profissionais. Dizer que saúde é “*resultante das condições de vida*” é bem diferente de dizer que saúde é “*completo bem estar bio-psíquico-social*”. Mesmo que isto não implique em intervenções objetivamente diferentes, compreende uma reserva, que associada às posições, interesses e possibilidades de classe, pode instrumentalizar análises particulares tendentes à introdução de mudanças no modelo bio-médico hegemônico.

Na mesma orientação, encontramos as respostas sobre a “*importância da Constituição Federal de 1988, para a prática na saúde*” Para 89% dos assistentes sociais e para 46 % dos demais profissionais, a Constituição é importante. Nenhum assistente social negou a importância da carta constitucional, mas 22% dos outros profissionais contestaram sua importância. Isto é bastante compreensível, porque os profissionais, inseridos em áreas de intervenção estritamente especializadas, podem não observar que certas determinações legais podem servir na proteção da sua autonomia científica e na definição de objeto, objetivos e prioridades de estudo, ainda que saibamos que uma determinação legal, de direção socializante, por si só, não gera uma prática nesta direção. Isto fica bem ilustrado pelas práticas correspondentes aos interesses de mercado e do capital.

Na questão, “*como você vê o momento que o país está atravessando*”; 50% dos assistentes sociais se referiram à “*falta de investimento em políticas públicas*”, 28,57% fizeram “*críticas da conjuntura econômica e social*” e 17,86% compreenderam como um “*momento de transição*”. Já entre os demais profissionais de saúde, encontramos os respectivos percentuais: 26,45%, 15,12% e 20,93%. Estas respostas demonstram o quanto o sub-financiamento de políticas públicas é determinante central para quem está na esfera pública da saúde, na execução final dos projetos de Estado brasileiro. O impacto da precarização das condições e perspectivas de trabalho é determinante nas avaliações com atenção aos aspectos econômicos e distributivos.

¹ Em Anexo, encontram-se as tabelas com a apresentação do conjunto das respostas dos profissionais.

Como as entrevistas foram realizadas entre 2001 e 2003, final do governo FHC, é justificada a avaliação daquele momento como um período de *“transição”* mencionado por 17,86% dos assistentes sociais e 20,45% dos demais profissionais de saúde.

Quanto ao *“papel da universidade na sociedade brasileira”*, encontramos uma distribuição da frequência das respostas menos discrepante entre os dois segmentos analisados, vejamos: entre os assistentes sociais; 33% atribuíram à universidade a função de *“produção de conhecimentos, de pensamento crítico”*, 18% o papel na *“formação profissional”* e 16% o exercício de *“fazer crítica”*. Entre os demais profissionais de saúde as respostas foram 19%, 18% e 21%, respectivamente. É importante notar que a prioridade atribuída à universidade na função de *“articular ensino-pesquisa-extensão e desenvolvimento social”* totalizou entre as respostas dos assistentes sociais, 22%, enquanto entre os demais profissionais encontramos um total de 29%. Supomos que, para este último segmento, há uma tendência de priorizar estas funções em detrimento da possibilidade da universidade apresentar alternativas face as contradições sociais. Em sentido contrário, entre os que valorizaram a *“função crítica”* da universidade parece haver aí um espaço, uma inquietação orientada para a prospecção de novos projetos para a sociedade.

Os dois segmentos analisados consideram o *“SUS viável”*, assistentes sociais, 80%, e demais profissionais de saúde, 62,45%. *“Sim e não”*, foram as respostas de 16% e 20,45% respectivamente. Mas, a viabilidade do SUS foi condicionada à *“necessidade de mudanças, vontade política e luta”* por 73,91% dos assistentes sociais e 56,52% dos demais profissionais de saúde. A viabilidade do Sistema Único de Saúde foi ainda relacionada aos seus *“princípios”* por 21,74% dos assistentes sociais e por 22,61% dos demais profissionais de saúde, enquanto, apenas 4,35% dos assistentes sociais e 20% dos demais profissionais entendem que o *“SUS é viável pelas experiências realizadas”* que já deram certo. Parece que aqui, os demais profissionais são mais realistas e/ou os assistentes sociais estão afinados à uma crítica maior em função de dominarem mais as diretrizes e princípios para o modelo de saúde que o SUS demanda, como visto nas respostas anteriores sobre *conceito de saúde e importância da constituição para a prática profissional*.

Entre as *“negativas para a viabilidade do SUS”* encontramos as seguintes razões: entre os assistentes sociais; *“problemas na organização, investimento e planejamento”*, *“princípios não correspondem a realidade”*, *“atendimento restrito - não alcança objetivos”* *“não realizado na prática”* com 25% e entre os demais profissionais 58,82%, 10,59% e 11,72 nas últimas razões, respectivamente.

Indagados sobre a “*importância dos Conselhos de Saúde*”, novamente, observa-se uma discrepância nas respostas dos dois segmentos analisados: 41% dos assistentes sociais vêem importância para “*reivindicação*”, 34% para o “*controle social*”, 10% para “*críticas e sugestões*” e 13% “*desconhecem*” os Conselhos. Entre os demais profissionais, na mesma seqüência das respostas aqui descritas, encontramos os seguintes percentuais: 21%, 11%, 18% e 43%, respectivamente. Ou seja, os assistentes sociais, em sua maioria, têm conhecimento dos conselhos como um espaço político de crítica e reivindicação, enquanto os demais profissionais de saúde, também em sua maioria, desconhecem este recurso. Por outro lado, o reconhecimento da função de “*controle social*” pelos conselhos não predomina nas respostas dos assistentes sociais e é compreendida por uma minoria dos demais profissionais de saúde. Podemos concluir que, entre os que reconhecem a importância dos conselhos prevalece, nos dois segmentos analisados, a concepção dos conselhos como espaço de “*crítica e reivindicação*”. Estes dados sugerem que estes profissionais, assim como os conselheiros representantes dos conselhos de saúde, tendem a atribuir ou priorizar a função de reivindicação no lugar da “*proposição e deliberação*” e de controle social de políticas para a saúde, conforme os resultados do estudo de Bravo (2001) ².

Nas respostas sobre “*como se colocam diante do conflito entre interesses institucionais e interesses dos usuários*”, mais uma vez, encontramos uma diferença significativa entre as posições dos assistentes sociais e dos demais profissionais de saúde. Os primeiros, em sua maioria, responderam que se posicionam “*à favor dos usuários*”, 67,86%. Os demais profissionais responderam que “*não se posicionam*”, 47,64%. Esta pergunta é categórica. Ela parte da premissa de que as posições e condições dos interesses institucionais e dos interesses dos usuários são, na maior parte das vezes, antagônicos na medida em que estão mediadas por conflitos de classe. Por isto, as respostas revelam as posições ideológicas dos profissionais nas disputa internas pela condução e perfil das ações de saúde e das rotinas de atendimento acessíveis à população. O fato de 10,71% dos assistentes sociais “*não identificarem conflitos*”, e do mesmo modo, os demais profissionais, 14,17%, mostra a proximidade destes dois segmentos analisados, com relação à tomada de posição em evitar conflitos sociais.

Diante destas respostas, podemos afirmar que, se a maioria dos assistentes sociais assume uma posição de defesa dos interesses dos usuários, isto não significa uma inserção político institucional incisiva no sentido de tomar posições programáticas

² Referência ao Cap. 3 item 3.1- Avanço das Idéias e das Práticas.

e públicas ³ que sustentem uma direção no sentido contrário às rotinas e procedimentos hegemônicos na instituição. Entendemos que estas posições procuram caminhos favoráveis aos usuários que não alteram, de fato, a organização e o modelo de assistência estabelecido. Neste sentido, as políticas focalistas – como exemplo, a política de humanização - podem ser favoráveis a estas posturas, porque admitem e decidem posições favoráveis aos interesses imediatos dos usuários, mas não encaminham propostas no sentido de requerer respostas correspondentes às suas necessidades objetivas de saúde, ao direito à participação dos usuários na gestão e no controle social, conforme determinação constitucional.

Sobre as “*questões éticas determinantes para a prática profissional*”, nos dois seguimentos analisados há uma prevalência quanto ao “*respeito ao usuário e sigilo*”: 45,16% entre os assistentes sociais e 33,71% entre os demais profissionais de saúde. Estas respostas demonstram a proximidade que existe entre profissionais e usuários. Trata-se de uma convivência que permite relatos de histórias de vida, o que expressa não só as possibilidades de interação profissionais e usuários, mas também a condição que estes profissionais têm de apreensão, registro e desenvolvimento e articulação das histórias de saúde. O que eles farão como isso irá depender das condições e possibilidades institucionais, das suas posições de classe e projetos profissionais.

Mas, na seqüência da prevalência das respostas encontramos os assistentes sociais envolvidos com o “*compromisso e garantia dos direitos da população usuária*”, 16,13%, enquanto os demais profissionais, 15,18%, estão atentos com o “*respeito aos demais profissionais de saúde*”. Estas diferenças só confirmam a especificidade da intervenção dos assistentes sociais frente aos demais profissionais de saúde.

Consideram a “*necessidade de formação especial para supervisionar alunos*” 59, 26% dos assistentes sociais e 69,60% dos demais profissionais de saúde. E, na mesma seqüência, não vêm necessidade de formação especial 33,33% e 17,81%. Esta questão põe em evidência dois aspectos contraditórios: primeiro, os profissionais, mesmo tendo na sua formação elementos para a investigação científica, são preparados prioritariamente para a assistência, e esta tende a ocupar maior tempo das suas atividades; segundo, a especificidade dos HUs supõe, fundamentalmente, a qualificação para a execução do tripé ensino-pesquisa e extensão. Então, o que podemos supor é que, pela complexidade das questões cotidianas nas intervenções

³ Vide Vasconcelos (2002) Item 1.2.

profissionais, a formação continuada deve ser condição na qualificação da prática profissional. Também não podemos esquecer que, na falta de concursos públicos, os diretores dos HUs tendem a completar o quadro técnico através de contratos precários.

Entre as justificativas para a “*necessidade de formação especial para orientar alunos*”, a maioria dos assistentes sociais aponta a “*necessidade de treinamento específico para supervisionar*”, 55%, “*porque a graduação é limitada*”, 25%, e porque, “*necessita de melhor formação teórica*”, 20%. Enquanto os demais profissionais responderam com 24,24%, 4,24% e 71,52%, respectivamente.

Já entre os que “*não vêem necessidade de formação especial para orientar alunos*”, encontramos: entre os assistentes sociais, 36,36% entendem que a “*formação profissional é suficiente para esta atuação*”, 27,27% atribuem “*maior importância à experiência prática*” e 18,18% responderam que “*basta manter-se atualizado*” e que dão “*maior importância ao investimento pessoal-profissional*”, respectivamente. Na mesma seqüência de respostas os demais profissionais ficam assim distribuídos: 17,92%, 37,57%, 6,94% e 37,37%. Aqui a tendência oscila entre a valorização do exercício profissional e a iniciativa individual para qualificação.

Entre os assistentes sociais, 60% “*orientam alunos*”, do mesmo modo, para os demais profissionais 58,88%. E entre estes últimos, 10,05 % “*orientam informalmente*”. De outro modo, entre os que não orientam alunos, 90,91% dos assistentes sociais responderam que “*não é sua atribuição*” e 39,53% entre os demais profissionais. 36,05% dos demais profissionais alegaram: “*falta de aluno*”, 12,79% “*falta de tempo*”, 8,14% “*despreparo profissional*” e 3,49% “*problemas institucionais*”.

Este conjunto de respostas mostra que tanto os assistentes sociais quanto os demais profissionais de saúde, na sua maioria, estão participando diretamente da formação profissional. Ou seja, participam na formação das consciências sanitárias cuja orientação dominante não corresponde às bases ideológicas da Reforma Sanitária, dado que não surpreende. Ao contrário, a realidade social está permitindo que a construção ideológica predominante seja esta. É preciso reconhecer que são os assistentes sociais que mais se aproximam do ideário da Reforma Sanitária. E é importante precisar as contradições que são favoráveis ao SUS e à Reforma Sanitária, quando se observa que a maioria dos profissionais relaciona os problemas do Sistema Único de Saúde à falta de financiamento público para políticas públicas e vontade política.

É importante registrar, que os suportes para a ação profissional estão dados nas mediações entre as políticas institucionais, os determinantes macro-econômicos, as referências de conhecimento, as condições e posições de classe. É preciso observar as contradições presentes. É significativo que os profissionais respondam que *não identificam conflitos entre interesse institucionais e dos usuários* e, ao mesmo tempo, observar uma vontade expressiva de ver a universidade como espaço de crítica social. Estas contradições dão sinais das dificuldades, dos desafios e das possibilidades. Atualmente, os profissionais concursados “ainda” estão regidos pelo Regime Jurídico Único, isto garante um grau de autonomia para o seu exercício e formação profissional. Mas esta condição vem sendo questionada através de um conjunto de iniciativas que põem em questão a autonomia profissional e acadêmica. Vejamos algumas medidas institucionais, de alcance político-jurídico, e suas implicações para a direção social das práticas nas universidades públicas.

Nesta conjuntura neoliberal, a etapa da reforma de Estado “por dentro”, em complemento à reforma “bresseriana”, tem sido a alternativa dominante que se estende agora aos hospitais públicos universitários através das seguintes iniciativas: a Lei de Incentivo à Pesquisa Científica e o relatório “*Os Hospitais vinculados as Instituições de Ensino*” (2006), do Grupo de Trabalho Interministerial, (Mec/MS/MCT/MP), instituído no âmbito do Ministério da Educação através da Portaria Interministerial n. 1643 de 3 de outubro de 2006. Consideramos estas iniciativas como obstáculos para a possibilidade da proposta da Reforma Sanitária nos Hospitais Universitários ⁴.

O Grupo de Trabalho Interministerial foi instituído com a função de realizar parecer técnico sobre a gestão e financiamento das HUs vinculados às Instituições

⁴ Estas duas medidas foram precedidas por um amplo programa de reestruturação dos hospitais de universitários, integrados ao SUS. A Portaria 562, de 12 de maio de 2003, instituiu a Política de Reestruturação dos HUs com o objetivo de atuar na integração destas unidades ao SUS, a partir de mudanças no modelo de financiamento de contrato. Faz parte desta política a Portaria número 1000 do Ministério da Educação, de 15 de abril de 2004, que tratou de estabelecer parâmetros para o funcionamento dos hospitais universitários, através da avaliação dos seguintes indicadores: - Residências Médicas credenciadas, acompanhamento docente para os estudantes de graduação e preceptoria para os residentes, estruturas para pesquisa e ensino, comissões de ética em pesquisa, documentação médica, estatística e óbitos, vigilância epidemiológica, hemovigilância, farmacovigilância e tecnovigilância em saúde, educação permanente, atenção multiprofissional, priorização do SUS com compromisso de atingir um percentual de 100% SUS no prazo de 4 anos, serviços de emergência e urgência, adesão à Política de Humanização do SUS, formação de Conselho Gestor com a participação da comunidade universitária. Tanto esta Portaria como a Portaria do Ministério da Saúde n. 1006, de 27 de maio de 2004, estabelecem teto para o financiamento com valores fixos para metas assistenciais de média complexidade, ensino e pesquisa. E para os procedimentos de alta complexidade o teto para o pagamento fica dependente da produção real.

Federais de Ensino Superior (IFES) ⁵ com proposta administrativa ou legislativa para “eficiência e racionalidade” na gestão e no financiamento ⁶.

A política de criação de indicadores para credenciamento e qualificação dos HUs, apesar de conter aspectos importantes para a sua qualificação, na verdade, proporcionou a oportunidade, para o governo, da construção de um diagnóstico das condições e desempenho destas unidades. Pensamos que este diagnóstico forneceu dados para a implementação da proposta reformista de mudança da natureza jurídica e da função social dos HUs, pela abertura de espaço para o fortalecimento da iniciativa privada. Esta proposta desloca a discussão e debate sobre o financiamento público para a assistência, o ensino, a pesquisa e a extensão universitária. O foco passa a ser a questão da competência da gestão administrativa. Sem discutir diretamente a opção sobre a natureza pública ou privada, desloca a resposta para a gestão, independente de ser pública ou privada, como se a competência fosse uma variável independente e neutra ⁷.

No relatório da comissão interministerial, que traça o diagnóstico das condições de gestão e financiamento dos HUs, consta que mesmo com a insuficiência de recursos, principalmente para as atividades de média complexidade, o problema reside no “*desperdício por conta das deficiências de gestão, planejamento e integração entre as esferas de governo*”. A causa destas deficiências é atribuída ao “*modelo jurídico institucional*”, que limita a “*autonomia gerencial orçamentária e financeira*” e a administração rígida e centralizada de pessoal, contribui também para o

⁵ Observamos que a referência às “universidades” e “hospitais universitários” passa a ser substituída por ensino: “instituições de ensino”, “hospitais de ensino”. Entendemos que a reforma universitária, do governo Lula da Silva, fragmenta o sentido universal da universidade, quando introduz várias modalidades de formação. No caso dos HUs, representa a descaracterização da sua especificidade na formação, pesquisa e extensão.

⁶ Segundo o relatório do Grupo Interministerial do MEC: “O Brasil tem 148 hospitais de ensino ligados ao SUS. A rede de hospitais universitários (HUs) do Ministério da Educação é composta por 45 unidades (hospitais, maternidades, institutos e centro hospitalares) que integram ou se vinculam à estrutura de 30 das 58 Instituições Federais de Ensino Superior (IFES)”

⁷ Esta proposta estimulou estudos que relacionaram o “Método da Roda” de Gastão Wagner Campos, como meio de instituir as mudanças institucionais correspondentes com os indicadores da reforma proposta pela Portaria 1000/2004-MEC: “{...} de acordo com o Método da Roda, existe a possibilidade de se instituir sistemas de co-gestão que produzam comportamento de solidariedade reflexiva e autonomia dos agentes de produção {...} as propostas do atual regimento alinhadas ao “Método da Roda” podem trazer mudanças significativas e favorecer a sustentabilidade do novo modelo” (SUEDY, CERQUEIRA, NOGUEIRA, 2005). Esclarecemos o “Método da Roda” a partir das palavras do autor: “O Método da Roda, em analogia com o trabalho de Merleau-Ponty e dos maldenominados freudomarxistas, articula teorias e práticas do campo da política e da gestão com saberes e experiências originários da psicanálise, pedagogia e análise institucional. Tem-se portanto a pretensão de combinar política, gestão e planejamento com psicanálise, pedagogia e análise institucional” (Campos, 2000:63).

não cumprimento da carga horária dos pelos técnicos administrativos ⁸, segundo o relatório, tudo isto impede a “*boa governança*”.

“O fato de exercer atividade de natureza não-exclusiva de Estado, explorada por entidades da sociedade civil e do mercado, exige que os hospitais universitários possam dispor de um regime administrativo similar, dotado de maior flexibilidade no que se refere a incentivos, contratação, remuneração e demissão” (MEC/MS/MCT/MP, 2006).

A proposta de mudança indica a necessidade de novo modelo de gestão que compreenda: flexibilidade e agilidade, plano de cargos por instituição, regime CLT, limite de gastos com pessoal, estabelecimento de colegiado com poder de deliberação, contrato de gestão assinado com seus “grandes parceiros” – universidade e SUS a partir da criação da categoria *fundação estatal*. O modelo indicado faz referência e endossa plenamente a proposta de reforma de Estado, sob o regime jurídico das Fundações Públicas de Direito Privado:

“{...} o MP encaminhou, início de dezembro/2006, à Casa Civil projeto de Lei Complementar que estabelece que o Poder Público poderá instituir, mediante lei específica, fundações estatais com personalidade jurídica de direito privado, que atuarão em áreas como educação, assistência social, saúde, ciência e tecnologia, meio ambiente, cultura, desporto, turismo, comunicação e previdência complementar do setor público, dentre outras {...} prestação de serviços com base, em contrato de gestão, que terá por objeto a contratação de serviços, a fixação de metas de desempenho {...} isto significa que a fundação estatal não terá assegurado recursos para o seu funcionamento, nos orçamentos fiscal e da seguridade, como ocorre com os entes de direito público instituídos pelo Estado, inclusive no que tange à folha de pessoal, fixados” (MEC/MS/MCT/MP, 2006).

Nestes termos o relatório indica:

“{...} que os ministérios desenvolvam os estudos para a transformação dos hospitais universitários das IFES tendo como moldura institucional ser alcançada a fundação estatal, nos termos já elaborados pelo Ministério do Planejamento, com a participação do Ministério da Saúde;” (MEC/MS/MCT/MP, 2006).

⁸ Os profissionais de saúde, incluídos nesta categoria, que têm contrato de 40 hs, estabelecem acordo, não formal, nas unidades de cumprimento de 30hs semanais. A diferença destas dez horas, são reivindicadas para o estudo, na medida em que, entre as suas atribuições estão incluídas atividades de supervisão de alunos, pesquisa e extensão.

E em sintonia e compondo com esta “terceira via” interministerial, no campo da produção de conhecimento científico e tecnológico, a Lei 10.973, de 2 de dezembro de 2004, conhecida como Lei de Inovação Tecnológica, dispõe sobre incentivos à inovação e à pesquisa científica e tecnológica. No seu conjunto, esta lei favorece a participação da iniciativa privada na produção acadêmica, num momento em que as universidades públicas vivem uma crise de recursos públicos.

A tecnologia é a criação de meios/instrumentos, materiais e/ou não materiais. No Brasil a produção científica tem ficado a cargo das universidades públicas, e, portanto, a sua reversão deve implicar o domínio público, na direção de interesses universalizantes, socializadores. Nesse sentido, o princípio moderno iluminista do conhecimento científico, que não comporta neutralidade, representa autonomia intelectual/material, compromisso social e ideológico. E este ideário, que não é tão simples, se realiza através da tríade ensino-pesquisa-extensão, que, por sua vez, não deve objetivar lucros, mas sim liberdade e autonomia na definição dos objetos e objetivos, com investimentos de retorno em longo prazo, na perspectiva de promover a apropriação coletiva de conhecimentos e práticas, em contraste com a apropriação privada condicionada pelos interesses de mercado.

No Artigo 4º da lei existe uma indicação do risco de qualificação das ICT (Instituições Científicas e Tecnológicas) como prestadoras de serviços:

“as ICT poderão, mediante remuneração e por prazo determinado, nos termos de contrato e convênio: compartilhar seus laboratórios, equipamentos, instrumentos, materiais e demais instalações com microempresas e empresas de pequeno porte em atividades voltadas à inovação tecnológica, para consecução de atividades de incubação, sem prejuízo de sua atividade finalística” (Lei 10.973, 2004).

Num momento em que profissionais vivem no limite da falta de condições para desenvolvimento de suas atividades, baixos salários, falta de equipamentos e estímulos para o desenvolvimento profissional, esta possibilidade de acordos com a iniciativa privada favorece a solução deste problema a partir da desobrigação do fomento público à autonomia científica. O Artigo 20 desta lei tende a agravar este quadro, porque ao criar condições para a transferência da atribuição da universidade para “*órgãos e entidades da administração pública*” que “*poderão contratar empresa, consórcio de empresas e entidades nacionais de direito privado sem fins lucrativo*”

para o desenvolvimento de pesquisas, fragiliza a autonomia acadêmica e introduz mecanismos de competição por recursos.

Por outro lado, a lei permite que o setor público financie projetos privados, a partir do estímulo à iniciativa individual sob a forma de “retribuição pecuniária”, criando a figura do “docente empreendedor”. Entendemos que tanto a Lei de Inovação Tecnológica como o Projeto das Fundações Estatais constituem instrumentos do “projeto privatista”.

Mas importa identificarmos as principais reações da “comunidade universitária” à estas ofensivas. Em setembro de 2006, a direção do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), uma das unidades de saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), promoveu seminário sobre gestão hospitalar intitulado: “*Em busca de novos modelos de gestão hospitalar*”⁹. Entre as teses defendidas pelos expositores, houve consenso em torno da necessidade de modelos de gestão mais “flexíveis” - no que se refere à autonomia financeira e administrativa - e capazes de solucionar a “crise” dos hospitais públicos. Nesta direção, o projeto de lei do governo para a transformação dos hospitais públicos em “*Fundações Governamentais de Direito Privado*”¹⁰ foi sinteticamente mencionado sob o argumento de que o desafio estaria na realização da reforma inconclusa do Estado, na medida em que a Reforma Bresser Pereira passou ao largo da saúde. Este evento não pode ser tomado como momento decisivo e nem mesmo expressivo do conjunto das relações e tendências ideo-políticas na universidade, até porque se tratou apenas de um seminário. Mas, por outro lado, na ausência de contraposição ideológica, predominou o apoio às propostas e à direção social da reforma de Estado do governo federal, o que demonstrou os sinais do limite do debate institucional¹¹. Soma-se a isto o fato de que na “*Proposta de Plano Quinquenal de Desenvolvimento para a UFRJ*”

⁹ A abertura do seminário foi realizada por: Prof. Alexandre Cardoso (Diretor do Hospital Clementino Fraga Filho- HUCFF/UFRJ) Prof. Almir Fraga (Decano do Centro de Ciências da Saúde) Prof. José Carvalho Noronha (Ministério da Saúde). As Conferências foram proferidas por: Nacime Salomão Mansur (Hospital Geral de Pirajussara/SP) “A experiência das organizações sociais com interesse público (OSCIPS)”, Marcos Barbosa Pinto (Coordenador do Grupo de Parcerias Público-Privadas do BNDS) “Repartição de riscos nas parcerias público-privadas: o caso dos hospitais” e os comentários foram realizados pelo Prof. Pedro Barbosa (ENSP/FIOCRUZ).

¹⁰ Neste encontro foi informado que a primeira apresentação pública do projeto das fundações aconteceria no mês seguinte no centro de estudos da ENSP. Note-se que neste período o projeto foi denominado, tanto no HUCFF como no Centro de Estudos da ENSP, como “Fundações Governamentais de Direito Privado”. Na sequência, durante seminário da pesquisa Projeto Políticas Públicas de Saúde UERJ, que será tratado posteriormente, o referido projeto de lei recebeu outra denominação: “Fundações Estatais de Direito Privado”.

¹¹ É importante frisar que o HUCFF/UFRJ é a unidade de maior porte entre os hospitais universitários na cidade do Rio de Janeiro.

(PDI/março 2006) não há um item que trate de projetos e planos para os Hospitais da UFRJ.

Já a Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino (ANDIFES), através da sua Comissão de Hospitais Universitários, definiu posição em relação ao projeto das fundações do governo federal transcrita na indicação das seguintes possibilidades de escolha para cada Universidade: “*aprofundar o que vem sendo realizado, aperfeiçoando a nova contratualização e encontrando solução para os problemas remanescentes; empresa pública; autarquia; fundação ou livre escolha*”. Ou seja, cada universidade deverá decidir o caminho a seguir. Neste sentido, a Andifes se limita a fazer algumas considerações sobre o processo de transição para o novo modelo, observando que o MEC considere e informe sobre como irá solucionar: as dívidas dos HUs, a necessidade de contratação de pessoal, um estudo de impacto das mudanças, a necessidade de aumento de recursos, garantia de período de transição de modelo para as fundações de apoio pré-existentes, plano e carreira específico para unidade hospitalar, - considerando que o processo da reforma universitária caminha independente da discussão dos modelos para os HUs¹². Sobre esta posição pode-se notar que, a desvinculação do debate do modelo institucional para os HUs em relação ao projeto de reforma universitária, bem como, a opção da livre escolha de modelo para cada Universidade, rompe com sentido universalista da universidade. Com isto, tende a despolitizar o problema do financiamento e da autonomia universitária.

Em contrapartida, no campo da luta sindical há sinais de resistência. A Federação de Sindicatos dos Trabalhadores das Universidades Brasileiras (FASUBRA) assumiu a seguinte posição:

“No entendimento da Fasubra, os hospitais universitários pertencem à estrutura das universidades públicas. Logo, são vinculados ao MEC. Embasados no preceito constitucional, realizam ensino, pesquisa e extensão, os quais estão vinculados à assistência à saúde pela especificidade de sua natureza e interface com o SUS. Para a Federação, não cabe a mudança de natureza jurídica destas unidades, que não são autônomas. O

¹² Durante o seminário “Modelos Jurídicos e Instrumentos de Gestão” na ABRAHUE (Associação Brasileira de Hospitais Universitários de Ensino) em maio de 2006, estas posições foram reafirmadas pelo coordenador da Comissão dos HUs da ANDIFES. Para o coordenador da Comissão mesmo com o aumento das verbas do fundo interministerial de apoio dos HUs - que passou de 60 para 100 milhões de reais desde 2003 - e com o aumento de vagas efetivas de técnicos administrativos; persistem as dívidas, o sucateamento de equipamentos, a baixa remuneração dos profissionais e a baixa remuneração das tabelas do SUS. (<http://www.abrahue.org.br/seminario.htm>) Acesso em: 04/05/2007.

ente autônomo é a Universidade, e não as suas unidades. Ainda na visão da Federação, buscar alternativas de mudança na natureza dessas unidades como forma de resolver problemas de financiamento é preocupante. A Fasubra defende mais verbas públicas vindas do Orçamento da União para financiar os hospitais universitários.¹³
(http://www.sinturfj.org.br/jornais_antigos/735/735.asp)

Na mesma direção, o Sindicato dos Trabalhadores em Educação da UFRJ (SINTUFRJ) desencadeia movimento contra o projeto de transformação dos hospitais universitários em Fundações de Direito privado. O Sindicato compreende que se trata de uma proposta de privatização, argumenta que a natureza dos HUs deve ser mantida e o que precisa é, fundamentalmente, aumento do financiamento público. Como afirmado na Carta Aberta do Sindicato à população, :

“Defendemos a saúde e a educação como dever do Estado e direito de todos. Portanto, somos contra toda e qualquer alteração que retire da população o direito ao acesso pleno aos serviços de saúde e que possibilite queda de qualidade na formação dos profissionais ou que inviabilize o papel que as universidades públicas têm na produção acadêmica e de pesquisa”.

Esta breve descrição das principais forças hoje presentes na disputa da direção social das universidades e dos hospitais universitários públicos revela um pouco do contexto em que estes profissionais de saúde terão de lidar. E os dados da pesquisa indicam contradições e limites que estes profissionais têm, em sua maioria, para refletir e desenvolver um projeto de saúde pública, cuja direção social venha a aprofundar e qualificar o Sistema Único de Saúde, e ainda, contribuir para uma consciência sanitária que imprima uma vocação socializante nas práticas e na produção de conhecimento na saúde. Entendemos que, no processo de intervenção - que se concretiza nos espaços de ensino, pesquisa e extensão - estes profissionais participam direta e indiretamente da produção de conhecimento e das respostas às demandas de saúde. Esta especificidade corresponde à função da universidade, que é de conhecer para responder demandas das práticas sociais. Por isto concorrem, conscientes ou não, para a formação de projetos de sociedade, particularmente, para a orientação ideo-política das práticas sociais e profissionais na saúde pública.

¹³ O SINTUFRJ mobilizou Dia Nacional de Luta em Defesa dos HUs no dia 15 de maio de 2007. (<http://www.sintufrj.org.br/plp01.asp>)

1. 2. Prática Profissional e Ideologia

Discutiremos, a seguir, os elementos teóricos das práticas sociais com a intenção de assentar a discussão sobre prática profissional, na sua função social, no seu sentido político e interventivo. Consideramos que as práticas sociais se realizam na interação dialética causal entre os determinantes sócio-econômicos e as formas de consciência social a partir das posições de classe dos indivíduos.

Os fundamentos econômicos da vida social, institucional, são “determinantes determinados”, ou seja, sempre existe um campo *não dominado, um campo relativo* a um momento do devir com possibilidade de ruptura e mudança da direção hegemônica das práticas. Neste sentido, a consciência social de classe tem um papel importante nas práticas sociais e profissionais: compreendida a partir da “complexidade da metodologia dialética de Marx”, não supõe consciência adjudicada; ao contrário, forma-se na articulação dialética dos condicionantes econômicos e ideológicos - mesmo com o trabalho alienado e subordinado ao capital. A consciência “tem uma estrutura própria relativamente autônoma” (Mészáros,1993:77), assim como a ideologia no sentido lukácsiano:

“A ideologia é acima de tudo aquela forma de elaboração ideal da realidade que serve para tornar a práxis social dos homens consciente e operativa. Deriva daqui a necessidade e a universalidade de alguns modos de ver para dominar os conflitos do ser social. Neste sentido, toda ideologia tem seu ser-precisamente-assim social: ela nasce direta e necessariamente do hic et nunc social dos homens que agem socialmente na sociedade”.
(Lukács: O problema da Ideologia, sem data)

Para identificar o sentido e a função social de determinadas práticas é necessário precisar os elementos predominantes no seu desenvolvimento. As práticas sociais têm a função de, em última instância, influir sobre as decisões, ações e pensamentos dos homens. Sua base material é definida pela estrutura do trabalho – a partir da sua divisão e complexidade, “o trabalho é o modelo da práxis”, é a prática fundante das demais práticas sociais, representa a prioridade ontológica da vida social. Isto constitui a causalidade social das práticas e suas formas de consciência e é, por isto mesmo, que no agir humano tende a ocorrer uma distância entre *a intenção* e *a ação* e, sobretudo, entre *a ação* e *seus resultados*. Estas distâncias, expressivas das contradições sociais, são formadas no conjunto das mediações sociais, onde os

determinantes econômicos e ideológicos estão imbricados e exercem um papel central na impressão do sentido social das práticas. Portanto, a centralidade está na “dialética da determinação recíproca”, na unidade das bases materiais e ideológicas.

Pretende-se destacar que o caráter *teleológico causal* do agir sobre a “consciência dos outros” está relacionado às lutas por interesses de classe.

“A inconciliabilidade fatural das ideologias no conflito entre si toma no curso da história as formas mais variadas; podem apresentar-se como interpretações de tradições, de convicções religiosas, de teorias e métodos científicos etc., mas se trata sempre, antes de tudo, de instrumentos de luta; a questão a decidir é sempre um “que fazer?” social e a sua contraposição fatural é determinada pelo conteúdo social deste “que fazer”. Os instrumentos com os quais é fundada tal pretensão de guiar a práxis social restam instrumentos, cujo método, cuja constituição etc. dependem sempre do hic et nunc social daquela espécie de “que fazer?”. (Idem)

Na práxis, “o “material” da posição da finalidade é o homem”, no trabalho é a natureza. De outro modo, ambos possuem caráter causal-teleológico ontologicamente unitário, isto é, o ideal e o material constituem momentos necessariamente interligados, porque a intenção, a consciência, precede a ação, a realização material. Nas duas formas da atividade humana, as chances de acerto correspondem, também, à capacidade de apropriação, conhecimento mais próximo da legalidade, das tendências do objeto:

“{...} em ambos os casos, trata-se de posições teleológicas, cujo sucesso ou insucesso depende do conhecimento que o sujeito que põe tenha da constituição das forças que devem ser postas em movimento” (Idem)

A congruência do conhecimento com o real compreende a crítica da totalidade, aquela capaz de ligar economia e ideologia. E numa conjuntura socialmente desfavorável ao materialismo histórico, à razão emancipadora, as ideologias tendem a “aparecer” sob formas “desideologizadas”. Por isso, é importante identificar alguns elementos ideológicos que aparecem no agir dos profissionais de saúde de modo a contribuir na reflexão sobre possíveis alternativas, observadas a partir da “dialética das determinações recíprocas” da vida social, porque o cotidiano está intensamente comprometido pela extensividade da manipulação capitalista (Mészáros, 1993).

Não podemos esquecer que, mesmo com a reprodução capitalista nos

diferentes momentos da vida social, a manipulação das práticas nunca é indefinidamente um domínio de “beco sem saída” para o dominado. E esta saída depende da crítica, do conhecimento e condições para decisão; a saída está na práxis. Por isto, a importância de se discernir sobre a função que a ideologia tem nas posições e relações de classe, porque são posições teleológicas. Estas posições sempre estão permeadas pela ineliminável contradição entre *intenção* e *ação*, mas ao mesmo tempo deve-se considerar que a gradação dessa contradição está relacionada ao problema da alienação e da ideologia. Trazer para o debate a preocupação com a função social da ideologia é um modo de enfrentar criticamente o projeto burguês da “terceira via”, do “terceiro caminho teórico filosófico” na saúde pública.

“A ideologia pode, de fato, tornar-se uma potência, uma força real no quadro do ser social, somente quando o seu ser-precisamente-assim converge com as exigências fundamentais do desenvolvimento da essência. E como a história demonstra, também no âmbito de tal convergência há gradações, cuja medida, porém, não é obrigatoriamente a maior correção no plano do gnoseológico, e nem mesmo a maior progressividade em termos histórico-sociais, mas, em vez disso, o impulso que impele a dar exatamente aquela resposta às questões que emergem do ser-precisamente- assim do desenvolvimento social e de seus conflitos” (Idem)

Não podemos deixar de reconhecer que a emergência da luta pela Reforma Sanitária no Brasil foi marcada por confrontos ideológicos e que, o seu processo e resultado foram, de fato, uma expressão do conjunto das lutas na cena econômica e política do país.

Quando o Conselho Nacional de Saúde reconhece como profissionais de saúde de nível superior as seguintes categorias: assistentes sociais, biólogos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais (CNS, Resolução nº 218 de 06.03.1997), significa que este estatuto legal representa uma das conseqüências da politização que o movimento pela Reforma Sanitária introduziu no debate da saúde pública. Esta mudança, conceitual, legal, está diretamente ligada à função ideológica exercida pela crítica à hegemonia da bio-medicina nas intervenções, na produção de conhecimento e na formação profissional no campo da saúde. Ou seja, não se trata mais de um conjunto de profissionais “não-médico” ou “para-médico”, como historicamente as profissões no

campo da saúde são referidas, mas de profissionais de saúde.

Sabemos que a hegemonia médica tem sua base material na predominância do modelo assistencial hospitalocêntrico, bio-patológico concentrado na medicalização, ou seja, na ênfase da abordagem curativa e individual. E esta base material, por sua vez, está relacionada a um complexo produtivo-industrial correspondente à ordem capitalista. Mas foi, principalmente, a partir da *medicina social e da saúde pública*, nas suas intersecções com a teoria social de Marx, que a crítica à medicina e as políticas de saúde construiu a base conceitual para as propostas de novo modelo na saúde, nos referimos aqui àquela produção das décadas de 60, 70 e 80¹⁴. É com base no conceito de determinação econômico-social da saúde e das doenças que o movimento da Reforma Sanitária cria a referência para um novo modelo de assistência e organização da saúde. Avança imensamente em relação ao conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), onde a saúde é definida como “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consistindo somente da ausência de uma doença ou enfermidade”¹⁵. Num sentido oposto à noção idealista e utópica da OMS, o movimento da Reforma Sanitária consegue assentar o Art. 3 da Lei 8.080 de 1990, a Lei Orgânica da Saúde:

“A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica” (Art. 3 Lei 8080, 1990)

Significa que conhecer e intervir na saúde de uma população não pode ser uma tarefa exclusiva das áreas bio-médicas - supõe a presença de outras áreas do conhecimento. A abordagem “integral da saúde”, outro conceito proposto pela reforma, depende de conhecimento fundado, referido às condições e modos de vida de uma

¹⁴ Não podemos deixar de fazer referência ao sanitarista Mario Magalhães da Silveira (1905-1986), sem dúvida, um dos precursores do ideário da Reforma Sanitária. Muito produziu a respeito da relação saúde, economia e população. Nas palavras de Chico de Oliveira temos uma síntese da sua importância: “rompendo o círculo vicioso da argumentação malthusiana (...) Mas não se tratava de um ingênuo, que pensava que o simples crescimento econômico era capaz de acabar com as desigualdades: afirmou, em alto e bom som, que o crescimento econômico era ”conditio sine qua non” para a erradicação da pobreza e das desigualdades sociais; mas, para que o crescimento econômico desempenhasse sua tarefa, era preciso que os homens o tomassem sob controle. Isto é, seria preciso a organização das classes sociais, as mudanças no sistema político e a reforma do Estado”(Oliveira, 2005:19) Também podemos fazer referência as contribuições de Donnangelo (1975), Possas (1981,1989) Granda e Breilh (1989). Já Madel (1979,1988) contribuiu com a crítica à hegemonia do modelo bio-patológico a partir da produção de Foucault, especialmente dos seus textos da década de 70, período dos estudos sobre poder institucional.

¹⁵ <http://pt.wikipedia.org/wiki/organiza> Acesso em: 22 de maio de 2007.

população, porque “os níveis de saúde de um povo expressam a organização social e econômica”. Como vimos acima, a identificação da categoria - “profissionais de saúde” – favorece a abordagem ampliada da saúde e a atenção integral, serve como indicador para uma abordagem dos determinantes social e econômico da saúde, o que é, sem dúvida, um avanço. Ao mesmo tempo, sabemos e lembramos que uma medida legal não garante a sua realização.

Importa reiterar, que o Sistema Único de Saúde representa um *novo modelo de assistência e de organização de serviços ainda não implantado plenamente* e que exige mudanças profundas na cultura da formação e da intervenção profissional. Por isto, cabe ressaltar que tamanha mudança demanda tempo, é processual, ainda mais numa atmosfera contrária à sua direção social. Foi na atenção básica e na participação social que as propostas da Reforma Sanitária avançaram: sistemas de referência e contra-referência, equipes multi-profissionais em programas de saúde, epidemiologia social, educação em saúde, conselhos e conferências de saúde, etc.

Os hospitais passaram ao largo de todo este processo; o debate da Reforma Sanitária não os alcançou. São unidades de saúde que, além de prestarem atenção de média e alta complexidade são responsáveis pela formação dos profissionais, que, em sua maioria, irão atuar no SUS. Esta é a razão de priorizarmos o debate sobre as práticas profissionais nestes espaços.

Além da ideologia, é preciso observar a presença de outros determinantes que unificam os profissionais de saúde. Vale uma ressalva; entendemos, na perspectiva lukácsiana, que todos os profissionais realizam uma prática ideológica – conscientes ou não do seu sentido - e que nem toda prática produz ideologia. Então perguntamos: quais são os elementos que unificam todas estas profissões?

São dois os determinantes unificadores desta identidade profissional: sua “*vinculação histórico-social e a intervenção nas refrações da questão social*”. Segundo Netto (1996), todas as profissões estão ancoradas a partir das “*demandas socialmente colocadas*” e pelas “*reservas próprias de forças (teóricas e prático-sociais) aptas ou não a responder as requisições extrínsecas*” (1996:85). O outro determinante unitário, as “*refrações da questão social*”, que Netto chama de “*fenomenalidade atomizada da questão social*” (Idem:90) comporta formas de apreensão e de respostas *seletivas*, conforme a condição de classe. São próprias da vida social alienada e fetichizada, intervenções fragmentadas e superficiais. A contradição capital-trabalho é, no sentido ontológico, o embrião desta forma de socialidade, que se apresenta, como afirma Netto, sob forma “*sincrética*”. Esta forma difusa se manifesta tanto nas demandas

sociais e da saúde, como nas respostas profissionais: é o “sincretismo” das práticas. Mas, para além do condicionamento ontológico da vida social, reciprocamente, as práticas imprimem, dialeticamente, outros sentidos que podem contribuir para manter ou superar esta contradição-fundante. Quer dizer que, na mesma medida que a socialidade é contraditória, respostas contraditórias também são possíveis objetivamente.

Podemos dizer, então, que as demandas de saúde aparecem de modo difuso e esta aparência é um momento da totalidade, porque a própria aparência pertence à totalidade. O “problema social” – “problema de saúde” - passa pelas mentes e intervenções de todos os profissionais. Ninguém escapa: até mesmo os que lidam nos laboratórios examinando em suas lâminas as alterações celulares, em algum momento, farão a pergunta sobre aqueles resultados e suas causalidades/mediações sócio-históricas. É o que Netto resume como: a “*mutiplicidade engendrada pela questão social*” (Idem:91). Mas entre estes profissionais, existe aquele que porta uma especificidade que o diferencia de todos os outros neste campo de respostas às “refrações da questão social” - nos referimos ao assistente social.

É na manipulação das variáveis empíricas da vida cotidiana que os assistentes sociais se movem, porque o que é específico na sua intervenção é o *horizonte em que se exerce* no seu fazer profissional (Idem: 91). A partir do cotidiano da vida institucional, o assistente social manipula determinações empíricas e, possivelmente, a intensidade da manipulação destas refrações sociais, nas suas quase infinitas manifestações fenomênicas, em algum momento, pode não ser passível de enquadramento; isto favorece a identificação da contradição social fundante - capital-trabalho - e possibilita uma abertura, uma oportunidade de aproximação da categoria central da realidade social, a totalidade. Os assistentes sociais têm uma formação centrada na “questão social”; *explicitamente*, trabalham com o campo da ideação, da formação da consciência e sua referência, jurídica e ética, para a prática está dirigida para garantir um grau de autonomia no seu exercício no sentido de defender os interesses das *classes trabalhadoras e na defesa da democracia enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida, na busca de uma nova organização social, sem dominação de classe, etnia e gênero, como consta do Código de Ética do assistente social*¹⁶. Esses aspectos condicionam um campo de

¹⁶ O estudo comparativo, realizada pela equipe da pesquisa da “A Prática dos Profissionais de Saúde nos Hospitais Universitário no Município do Rio de Janeiro” da Prof. Ana Vasconcelos, Faculdade de Serviços social da UERJ, entre os códigos de ética dos profissionais de saúde mostrou que o código dos assistentes sociais é o único que está relacionado com o projeto de democracia de massa: “Os Códigos de

maior convivência e explicitação das questões ideológicas e políticas do agir profissional e dos processos saúde-doença, quando comparados com a direção social das outras profissões de saúde, em sua maioria, centradas no campo das ciências biomédicas.

O mesmo se aplica aos sanitaristas, só que estes, em sua maioria, estão na rede básica de saúde ou nos níveis centrais de planejamento e organização do Sistema Único de Saúde. Mas, ao final, todos os profissionais desenvolvem instrumentos e intervenções que visam organizar o cotidiano dos indivíduos através do planejamento, da educação, da informação, do tratamento, da prevenção, uma verdadeira manipulação planejada. São formas de intervenção que visam, finalmente, modificar as *consciências dos outros e, conseqüentemente, correspondem a determinado projeto de sociedade.*

As críticas efetuadas pela *Reconceituação do Serviço Social*¹⁷ e pelo projeto da Reforma Sanitária assimilaram, de algum modo, as oportunidades deflagradas pelas forças sociais em disputa, no caso, a decadência do projeto da ditadura militar e a emergência dos movimentos sociais que expandiram na luta por mudanças democráticas. Um momento de disputa por reivindicações, por espaços sociais. Estes dois projetos partem da crítica ao conservadorismo moderno das intervenções profissionais, sociais e sanitárias, revelam a dimensão política das suas intervenções e estabelecem interlocuções críticas com as teorias sociais, especialmente a teoria de Marx.

Como visto, os assistentes sociais nos HUs estão mais comprometidos com o ideário da reforma Sanitária. Isto pode ser relacionado ao projeto hegemônico no debate acadêmico do Serviço Social e ao Código de Ética do assistente social (1993), ambos indicando uma prática que rompa com as relações de poder, no sentido de reforçar os interesses das classes trabalhadoras. Mas, segundo Vasconcelos, ainda assim os assistentes sociais não realizam, na sua totalidade, o que hoje intelectualmente e legalmente se constitui suporte para superação do

Ética Profissionais analisados no presente trabalho revelaram, com exceção do Código de Ética do assistente social, uma ruptura entre valores adotados pelas categorias e as necessidades e os interesses da classe trabalhadora, usuária de seus serviços” (Vasconcelos de et al, 2004:73).

¹⁷ O movimento de reconceituação, nas décadas de 60 e 70, foi um movimento de crítica à função política tradicional da categoria que teve impacto na direção social da profissão. Destacam-se como principais aspectos deste movimento: a identificação da função política da intervenção profissional; a interlocução com áreas do pensamento crítico das ciências sociais e a indicação da articulação da profissão com os movimentos democráticos das classes trabalhadoras. Sobressaem autores com suas obras e textos de uma extensa produção sobre este movimento: Netto (1990), Iamamoto (1995) e Revista Serviço Social e Sociedade número 84 (2005).

conservadorismo e positivismo no exercício profissional. (Vasconcelos, 2002). Entendemos que esta discrepância tem dois níveis de manifestação: aquele que corresponde às mediações históricas de classes e a inevitável margem de contradição entre pensamento e ação, e entre a ação e os seus resultados.

A unidade e a convergência que podemos assinalar entre o Serviço Social e a Saúde Pública se deve, como nos referimos acima, à politização da prática pela referência do pensamento crítico com base na filosofia e categorias de análise da teoria social de Marx, o que contribuiu no processo de mobilização, reflexão e proposição, a partir do final da década de setenta e década de 80. Mas, tanto no Serviço Social como na Saúde Pública, ocorreram desvios na incorporação dos fundamentos e categorias analíticas do pensamento de Marx, além conterem uma herança histórica positivista que ainda predomina nas práticas e pensamentos.

1. 3. A função social da universidade e a disputa pela sua direção social.

“Assim como Darwin descobriu a lei do desenvolvimento da natureza orgânica, Marx descobriu a lei do desenvolvimento da história humana: o fato tão simples, mas que até ele se mantinha oculto pelo ervaçal ideológico, de que o homem precisa, em primeiro lugar, comer, beber, ter um teto e vestir-se antes de poder fazer política, ciência, arte, religião, etc; que, portanto, a produção dos meios de subsistência imediatos, materiais e, por conseguinte, a correspondente fase econômica de desenvolvimento de um povo ou de uma época é a base a partir da qual se desenvolveram as instituições políticas, as idéias artísticas e inclusive as idéias religiosas dos homens e de acordo com a qual devem, portanto, explicar-se; e não ao contrário, como se vinha fazendo até então” (Engels:1976, 213).

A grande virada da teoria social de Marx foi a inversão da dialética idealista-objetiva de Hegel, através da afirmação de que o ser social, homem histórico, determina a sua consciência, e não o contrário. Isto ajuda a compreender porque, segundo Engels, as bases materiais são, “em última instância”, os elementos fundantes, mas não exclusivos, da totalidade da vida social. Esta lembrança teórico-metodológica esclarece o esforço, até aqui empreendido, para delinear os principais condicionantes histórico-estruturais manifestos nas *principais forças ideológicas que hoje põem em questão a Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde*. E, ao mesmo tempo, reforçar a necessidade de não se esquecer de que a maior dificuldade de tratamento do campo das ideologias - objetivações pautadas em generalizações expressivas das dinâmicas das posições e interesses de classes – se deve ao fato de que, nesta arena, o conhecimento experimenta uma margem de inexatidão bem mais expressiva e ampla do que nas aproximações das condições materiais. Como toda ideologia representa um determinado projeto de classe e de sociedade, o que interessa é identificar as contradições entre as bases materiais e as formas específicas de consciência social.

É próprio da ideologia burguesa as tentativas de neutralizar e naturalizar as relações sociais, especialmente o conhecimento científico. Para o pensamento

burguês a ideologia é considerada uma falsa consciência ¹⁸.

De outro modo, a necessária crítica das ideologias contribui para revelar os projetos de sociedade e de emancipação social nelas presente. A necessidade de neutralizar a ciência e de naturalizar o seu desenvolvimento, como processos não-ideológicos, faz parte da legalidade da reprodução social capitalista, é conseqüência da divisão social do trabalho compreendida como uma “*ilusão necessária*” que, segundo Mészáros, faz parte do processo de alienação e manipulação da vida social necessária ao capital. Mas, ciência e ideologia são reciprocamente determinadas e determinantes. A necessária busca da verdade, da legalidade do objeto, exige autonomia e liberdade do cientista. Ao mesmo tempo, não pode haver dúvidas de que tanto o objeto quanto o sujeito do conhecimento estão historicamente relacionados. Aqui há a necessidade de apreensão do caráter relativo, autônomo, e, principalmente, prático do conhecimento. Não se trata de relativismo, mas de aceitar a prioridade ontológica do objeto, da verdade do objeto, aquela mais próxima da totalidade. Neste sentido, diz Lukács; quando

“{...} em uma sociedade as idéias dominantes são aquelas da classe dominante, conduzem freqüentemente a um bloqueio da cientificidade, de maneira que as ideologias de oposição de classe podem, na sua luta, provocar uma renovação substancial e uma elevação de nível das ciências (também das ciências puras), na medida em que a nova orientação ideológica pode atualizar fatos, conexões, leis etc até aquele momento deixados na sombra”(Lukács, O Problema da Ideologia, sem data)

¹⁸ É preciso esclarecer que para Marx e Engels (1845/46) ideologia representa falsa consciência porque falseia os suportes da realidade social. É uma falsa representação, não é uma representação mentirosa, mas é uma representação falsa, positivamente falsa. Ao contrário, na formulação burguesa a ideologia tem um sentido negativo, por isso, ciência e ideologia no pensamento burguês são excludentes. Acontece que a primeira formulação da noção de ideologia foi burguesa, se deu no seu período pós-revolucionário, durante a emergência do antagonismo capital-trabalho decorrente da não realização da emancipação humana pelo projeto revolucionário burguês; período em que a burguesia inaugura sua etapa anti-emancipadora através da busca de respostas para conter as novas forças revolucionárias. Mészáros descreve esta estratégia de conciliar os interesses materiais aos interesses políticos burgueses da seguinte forma: “Foi com este objetivo que o criador da nova “ciência” da ideologia, Destutt de Tracy, tentou articular em seu *Éléments d'idéologie* uma teoria das idéias comparável, em profundidade exatidão (afirmava ele), com as ciências naturais, para fundamentar firmemente a educação dos indivíduos destinados a se ajustar sem dificuldade à estrutura social consolidada da ordem burguesa”. Segundo o autor, a frustração do resultado não podia ser diferente, porque se tratava de tentativa de “moldagem da mente”, uma “metafísica idealista associada aos métodos de manipulação positivista”. O importante é que esta ideologia significou a definição de uma camada de educadores, uma elite intelectual, e, o ideário da emancipação cedeu lugar à regulação, a manipulação: “Assim **a podridão positivista** (a que Marx mais tarde se referiu com um sarcasmo bem justificado) se originou das ruínas do Iluminismo burguês. A nova tendência intelectual surgiu em uma sociedade pós-revolucionária, na qual não mais havia espaço para a idéia de emancipação humana universal – em qualquer sentido significativo do termo – sobre a base de classe original do movimento iluminista”.(Mészáros, 2004:464)

Considerando o difícil contexto da saúde pública brasileira, marcado pelas orientações neopositivistas e irracionalistas, é necessário refletir sobre as forças ideológicas em disputa pela direção social da universidade. Isto porque, existe uma relação de determinação recíproca entre formação profissional, assistência e produção de conhecimento e tecnologia.

Assim, como no campo da saúde pública, as forças ideológicas predominantes hoje, na disputa pela direção social da universidade – a Reforma Universitária do governo Lula da Silva - harmonizam-se com o ideário da “terceira via”, que trataremos no Capítulo III. As “contra-reformas”¹⁹ - da Universidade Pública e do Sistema Único de Saúde – fazem parte do governo Lula da Silva, em seqüência e complementaridade da Reforma de Estado iniciada por Bresser Pereira. A viabilidade destes projetos está sendo instrumentalizada, principalmente, pelas regulamentações das Parcerias Público-Privadas e da Inovação Tecnológica.

Então, a defesa da direção socializante do projeto da Reforma Sanitária depende da crítica das contradições materiais e ideais, para criar condições e forças de resistência ao “terceiro caminho” reformista. Por isto, vale lembrar daquela passagem de Marx, no Prefácio à *“Contribuição à Crítica da Economia Política”*, quando ele diz que o novo só poderá emergir quando for possível “amadurecer”, “gestar” no velho²⁰. Daí buscar a especificidade da interação práticas de saúde e de formação profissional, com vista a mostrar a função social das tentativas de “desideologização” destas práticas. Como bem descreve Mészáros:

*“Graças ao poder das forças sociais reificadoras que estavam por trás do sucesso do positivismo e do neopositivismo, uma visão extremamente unilateral do desenvolvimento “autônomo” da ciência e da tecnologia se tornou, não o “senso comum”, mas o mistificador lugar-comum de nossa época” {...} “Tornou-se moda falar sobre “a ascensão da **sociedade tecnológica**, um **tipo totalmente novo de sociedade humana**, na qual **a ciência e a tecnologia ditam** as formas dominantes de pensamento e moldam cada vez mais quase todos os aspectos da nossa vida cotidiana” (Mészáros, 2004: 261, 262)*

¹⁹ Behring (2003) mostra a “contra-reforma” a partir da desestruturação do Estado brasileiro na direção da privatização, flexibilização e descentralização.

²⁰ “Nenhuma formação social desaparece antes que se desenvolvam todas as forças produtivas que ela contém, e jamais aparecem relações de produção novas e mais altas antes de amadurecerem no seio da própria sociedade antiga as condições materiais para a sua existência. Por isso, a humanidade se propõe sempre apenas os objetivos que pode alcançar, pois, bem vistas as coisas, vemos sempre que esses objetivos só brotam quando já existem ou, pelo menos, estão em gestação as condições materiais para a sua realização” (Marx, 1977:302).

Portanto, o debate sobre projetos para a universidade envolve a avaliação da função social da educação e traduz as concepções de sociedade e de história subjacentes a cada proposição defendida. Acontece que todo este debate, hoje intensificado pelas propostas de reforma neoliberal do Estado, também corresponde à necessidade de avaliar as respostas que a universidade tem oferecido à formação profissional no que se refere à crescente complexidade das práticas sociais, conseqüente da incorporação do conhecimento científico e tecnológico às atividades profissionais. Discutir a relação entre os processos de formação profissional e as demandas sociais é, sem dúvida, uma questão ineliminável das pautas e, por isso mesmo, é determinada pelas expectativas de classe para as mudanças sociais. Destacamos a seguir algumas das tendências expressivas de posições antagônicas a respeito da direção social para a universidade brasileira.

Em seminário, na Universidade Estadual Paulista (UNESP), Chauí (1999) faz uma análise comparativa entre o relatório do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) para a educação superior na América Latina, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação e documentos da própria universidade. O que encontra é uma afinidade ideológica nos seus princípios e conceitos. Vejamos o que diz a autora:

“Quando, na Lei de Diretrizes e Bases, se fala em autonomia e se identifica autonomia com gerenciamento de recursos, quando se fala em racionalização entendida como enxugamento de pessoal, quando se fala em avaliação pela produtividade e quando se fala na flexibilização dos currículos das áreas profissionais, técnicas e generalistas, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional simplesmente afirma os princípios que são propostos pelo diagnóstico do BID e para garantir seus investimentos” (Chauí, 1999:23).

Os pontos fundamentais da crítica de Chauí referem-se à centralidade da relação custo-benefício na avaliação do BID, que atribui à educação superior as seguintes funções: *“formação de elite intelectual com investimentos públicos pesados”* - (note-se: esta diretriz corresponde às proposições apresentadas pelo MARE, CLAD e Projeto de Fundações de Direito Privado que serão analisadas no capítulo 3), *“formação profissional para o mercado com investimento público-privado”*, expansão de vagas com aumento do número de alunos por sala de aula, inovações com cursos generalistas de curta duração... Esta modernização no modelo através de cursos

generalistas, aliás, proposta muito próxima ao ideário do campo pós-moderno, corresponde à hipótese, que será aqui trabalhada, de que as alternativas teórico-filosóficas dominantes, hoje, no campo da saúde pública têm afinidades ideológicas com a “terceira via” e com o irracionalismo. Neste sentido, vale a pena reproduzir a descrição da autora:

“A noção de área de conhecimento é muito antiquada, muito especializada. Hoje em dia não se usa mais. O que há são campos do saber” (Apub, BID) “Os campos do saber são pequenas totalidades interdisciplinares, em que se dá uma formação geral que é o que o BID chama “primo pobre” do que nos Estados Unidos é denominado de liberal arts. Então ...introdução à Sociologia, introdução à História, introdução à Geografia, um pouquinho de Filosofia, introdução ao teatro, todas aquelas introduções, aquela mixórdia total que o aluno escolhe e compõe o seu currículo básico, em dois ou quatro semestres” (Idem:25).

Mas a crítica de Chauí não se limita a chamar a atenção para o risco que estas propostas (reformas mercantilizadas) têm para a autonomia intelectual e política da universidade. Ela observa, corretamente, que os dados utilizados no levantamento do BID foram todos fornecidos pelas próprias universidades. Isto só confirma a identidade entre estes documentos, reflete a afinidade ídeo-política de determinados segmentos da universidade com os projetos ideológicos das agências financeiras internacionais para os países do capitalismo periférico, Brasil e América Latina ²¹.

Para Leher (2004), a Reforma Universitária do governo Lula da Silva representa a “*institucionalização do capitalismo acadêmico*”. Esta institucionalização da relação educação e interesses privados – assim como na saúde - é deslançada a partir da instrumentalidade da Parceria Público Privada ²². E sobre a função que estes projetos desempenham na desqualificação das políticas públicas universalizantes/socializantes - através da eliminação da distinção entre as esferas públicas e privadas -, o autor conclui que: as Parcerias Público Privadas constituem o elemento articulador da “contra-reforma” educacional através do Programa de

²¹ O modelo universitário chileno - implantado sob ditadura Pinochet - é aludido pelo Bid como exemplo bem sucedido. Também o modelo chinês e o sul-coreano costumam ser tomado como referência de qualidade (Chauí,2001, Leher,2004). Sabemos que estes modelos são funcionais às exigências de mobilidade e concentração de capital financeiro e conhecimento tecnológico do capitalismo contemporâneo; disto resulta que aos países periféricos basta formar mão de obra de baixa e média qualificação, executora a baixo custo dos projetos da elite central. Conseqüentemente, não há necessidade de formação de pensadores, criadores de conhecimento científico autônomo e soberano nos países periféricos.

²² Lei n 11.079, de 30 de dezembro de 2004.

Universidade para Todos, do Sistema Nacional de Educação e do Projeto de Inovação Tecnológica. Este novo *status* institucional irá favorecer as forças que tratam a educação como mercadoria e

*“{...} a institucionalização do ethos **empreendedor** vem provocando mudanças que se sucedem em um ritmo vertiginoso. A correlação de forças interna estará cada vez mais desequilibrada em favor dos capitalistas **acadêmicos**. Mesmo minoritários estes setores operam fora (e contra) dos frágeis espaços públicos, gozarão de prestígio ante os que contratam serviços, a burocracia do aparato de fomento e os governos interessados em silenciar a universidade como lugar da crítica” (Leher, 2004)*

Para Leher, a “*focalização de nichos de mercado provavelmente será a regra*” conseqüente do favorecimento da iniciativa privada com verbas públicas, o que possivelmente causará ao movimento docente “*a maior pressão de sua história*”.

Este confronto já está posto, e, de forma mais exteriorizada, é possível reconhecê-lo através das diferentes posições da ANDES-SN (Associação Nacional de Ensino Superior- Sindicato Nacional) e da ANDIFES (Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior)²³, frente ao projeto de governo e nas suas propostas para a educação universitária.

Ambas as entidades participam do “*Fórum Nacional em Defesa da Escola Pública*”, defendem aumento do financiamento público para a educação e estão presentes na luta para responsabilização do Estado pela educação como um bem público. A Andifes apresenta alguns números interessantes sobre o crescimento da pós-graduação nas universidades públicas, apesar do seu sub-financiamento. Vejamos alguns destes dados: dados relativos ao período de 1995-2001 das universidades federais - (Fonte: ANDIFES/FORPLAP, 2004).

Aumento de:

- 178% nas matrículas das pós-graduações Lato Sensu
- 158% nas dissertações de mestrado
- 178% nas teses de doutorado
- 69% de docentes com doutorado

Neste mesmo período, houve queda no orçamento das universidades e queda no

²³ A ANDIFES é a “representante oficial das instituições federais de ensino superior (IFES) na interlocução com o governo federal, com as associações de professores, técnico-administrativos, estudantes e com a sociedade em geral”. (<http://www.andifes.org.br>)

numero de concurso para docentes e técnico-administrativos.

À semelhança do que ocorre com o Sistema Único de Saúde, pode-se dizer que apesar de todas os condicionantes restritivos à qualidade e expansão das universidades, elas resistem.

Mas as diferenças entre as análises destas duas entidades, Andifes e Andes, manifestam-se nas suas avaliações históricos-sociais e nos seus projetos. A Andifes assume uma posição que compreende a possibilidade de participar e contribuir para o projeto do governo, não trata das contradições e busca soluções dentro do próprio modelo com justificações generalistas pautadas na perspectiva “social-reformista”. Eis alguns dos principais pontos:

- Apesar da oposição da mercantilização da educação, admite a captação adicional de outras fontes de financiamento, desde que assegure a “regulação” e o “financiamento integral por parte do Poder Público”. Propõe a “revisão do papel das fundações”. E registra: *“O ensino superior privado é uma realidade que parece ter vindo para ficar. E não há nada de errado nisso, desde que se preserve um sistema público de excelência, principalmente para as ciências que não despertem interesse do mercado, e que se criem mecanismos para assegurar qualidade mínima”*²⁴ (Andifes: 2004).
- Propõe educação “assentada na produção e disseminação do conhecimento” profissional e cidadão para a inclusão social.
- Objetivamente propõe aumento de vagas para a graduação, número de alunos por sala de aula, mas não se refere a aumento do quadro de docentes e técnicos.
- E propõe também mudança na organização e modelo de gestão: *“(…) novos padrões de gestão próprios e específicos de instituições educacionais que ocupem o lugar do modelo burocrático de gestão em vigor, ampliação da democracia e transparência das nossas instituições, novas estruturas acadêmicas, administrativas e de representação institucional, tudo isso estará em questão. A título de exemplo, já há um consenso relativamente estendido que a nossa atual organização acadêmica e administrativa, baseada em departamentos, centros e faculdades e outras unidades é um efetivo obstáculo ao bom andamento dos projetos e trabalho inter, multi e transdisciplinares e que envolvam a interação entre diferentes domínios do conhecimento”* (Andifes, 2004).

Estas posições, além de assinalarem uma compatibilidade de princípios e concepções com as bases ídeo-políticas da reforma de Estado dos governos FHC e Lula da Silva - expressas no objetivo de promover inclusão social -, introduzem, através do último item, a proposta de mudança no modelo de organização acadêmica

como meio de facilitar a interação das diferentes áreas disciplinares. Se o baixo financiamento público e a ameaça de hegemonia dos interesses de mercado aparecem nos pontos da crítica da Andifes que a aproxima dos movimentos de negação da reforma do governo, ao mesmo tempo, estes pontos não são objeto de reflexão no que se refere a sua causalidade e, talvez por isto mesmo, a Andifes tende a indicar a mudança, ou inovação, a partir do modelo da organização acadêmica, uma saída metodológica, através a partir da busca de um conhecimento mais integrado. Esta proposta, ao que parece, demonstra um viés neopositivista. No lugar de priorizar a efetividade dos objetos de conhecimento, ou seja, a sua forma de ser como fundamento para a unidade científica – e a referência aqui se vale da categoria lukácsina da “*multilateralidade intensiva e concreta*” (que será tratada no Cap 3 item 3.3.2) – ao contrário, parte da unidade da linguagem epistemológica, como se a resposta para uma universidade democrática residisse na interlocução lógica das diferentes disciplinas.

Já nos documentos do Andes-SN (2004-2006), ao contrário da entidade anterior, estão registradas análises que identificam no instrumento legal da parceria público-privada o meio para a mercantilização da educação e, conseqüentemente, uma concreta ameaça ao princípio universalizante e público da universidade. O Andes-SN compreende o projeto de reforma universitária como parte da reforma de Estado iniciada no governo FHC. Por isso, o projeto é referido como uma “*contra-reforma*” que corresponde ao “*novo modelo de Estado – reduzido para o mundo do trabalho e maximizado para o capital*”. Tece uma análise crítica da relação destes governos com as determinações dos agentes internacionais financeiros e demonstra que todas as suas etapas (primeira geração, FHC, e segunda geração, Lula) foram consolidadas através de legislações que previram a redução da autonomia, dos direitos e das ações do Estado.

Principais críticas:

- Transformação da educação em serviço.
- Diluição das fronteiras entre público e privado.
- Projetos e ações consonantes com Banco Mundial, Organização Mundial do Comércio..
- A subdivisão da educação superior em universidades, “*universitecnológicas*”, faculdades, centros universitários e centros tecnológicos são modalidades que se contrapõem ao conceito de padrão unitário e de qualidade.
- A educação deixa de ser um direito de todos e um dever do Estado.

- Ingerência da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), critérios de avaliação exógenos, “*estimulando o ranqueamento, a produtividade referenciada em si mesma*”.

_ Redefinição e limitação do direito de todos e dever do Estado na educação apenas aos cursos de graduação e aos programas de pós-graduação stricto sensu.

Estes pontos dão a dimensão da disputa dos diferentes projetos para educação. Enquanto a Andifes está preocupada com formas de regulação e modernização da universidade, o Andes-sn assume uma posição de resistência e parte de uma crítica concreta das relações envolvidas, capital e trabalho, no que, corretamente, denomina a “contra-reforma” da universidade.

Tudo indica que o que está em jogo, do ponto de vista do governo e das classes burguesas, é o desafio de estender para o campo da práxis, educativo-superior, o processo de “reestruturação produtiva” que o capital engendrou com vigor a partir da década de 90 no Brasil. A essência do padrão produtivo brasileiro conciliou a “baixa remuneração da força de trabalho” - atrativo para o capital e obstáculo para a inovação tecnológica – com padrões produtivos mais avançados e mão de obra mais qualificada, conduzindo ao aumento da superexploração do trabalho (Antunes, 2006). Mas o que ajuda a identificar esta extensão para o campo da práxis são dois instrumentos bastante influentes ideologicamente: o apelo à flexibilização e a autonomia dos trabalhadores. No campo da reforma do Estado para o capital estes dois conceitos são reflexivamente complementares, estão fundados na crítica da exclusividade do Estado para intervenção via políticas públicas, e o modo de retirar-lhe a exclusividade é deslocando esta função para a iniciativa privada e descentralizada, ou seja, o recurso à autonomia gerencial e financeira como meio de remover a rigidez das políticas públicas de Estado.

A flexibilização é uma modalidade que potencializa a exploração da força de trabalho e como instrumento da “reestruturação produtiva” garante um exército de reserva e a mobilidade de capital para reproduzir-se, como resumem Alves e Tavares:

“Tais condições, por meio de muitas mediações, se encarregam de tornar as fronteiras entre as relações capitalistas, originando equívocos como a idéia de autonomia atribuída ao trabalho informal que se realiza no interior do metabolismo de reprodução do capital {...} O mercado é o ponto para o qual todos convergem e no qual todas as pseudo-autonomias se dissolvem” (Alves e Tavares: 2006: 440,441)

Fundamentalmente o que está sendo discutido é a formação para o trabalho, para a vida social. Que trabalho e que socialidade estão sendo concebidos? Trabalho para produção de: valor-de-troca, de trabalho assalariado precário, potencializador do aumento da mais-valia, do aperfeiçoamento do fetiche da mercadoria e dos processos de estranhamento/alienação? Ou diferentemente, uma educação voltada formar para uma socialidade e um trabalho: produtor de valores-de-uso, formador de consciência crítica e de práticas de produção e apropriação coletiva da riqueza social, um processo que crie condições para a ausência do estranhamento/alienação, de modo que, as contradições entre o desenvolvimento genérico e individual sejam tratadas no horizonte da emancipação humana. Esta distinção é necessária para se esclarecer os projetos de sociedade subjacentes a cada proposta de universidade, como base para projeção ou da reprodução do capital ou da sua superação. E Tonet se refere a esta dinâmica assim:

“É neste sentido que podemos dizer que a esfera da educação tem, na reprodução do capital, a tônica do seu desenvolvimento. E que ele envidará todos os esforços para subsumir à sua lógicas toda e qualquer iniciativa, mesmo aquelas que, em princípio, lhe poderiam ser contrárias. Mas, na medida em que a sociabilidade gerada pela contradição entre capital e trabalho é contraditória, a possibilidade de uma oposição à hegemonia do capital também é uma possibilidade real” (Tonet,1999: 102)

Trabalho, saúde e educação constituem a base, a condição para produção e reprodução da vida social, refletem as condições materiais e espirituais que os indivíduos dispõem para sobreviver e projetar-se. A apreensão desta unidade totalizadora exige a crítica econômica e a crítica ideológica, porque, nas suas objetivações, os homens dependem de condições materiais, saúde física e de consciência crítico-criativa (emancipação humana-humanização) para se realizarem. E este realizar humano, compreendido como desenvolvimento das suas forças e capacidades transformadoras (aumento da expectativa de vida, complexidade dos processos de trabalho) se processa através da ineliminável dialética entre necessidade e liberdade.

Por ora, não esqueçamos o que está determinado na Constituição Federal, Cap.III Seção I Art.207.: *“As universidades gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, e obedecerão ao princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão”*.

A competição por espaço nas universidades – HUs e Centros Acadêmicos - pelas forças privatistas é inquestionável. Entendemos que os HUs estão vulneráveis. Os dados da pesquisa mostraram que a Reforma Sanitária não alcançou as práticas de ensino-pesquisa e extensão na formação hospitalar. É preciso fazer uma reflexão sobre os caminhos da Reforma Sanitária, suas perspectivas, porque, uma oposição efetiva à “contra-reforma” neoliberal depende que façamos as distinções corretas das forças ideológicas que estão em jogo.

CAPÍTULO II

Histórico das Origens e Conquistas da Reforma Sanitária

2.1. A Saúde Pública e a Reforma Sanitária

“Só o maravilhoso ser humano, o ser social humano, pôde e teve a petulância de, a contra-corrente de todo os seres do mundo que o precederam (o mundo natural - inorgânico e orgânico) conceber essa belíssima categoria – a “igualdade”- e, mais do que isso, na sua profundíssima petulância, buscar realizar essa categoria socialmente, mediante a confluência do movimento operário e do movimento socialista” (Sonia Yessin, 2006).

Transição da primeira para a segunda metade do século XIX: tempo de lutas e mudanças em todas as esferas da vida, tempo de vontades e pensamentos revolucionários, tempo de nascimento do devir das classes trabalhadoras. Re-estruturação do padrão de relações sociais fundamentais e re-definição dos modos de viver. Agora, o confronto se dá, fundamentalmente, entre capital e trabalho. Esta re-estruturação da vida transita da vida para a consciência dos representantes tanto do capital como do trabalho e de seus ideólogos, e, num *continuum*, retroage sobre essa mesma vida, ensejando não só a emergência e o desenvolvimento impetuoso de lutas revolucionárias (que em muitos casos já se situam no horizonte da emancipação humana), como ainda, e reflexamente, respostas práticas, reformistas, por parte do capital, sob pena de sua ruína. Por outro lado, essa relação reflexiva entre lutas de classes e consciência de classes implica a formulação correlata, simultânea e necessária de idéias e projetos societários antagônicos. Expressão dessas mudanças é o *Manifesto Comunista*²⁵. Na seqüência, também os liberais e os social-democratas apresentarão suas propostas. Em síntese, o Capital, através de suas ações e correlatos projetos reformistas, visa, em última análise, garantir a re-produção ininterrupta daquilo que é a sua essência – a exploração e a dominação; enquanto o Trabalho, no pólo antagônico, já aponta, prática e teoricamente, a igualdade

²⁵ Nota-se que o Manifesto não é a expressão do *médium*. As idéias de Proudhon eram hegemônicas. Há no interior do Trabalho um leque de projetos, o desenvolvimento do sujeito é desigual. Ainda assim, estava presente uma postura de descrédito quanto às possibilidades de o Capital atender às demandas dos trabalhadores; e, simultaneamente, há o crédito na possibilidade (e há a aspiração) de que os trabalhadores possam construir uma alternativa bastante diferenciada daquela do Capital (mesmo nos casos das propostas do socialismo utópico). É importante distinguir o socialismo utópico do oportunismo social-democrata posterior.

substantiva como condição não apenas da emancipação dos trabalhadores, mas como condição da humanização dos homens, das relações humanas e da Humanidade.

Podemos dizer, então, que a burguesia engendrou a razão como meio para emancipação humana e a classe trabalhadora a igualdade objetiva como condição para a humanização. A igualdade, categoria social construída a partir das lutas das classes trabalhadoras e revolucionárias, representa também o reconhecimento da identidade humana como ser social, ser da prática. E o modo e a direção de suas práticas dão a medida da riqueza de um povo. A prática deriva da intervenção do homem sobre a natureza - só possível através do trabalho; altera as identidades e as diferenças tanto naturais e quanto sociais. E a luta pela igualdade social é, na verdade, uma aproximação da condição de identidade humana

Nas reflexões de ordem filosófica e política sobre a saúde há sempre a mediação destas duas questões irremediavelmente integradas - o social e o natural - e ao se tratar do humano, o ser da prática, a dominância é sempre social. E a condição de saúde, a extensão e a qualidade da expectativa de vida de um povo está sempre condicionada a forma e ao grau de desenvolvimento e socialização dos bens sociais produzidos.

A luta revolucionária da classe trabalhadora é, fundamentalmente, a luta pela socialização dos meios fundamentais de produção e da riqueza socialmente produzida, mesmo que não haja consciência desta condição e possibilidade.

"Que um operário no século XIX ao considerar a jornada de trabalho de doze horas como um destino humano universal ou mesmo que um operário moderno, na sua condição de homem manipulado pela organização do consumo e dos serviços e a serviço de grandes empresas capitalista, julgue haver finalmente alcançado um bem estar digno do homem, ambos modos de ser alienados – embora diferentes na forma – correspondem exatamente às respectivas finalidades sócio-econômicas do grande capital. E é claro que o domínio do grande capital funcionará com obstáculos tanto menores quanto mais a alienação tenha permeado toda a vida interior do operário. Por esta razão, quanto mais se desenvolve o aparato ideológico do capitalismo, tanto mais resolutamente tende a fixar com firmeza nos indivíduos tais formas de alienação, enquanto que para o movimento operário revolucionário – com o fim de suscitar, promover, organizar o mais possível o fator subjetivo – desmascarar a alienação como alienação e a luta consciente contra ela é um momento importante (mas, não obstante, apenas um momento) dos

preparativos para a revolução.” (Lukács, O estranhamento, sem data) ²⁶.

Mas, as forças materiais e ideológicas do capital – sempre voltadas para reprodução da exploração e da alienação da classe trabalhadora – deparam-se com dois limites (porque este processo de dominação e manipulação é sempre um processo “reflexivo”). Primeiro: a necessidade de manutenção de condições básicas para a saúde pública; porque, a condição de saúde é determinante nas possibilidades e permanência da fonte de exploração da riqueza, e ainda, porque existe um limiar de risco na saúde pública que deve ser observado - nos referimos às epidemias. O segundo limite compreende as respostas, as pressões, as reivindicações das classes exploradas e dominadas quando conseguem conduzir críticas necessárias à identificação da contradição básica da sua condição de classe. Ou seja, nos referimos àquele momento mencionado por Lukács. No campo da saúde, no Brasil das décadas de 70 e 80, do século XX, este momento foi conduzido, principalmente, por segmentos das classes médias dominadas, lideradas por uma vanguarda intelectual de esquerda, sanitaristas que, a partir das lutas sociais, fizeram a crítica da função social da saúde pública no capitalismo e esta crítica retroagiu para as lutas sociais através do projeto da Reforma Sanitária e da proposta de criação de um sistema público, democrático e universal de saúde consolidado em 1990 no Sistema Único de Saúde (SUS) ²⁷.

Os princípios e diretrizes que sustentam o sistema público de saúde brasileiro estão pautados pelas idéias de igualdade e universalidade, noção de saúde como uma prática e um bem social. Neste sentido, a riqueza de um povo – não concebido abstratamente, ou seja, constituído por classes, camadas sociais expressivas do modo de produção e reprodução social - está relacionada às suas relações sociais, à sua condição de apropriação da riqueza material e espiritual alcançada historicamente. Fica então estabelecida a intrínseca ligação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) com a modernidade. Por tudo isto e, precisamente, diante do agravamento de todos os dados sociais e de saúde da maioria da população brasileira, é inevitável reforçar a necessidade de aprofundamento e ampliação do sistema público e universal de saúde.

²⁶ A “Ontologia do Ser Social” de Lukács não está editada em português. Os textos, aqui utilizados, compreendem alguns de seus capítulos que foram traduzidos num empreendimento dos ex-alunos do professor José Chasin.

²⁷ O Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV Saúde), 1980, as Ações Integradas de Saúde (AIS), 1982, representaram momentos importantes para a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Que saúde pública almejar? O que a saúde pública pode traduzir da vida social? Quais são os elementos sociais determinantes da saúde? A saúde pode expressar o grau de desenvolvimento e de riqueza socializada por um povo?

Indagações como estas inquietaram o movimento social na saúde, nos últimos anos 70 e 80, protagonizado por sanitaristas, profissionais de saúde e estudantes que, ao lado de segmentos das classes exploradas, lutaram contra o modelo econômico burguês e a ditadura militar na defesa de um projeto de Reforma Sanitária. Seu vetor principal: propor mudanças sociais dirigidas ao conjunto das condições sociais determinantes na produção das doenças. Ou seja: a Reforma Sanitária foi concebida como parte integrante de reformas sociais, porque a mudança de um quadro de saúde dependia de mudanças sociais. Tratava-se de um apelo a uma “nova consciência sanitária”, um projeto de reforma social na saúde a partir da observação da relação entre economia e saúde, entre as condições de trabalho, renda e as condições de prevenção das doenças e recuperação da saúde nas diferentes classes sociais.

Os ganhos objetivamente mensuráveis podem ser identificados nos princípios da igualdade dos direitos dos usuários, universalidade do acesso, integralidade da assistência, participação social através dos conselhos deliberativos com representação das instituições, profissionais de saúde, usuários e dos segmentos de representação da sociedade, todos estabelecidos na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8080 de 1990²⁸.

A inclusão da saúde no campo da seguridade social – noção inédita introduzida no Brasil pela Constituição Federal de 1988 articulando saúde, previdência e assistência - está subordinada à noção de saúde como resultante das condições de vida. Isto criou as bases para implementação de mudanças nas práticas e na organização dos serviços, pois compreendeu um conjunto de ações integradas e descentralizadas a partir destas diretrizes centrais. O Sistema Único de Saúde (SUS)

²⁸ Na Constituição Federal, Título VIII, Capítulo II, Da Seguridade Social, Seção I, Disposições Gerais, o Art. 194. indica: “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. No 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”. Art. 198. “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade” E em sintonia com esta direção a Lei Orgânica da Saúde, 8080, 1990 no Título I Das disposições Gerais, Art. 3º “A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País”.

representa um modelo de organização e atenção voltado para a socialização e a democratização tanto das decisões como do acesso aos recursos do conhecimento científico na saúde. É um modelo que, sem dúvida, se contrapõe às forças liberais que dominam a trajetória da saúde pública no país.

As categorias sociais marxistas - historicidade, trabalho e luta de classe, largamente referidas no debate que precedeu à Reforma Sanitária ²⁹, deram suporte para a crítica do pensamento médico-sanitário biologista e curativo. Este processo exprime o giro no pensamento da saúde pública brasileira nestas décadas. Devido a sua riqueza e significação histórica representa, para nós, o ponto de partida para a reflexão sobre o fôlego do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Projeto de Reforma Sanitária, no atual contexto das práticas e pensamentos na realidade social brasileira.

A luta contra a ditadura, neste domínio, requereu a elaboração de uma crítica propositiva para a sociedade, o que favoreceu a percepção da relação dialética entre a prática profissional e a realidade social, e, deixou em evidência o sentido político das ações em saúde. O confronto buscou combater o domínio da teoria social positivista, de cariz funcionalista, cujo modelo de causalidade da saúde estava sustentado no tripé dos vetores: ecológico, psicossocial e de vigilância sanitária. Modelo compatível com a estrutura hospitalocêntrica do sistema de saúde brasileiro, subordinado aos parâmetros ideológicos da ciência e da tecnologia norte-americana³⁰. Por outro lado, a percepção crítica introduzida pelo movimento da reforma, sobre a relação de “determinação recíproca” entre prática profissional e prática social, contribuiu para a identificação da função social do Estado e suas políticas na disputa dos interesses de classes.

Ao considerar as determinações sociais da saúde, o Estado passa a ser reivindicado pelo movimento sanitarista como instância capaz de responder, democraticamente, às demandas das classes dominadas, de levar em conta as determinações sociais da saúde e de ser responsável pela saúde pública; entendida como um direito público e universal, capaz de extrapolar as políticas fracionadas relacionadas às noções de causalidades bio-psico-sociais.

²⁹ Como principais expoentes deste debate: Sergio Arouca, Cecília Donnangelo, Carlos Gentile de Mello, Cristina Possas, Mario Magalhães. Na América Latina, com grande influência no movimento brasileiro: Edmundo Granda, Jaime Breilh, Juan César Garcia, Asa Cristina Laurell entre outros.

³⁰ O relatório Flexner, de 1910, referência na formação e organização da prática médica influenciou todas demais profissões de saúde. Influenciou, ainda, paralela e complementarmente os projetos de saúde comunitária das fundações de apoio, de natureza nacional e internacional, e o Ministério da Saúde. Esta estrutura é bem marcada pelas diferenças de classe no acesso as tecnologias da saúde. Um modelo fundado no seguro individual de assistência médica para os trabalhadores contribuintes e ações educativas de baixa complexidade, atenção primária para os não contribuintes do sistema.

Esta oposição - entre abordagem bio-psico-social e determinantes sócio-econômicos - só foi possível a partir da compreensão da interação recíproca das condições econômicas e políticas favoráveis à luta social e, conseqüentemente, a produção de uma massa crítica na abordagem da saúde pública. A mudança da direção ídeo-política do conhecimento e das práticas neste campo (note-se, que referimo-nos a mudanças de ordem teórica, ideológica e política) foi, em grande parte, fundamentada pela epidemiologia crítica/social, constituindo um debate propositivo, designado como campo da Saúde Coletiva ³¹. Não utilizaremos esta denominação para estabelecer a diferença entre conservadorismo dominante e os propósitos de mudança na saúde pública brasileira, mas a diferenciação destas direções antagônicas terá como base, como referência, as matrizes ideó-políticas que fundam as propostas para a saúde pública, compreendida a saúde pública como expressão objetiva das condições sociais e das lutas de classes.

O aspecto fundamental contido na Reforma Sanitária foi a defesa do fortalecimento do setor público e a democratização/universalização do acesso e do poder de decisão nas políticas públicas. Este debate decerto não é novo. Em síntese, não é novo porque suas respostas visam intervir na vida social, via disputas pelos bens materiais e não materiais, via mudanças nas práticas e valores sociais, principalmente porque tendem a surgir nos períodos de agudização das contradições sociais de classe.

Esta demanda por esclarecimento do sentido social e político da saúde pública facilitou a introdução da teoria e do método de Marx, o materialismo dialético, no campo da saúde pública ³².

³¹ "... a produção teórica desenvolvida nas décadas de setenta e oitenta permitia apontar a emergência de um paradigma alternativo em Saúde Coletiva centrado em dois conceitos fundamentais: determinação social das doenças e processo de trabalho em saúde. O entendimento de que a saúde e a doença na coletividade não podem ser explicadas exclusivamente nas suas dimensões biológica e ecológica, porquanto tais fenômenos são determinados social e historicamente, enquanto componentes dos processos de reprodução social, permitia alargar os horizontes de análise e de intervenção sobre a realidade" (Fleury:1997:13). "Na década passada {década de 80} generalizou-se um mal estar a respeito dos conteúdos e projeções práticas da Saúde Pública. Desde o movimento sanitarista latino-americano e, particularmente, desde a corrente da reforma sanitária no Brasil, iniciou-se um debate que resultou no aparecimento do nome "Saúde Coletiva" para designar os novos conteúdos e projeções que se destinavam a esta disciplina....Enquanto a saúde pública convencional conceitua a saúde-doença empiricamente reduzindo-a ao plano fenomênico e individualizado da causalidade etiológica, a saúde coletiva propõe a determinação histórica do processo coletivo de produção de estados de saúde-doença. Enquanto a saúde pública acolhe os métodos empírico analítico "estrutural-funcionalista", Popperiano ou fenomenológico, a saúde coletiva incorpora o método materialista-dialético" (Breilh, 1991:128,129).

³² Esta referência teve uma força qualitativa na direção das práticas e na produção de conhecimento, mas não evitou a reprodução das apropriações funcionalistas e mecanicistas tão próprias ao campo da esquerda neste período no Brasil e no mundo. Outra referência deste movimento foi a aproximação com o

Além da tarefa de reforma política e institucional da saúde, o debate na direção da Reforma Sanitária colocou em pauta o modelo positivista de objetividade do pensamento científico na saúde, cujos aspectos imediatamente problematizados foram a equalização da legalidade entre o natural e o social e a neutralidade científica. Mas, esta tarefa crítica não foi encaminhada de modo unitário, ou seja, neste debate a defesa de ações reformistas compreendia diferentes abordagens sobre os aspectos sociais da saúde. O campo era de disputa, e a hegemonia, naquele momento ficou com as expressões do pensamento de Marx.

O importante é observar que, na emergência da Reforma Sanitária brasileira, ocorre o elemento dominante que serviu de argumento central para a luta de política, a saber: a consideração dos determinantes econômico-sociais das doenças.

2.2. Elementos chaves da teoria social de Marx para o debate dos aspectos sociais da saúde.

Independentemente da problematização sobre a forma como então se operou a apropriação do materialismo dialético, é preciso sinalizar, para efeito de análise, alguns elementos-chave da teoria social marxista no debate dos aspectos sociais da saúde.

A amplitude da análise requerida pelo materialismo dialético compreende a consideração sobre a relação de determinação recíproca entre natureza/biologia e homem/práxis tendo como base a realidade social e, neste sentido, há uma inter-relação: o que é natural já está saturado de mediações sociais e o social não deixa de estar mediado pelo natural. A natureza orgânica e inorgânica sofre alterações no longo processo de transformação que, a partir da intervenção do homem - relação homem-homem-natureza -, se constitui como o processo histórico social. A partir daí, estas alterações já estão mediadas pelas atividades dos homens, através da interação homem-natureza. Na teoria social de Marx, a história é processo ontológico e universal, totalizador das historicidades dos seres particulares, unidade dos diferentes, possibilitada pela materialidade e pela historicidade ³³. E é neste processo que as próprias necessidades naturais humanas vão sofrendo mudanças, ocorrendo a “redução das barreiras naturais” (assim expressas por Lukács), sem serem, jamais, totalmente eliminadas. Neste sentido, a unidade entre o natural e o social se dá pela historicidade ontológica da interação dos seres natural e social:

“{...} quando se torna possível afirmar o ser inorgânico como fundamento de todo outro ser, sem com isso destruir no pensamento o caráter específico do ser orgânico e do ser social (...des Seis in Leben um Gesellschaft), quando, simultaneamente, a diversidade dos modos de ser for concebida em sua incindível associação e diferenças qualitativas, só então pode surgir uma ciência internamente unitária. A tentativa dos antigos materialistas, com o ser monismo mecanicista, tinha de fracassar, e devem fracassar ainda mais aquelas teorias que, como o vitalismo, a ciência do espírito (Geisteswissenschaft), etc., absolutizaram os

³³ Marx critica a historiografia que omite a base real: “A produção da vida real aparece como algo separado da vida comum, como algo extra e supraterrrestre. Com isto, a relação dos homens com a natureza é excluída da história, o que engendra a oposição entre natureza e história” (Marx, Engels, 1982:57).

diferentes modos de ser em sua diversidade". (Lukács, Neopositivismo, sem data)

A indicação de Lukács sobre a "unitariedade interna da ciência" é central para a nossa discussão, especificamente, porque esta categoria corresponde à forma de conhecimento conseqüente à aproximação máxima do objeto, a unitariedade corresponde ao objeto. Trata-se do caráter ontológico do objeto, da capacidade do conhecimento refletir o objeto no seu movimento, inteireza e amplitude, isto é, qualitativa e quantitativamente ³⁴.

É nesta dialética interação entre as diferentes legalidades naturais e sociais, só possíveis de serem conhecidas e intencionalmente transformadas a partir da atividade humana do trabalho, que Giovane Berlinguer, sanitarista militante da reforma sanitária italiana e intelectual, cujas idéias tiveram significativa influência no movimento brasileiro, ilustra muito bem a historicidade das doenças:

"Com efeito, a doença, para o homem, não pode mais ser considerada como um fenômeno puramente biológico. As doenças são diferentes segundo as épocas, as regiões e os estratos sociais. São, quase certamente, um dos espelhos mais fiéis e mais dificilmente elimináveis, porque são resultantes do modo como o homem se relaciona com a natureza (da qual é parte), através do trabalho, da técnica e da cultura. Isto é, através de relações sociais determinadas, e aquisições científicas historicamente progressistas {...} O bacilo da tuberculose provavelmente tem acompanhado o homem desde sempre, na sua histórica evolutiva. No entanto, somente no século XIX a tuberculose tornou-se a doença mais difundida, a doença social por excelência, porque a indústria nascente arrancou os trabalhadores dos campos, obrigando-os a trabalhar ainda mais forçados, a viverem em moradias apinhadas. {...} em tais condições, a tuberculose explodiu como fenômeno de massa" (Berlinguer, 1978:52).

Desse modo, a compreensão ontológica da saúde pública significa a consideração da existência de uma base material, social, que determina e é determinada também pelos modos e formas diferenciadas de efetivação das práticas sociais, compreendidas como expressão subjetiva e objetiva das decisões historicamente possíveis pelos indivíduos sociais.

Neste sentido, o debate teórico-metodológico-propositivo da Reforma Sanitária, ao incidir sobre as práticas profissionais, não pode renunciar à consideração sobre as posições e consciência de classe destes profissionais da saúde. A relevância da percepção da ação em saúde, como uma ação política, está fundada no suposto de

³⁴ Esta discussão será retomada no Capítulo III, 3.3.2 sobre o neopositivismo e atenção integral saúde.

que toda prática social é uma prática política e, portanto, sua historicidade está relacionada à materialidade da vida social que, enquanto processo prático-ontológico, faz parte da divisão social do trabalho, da produção e reprodução da vida³⁵. Por outro lado, mesmo que indispensável seja, no campo da reflexão/produção de conhecimento, o exame sobre a determinação econômica social das políticas e práticas na saúde, isto não é suficiente para a realização da mudança, da reforma que almeja intervir sobre os determinantes sociais das doenças.

Por isso é necessário afirmar: se a crítica ao positivismo da saúde pública, da epidemiologia e da medicina, introduzida pelo movimento da Reforma Sanitária, compreende também uma crítica teórico-metodológica sobre a direção social das ações em saúde pública, esta, por sua vez, mesmo que necessária não é suficiente. Isto é similar à afirmação que hoje tem sido, tantas vezes, levada a termo: o Sistema Único de Saúde foi uma vitória do movimento da Reforma Sanitária, mas ele não é suficiente para responder as demandas de saúde de uma população.

Considera-se aqui que, enquanto complexo particular, o ideário de um sistema universal e democrático de saúde representa um primeiro passo para o encaminhamento de um processo de socialização das tecnologias/ciências (diga-se, tecnologia e ciência a ser produzida no sentido do atendimento das necessidades das classes exploradas, da emancipação como expressão da superação da alienação) e das riquezas, e assim, do mesmo modo que a crítica, este é o início da materialização de nova consciência sanitária.

Isto remete àquela saída heurística que Marx nos deixou, ao tratar do fetiche da mercadoria, do caráter misterioso da mercadoria que é capaz de esconder sua verdadeira essência – “trabalho humano”:

“{...} os homens procuram decifrar o significado do hieróglifo, descobrir o segredo de sua própria criação social, pois a conversão dos objetos úteis em valores é, como a linguagem, um produto social dos homens. A descoberta científica ulterior de os produtos do trabalho, como valores, serem meras expressões materiais do trabalho humano despendido em sua produção é importante na história do desenvolvimento da humanidade, mas não dissipa de nenhum modo a fantasmagoria que apresenta como qualidade material dos produtos, o caráter social do trabalho” (Marx, 1980: 83).

³⁵ “Não é a consciência que determina a vida, mas a vida que determina a consciência” (Marx, Engels, 1982:37).

Entendida a reforma como campo de reflexão e intervenção no sentido da crítica ao modelo dominante, este debate não escapa dos problemas filosóficos, conceituais e das posições de classe. Sabe-se que a arena da teoria social está constituída por tendências que disputam diferentes direções sociais e, portanto, não se trata aqui de um debate ou de uma decisão epistemológica, mas de um projeto social cuja direção social, a partir da particularidade da saúde, terá conseqüências no devir das contradições e condições de classe.

Esse é o elemento central que leva a compreender o movimento pela Reforma Sanitária como um movimento ídeo-político e não como uma questão no âmbito da teoria do conhecimento na saúde. Por isso, o interesse aqui está relacionado à compreensão das mediações entre saúde pública e “as” práticas sociais, o que supõe embates ideológicos. O ganho de que a história do movimento foi tributária, não só da apreensão do trabalho como categoria central - histórica e ontológica - na determinação das doenças, como também, e principalmente, da ação de um conjunto de forças possíveis de serem potencializadas durante a radicalização do confronto dos interesses de classes. Decorre daí a necessidade de se ressaltar a importância das posições de classe deflagradas neste processo, como inspiração, para a reativação da Reforma Sanitária brasileira, num período de dominação das práticas neoliberais, neopositivistas e irracionistas; porque entendemos que este neopositivismo está acompanhado de uma recidiva irracionista.

2.3. A emergência das idéias de Reforma Sanitária e sua vinculação ao projeto social da modernidade.

O movimento sanitário guarda elementos de *continuidade e de ruptura* com o ideário da reforma sanitária do século XIX. A *continuidade* estaria na sua natureza moderna, no fato de invocar elementos das lutas dos democratas radicais europeus do século XIX. Já o elemento de *ruptura* residiria na sua inexorável diferença face ao ideário da reforma sanitária do século precedente que decorre de uma luta emancipadora, racional desenhada a partir do capitalismo na sua fase imperialista, e, posterior a Revolução de Outubro de 1917 ³⁶.

Na verdade, a história das idéias e propostas de reforma sanitária do século XIX está assentada no marco da formação das sociedades capitalistas ocidentais, na razão moderna, e constitui um campo bastante extenso e diverso de reflexões e de respostas ora conservadoras ora progressistas. Não podemos deixar de fazer referência à função histórica que a Revolução de Outubro teve como marco na orientação das lutas de classes. O fato, é que todas as lutas no campo da saúde pública lidavam, de forma crítica ou não, com as conseqüências das contradições da relação capital-trabalho. Neste sentido, a questão social - eufemismo encontrado pela ideologia burguesa para nomear as derivações das contradições e conflitos de classe da ordem burguesa - criou as condições para o surgimento de um pensamento médico social e de uma medicina social voltada para a formulação de políticas públicas de saúde com a finalidade de enfrentar epidemias e endemias que obstaculizam o processo de produção e reprodução social, regido pelo capital, numa etapa que ainda comportava efeitos civilizatórios.

As idéias que relacionam saúde, economia e sociedade surgem de modo sistemático na transição do século XVIII para o século XIX, motivadas pelas revoluções social e científica. A partir de 1848, encontram-se os elementos fontes

³⁶ “(...) a Revolução de Outubro, quando o direito à saúde é reconhecido como um dever do Estado pela primeira vez nos tempos modernos. Herdando imenso país secularmente devastado por séculos de feudalismo e logo em seguida arrasado pela intervenção militar estrangeira, a organização do setor saúde na União Soviética volta-se para as modalidades coletivas de abordagem dos inúmeros problemas a serem enfrentados: criação de refeitórios públicos, de centros de atenção materno-infantil, construção de creches em todos os lugares de trabalho, descentralização das atividades assistenciais e, principalmente, um enfoque enfatizando as medidas de prevenção, dada a virtual inexistência de recursos humanos materiais destinados às atividades curativas” (Koifman,1990:20).

onde é possível identificar as vertentes progressistas e conservadoras das idéias de reforma sanitária. Mas o que unifica conservadores e progressistas são as inovações nas ciências naturais relacionadas ao conhecimento biomédico - cuja consequência política permite a sistematização de intervenções na vida das populações.

“Mais ou menos no final do século XVII e começo do século XVIII, alguns dos elementos básicos de um conceito de medicina social foram reunidos. Diziam respeito à necessidade de estudar a relação entre a saúde de uma população específica e as condições de vida determinadas por sua posição social, aos fatores insalubres que agem de forma particular ou com intensidade especial em um grupo devido à sua situação social e aos elementos que exercem influencia deletéria sobre a saúde e que impedem a melhoria do bem-estar geral” (Rosen, 1979:2).

A modernidade burguesa fundou um novo tempo da humanidade aportando um avanço no sentido da emancipação do homem frente às idéias de determinações sobrenaturais. Isto contribuiu para que populações se movimentassem no sentido da constituição de novas relações sociais. Mas ocorreu que formas novas de alienação vieram tomar lugar das antigas. A questão é que este avanço foi marcado por processos cuja natureza - descontínua e contraditória - enredou a razão numa outra forma de aprisionamento, aquela que, no lugar do sobrenatural, invocou a empiria e substituiu o sobrenatural por ela, pelo “materialismo objetivista”. Resumidamente, a este propósito, temos na observação de Hobsbawm a seguinte análise:

“Não era, de fato, um bom período para filósofos {segunda metade do séc. XIX}. Mesmo no seu reduto tradicional, Alemanha, não havia ninguém de estatura comparável para suceder às grandes figuras do passado. O próprio Hegel saíra de moda no seu país natal, e o modo pelo qual os médiocres que agora davam o tom para o povo alemão tratavam o grande filósofo alemão, fez com que Marx, em 1860, se declarasse um discípulo daquele grande pensador. As duas grandes correntes filosóficas subordinavam-se elas mesmas à ciência: o positivismo francês, associado com a escola do curioso Augusto Comte, e o empirismo inglês, associado com John Stuart Mill, sem mencionar o mediocre pensador cuja influência era então maior do que qualquer outro no mundo, Herbert Spencer (1820-1903). A base dupla da “filosofia positiva” de Augusto Comte era a imutabilidade das leis da natureza e a impossibilidade de qualquer conhecimento infinito ou absoluto” (Hobsbawm, 1977: 261).

Para uma compreensão correta do significado destas idéias reformistas na saúde pública, é preciso considerar a função social das ciências nas práticas sociais e, principalmente, na esfera do pensamento social. Os avanços alcançados nos campos da química, da física, da matemática e da biologia, através de métodos predominantemente experimentais, proporcionaram mudanças qualitativas na produção e reprodução da vida social e, conseqüentemente, a crença no poder da ciência em consolidar o progresso social, mesmo com todas as contradições da relação capital, trabalho ³⁷.

O positivismo foi a ideologia da burguesia nesta fase de consolidação e aprofundamento da dominação de suas idéias e avanços produtivos. Mas este poder, que não admite a categoria da contradição e da mediação, se afirma a partir das funções sociais que sua teoria consegue cumprir quando se transforma em ideologia. Sim, porque não é necessário que qualquer generalização, tanto sobre a vida natural como social, se torne ideologia

“{...} por ser uma opinião individual correta ou errônea, nem uma hipótese, uma teoria, etc. científica correta ou errônea são em si ou por si uma ideologia: podem, somente, como vimos, vir a sê-lo. Somente depois de terem se tornado veículo teórico ou prático para combater conflitos sociais, quaisquer que sejam estes, grandes ou pequenos, episódicos ou decisivos para o destino da sociedade, é que são ideologia” (Lukács, O problema da Ideologia, sem data).

Independente do seu conteúdo, verdadeiro ou falso, o que transforma uma elaboração explicativa acerca da vida social em ideologia é o seu domínio e alcance de convencimento no campo das lutas sociais. Neste sentido, o positivismo, enquanto ideologia deve ser considerado a partir do seu caráter ontológico, da sua função social e não do seu valor conceitual. As ciências humanas estão mais expostas às controvérsias que as ciências naturais, mas isto não lhes retira, de modo algum, o caráter ontológico social da sua constituição. No âmbito das ciências da natureza a ideologia pode estar presente tanto na sua “gênese” como na sua “ação no tempo”; o

³⁷ Se a filosofia passa a ser secundária e empobrecida através das tentativas de acompanhar o positivismo ou criticá-lo a partir de um subjetivismo irracionalista, as certezas que o progresso proporcionava não eliminavam “{...} as dúvidas sérias sobre a direção que estavam seguindo ou deveriam seguir, assim como em relação aos métodos teóricos ou práticos de lá chegar. Ninguém duvidava do progresso, tanto material como intelectual, já que parecia tão óbvio para ser negado. Este era, sem dúvida, o conceito dominante da época, embora houvesse uma divisão fundamental entre aqueles que pensavam que o progresso seria mais ou menos contínuo e linear e aqueles (como Marx) que sabiam que ele precisaria e iria ser descontínuo e contraditório” (Hobsbawm, 1977:262).

problema - que Lukács muito bem aponta, é o freqüente “enfado aristocrático” que os cientistas costumam ter em relação à “ontologia da vida cotidiana”. A tentativa (que, no final, sabemos fracassada) de excluir a ideologia do campo da ciência como se fosse possível “desideologizá-la”, neutralizá-la, sobretudo “desideologizando” o progresso como uma lei absolutamente natural, leva à consequência mais perversa: a subordinação do seu desenvolvimento à produção social capitalista. Mas, se trata de uma necessidade de reprodução do capital que se apresenta como possibilidade objetiva para a decisão dos cientistas.

Do mesmo modo que uma teoria científica pode vir a ter função ideológica, uma ideologia pode vir a ter coerência teórica, posto que seu fundamento está na função social que é capaz de exercer:

“A teoria mais complexa no campo, por exemplo, a da física moderna não é, sob o perfil ontológico geral, uma ideologia, e pelas mesmas razões porque não o era a caracterização imediata das pedras adequadas ao afilamento por parte do homem primitivo. E quanto a determinados fenômenos sociais gerais, já vimos como a teoria de Galileu ou a de Darwin se tornaram ideologia sem nenhuma relação direta e necessária com a sua essência teórica, à mesma maneira do mito de Prometeu, que derivou do ato de acender o fogo” (Idem).

Foi no berço do positivismo que as ciências sociais se formaram. E Augusto Comte é o seu fundador, a partir das seguintes teses: as leis (imutáveis) que regem a natureza são as mesmas que regem a sociedade; os procedimentos metodológicos utilizados nestes dois campos devem ser os mesmos; e a neutralidade científica também é valor garantidor da objetividade científica para estes campos (Lowy:2006). Estes princípios são expressões adequadas do empirismo e do liberalismo econômico - o que mostra a afinidade ideológica do pensamento social com a ordem econômica.

Se a apreensão da razão trouxe como corolário a noção da história como resultante das práticas humanas, por outro lado ela ficou aprisionada pela idéia de progresso que, mesmo introduzindo significado histórico aos campos social e natural, produziu uma equalização, eliminando, dessa forma, as particularidades destes diferentes complexos. A dificuldade da ciência não era com a história,

“{...} mas em combiná-la com as operações uniformes, contínuas e não revolucionárias das leis naturais permanentes. Um descrédito em relação a revoluções

sociais não estava ausente de suas considerações, assim como um descrédito da religião tradicional, cujos textos estavam comprometidos com mudança descontínua (“criação”) e interferência na regularidade da natureza (“milagres”). Entretanto, parecia também que neste estágio a ciência dependia da uniformidade e invariância. O reducionismo parecia essência. Somente pensadores como Marx achavam fácil conceber situações onde dois mais dois não fosse mais igual a quatro, mas que pudesse ser igual a outra coisa no seu lugar {...} a sorte do darwinismo portanto dependia não tanto do seu sucesso em convencer o público científico, isto é, dos méritos evidentes de “A Origem das Espécies”, mas da conjuntura política e ideológica de seu tempo”³⁸ (Hobsbawm, 1977:268).

Esta consequência é claramente identificada através da função que a teoria da evolução das espécies teve na justificação da superioridade de classe e raça, sustentadas pela noção de progresso como manifestação de leis naturais, evolutivas e lineares; “a teoria da evolução ia muito mais longe dos limites da biologia” (Idem,1977).

Feito este percurso sobre o papel do positivismo na fase conservadora da burguesia, pós-1848, dois argumentos nortearão a discussão a respeito da relação entre o ideário da Reforma Sanitária brasileira das décadas de 70 e 80 e o projeto da modernidade.

Primeiro argumento: o movimento da Reforma Sanitária brasileira pautado pelas referências à determinação sócio-econômica da saúde e da doença valorizou o domínio da razão. É este o aspecto de sua ligação com as bases do pensamento social na saúde do século XIX. A medicina social e as políticas de saúde pública fizeram parte de um conjunto de transformações e condições sociais impulsionadas pelo projeto burguês, na sua fase progressista e na seqüência conservadora. Isto favoreceu o confronto ídeo-político entre os que acreditavam que a medicina poderia ser um meio de contribuir para a igualdade social e para uma democracia social, e, aqueles que entendiam que a solução sanitária derivava de medidas liberais centradas na mudança de comportamento social das classes trabalhadoras. Predominou neste período o clássico confronto entre as vertentes democrática-radical e liberal.

Este confronto político, médico-sanitário, representou, também, a necessidade de responder à mobilização revolucionária dos trabalhadores, consequente do

³⁸ Hobsbawm descreve Darwin: “Um burguês, homem da esquerda moderadamente liberal, inquestionavelmente pronto para confrontar as forças do conservadorismo e da religião a partir do final da década de 1850 (embora nunca antes disso), ele polidamente rejeitou o oferecimento de Karl Marx que queria dedicar-lhe o segundo volume do Capital. Ele não era, apesar de tudo, um revolucionário” (1977: 269).

nascimento da consciência social “para si” concomitante ao enriquecimento da burguesia, e da pauperização daqueles trabalhadores. A nova direção das medidas para a saúde pública decorria da luta política de então. E é nesse contexto que tem origem a sua sistematização no campo da teoria social e das ciências naturais.

Segundo argumento: as críticas dirigidas à direção social da Reforma Sanitária brasileira devido a sua vinculação à teoria social marxista se devem, fundamentalmente, à centralidade que, no pensamento da reforma brasileira, a historicidade e a totalidade ocupam nos processos saúde-doença. Estas críticas refletem as posições da filosofia e da teoria do conhecimento na fase de ascensão do imperialismo, quando a função ideológica da “nova filosofia” elabora a crítica cultural do capitalismo e da ciência e aponta um “terceiro caminho” - nem capitalismo, nem socialismo. É um ataque ao materialismo e à dialética. A este propósito, assim se manifesta Lukács: *“Sua tarefa {da filosofia} limita-se, portanto, aqui a desacreditar todo ponto de vista social e econômico e a atenuar sua importância no plano da ideologia”* (Lukács, 1979:45). Trata-se de desqualificar a razão. E os principais precursores filósofos desta nova fase são: Schopenhauer (1788-1860), Kierkegaard (1813-1855) e Nietzsche (1844-1900). De modo expressivo, muito da crítica ao pensamento marxista na Reforma Sanitária brasileira partiu destas fontes filosóficas, como adiante trataremos.

Primeiro Argumento

Para a discussão da primeira questão o estudo clássico do historiador, médico e epidemiólogo, George Rosen (1941) sobre a relação entre medicina, saúde e sociedade do séc. XVII ao XIX, na Europa, traz elementos que podem servir de referência. O autor faz uma descrição histórica das respostas para a saúde pública conectando os problemas sanitários à organização social, elaborando considerações sobre a relação sistemática da medicina com a ordem política e econômica. O autor, ademais, trabalha com categorias que vão desde a “polícia médica” até a “medicina social” - a primeira, buscando refletir as teorias e práticas do absolutismo alemão mercantilista; a segunda buscando refletir as respostas às demandas postas pela classe operária. Ele destaca:

“Só nos tempos modernos aparece uma consciência clara quanto à íntima articulação das condições sociais e dos problemas médicos. No século XVIII, vários médicos reconheceram a necessidade de abordar a medicina e a

higiene levando em consideração sua inserção no social {...} Mas coube ao século XIX desenvolver a idéia de medicina como uma ciência social e finalmente formular com maior precisão e clareza o conceito de medicina social” (Rosen, 1979:78).

A partir do final do século XVII e início do século XVIII, os fenômenos sociais passam a ser objeto de sistematização científica e objeto da atenção médica. Esta conduta social faz parte do projeto da modernidade e se insere na programática sócio-cultural da burguesia que, no referido tempo histórico, assume a razão teórica-científica e a perspectiva da liberdade. É preciso notar que, como bem afirmou Lukács, este foi o período mais elevado da filosofia burguesa. O autor aponta que a particularidade daquela filosofia, do ponto de vista ideológico,

“{...} tem por objeto as questões últimas da existência e do conhecimento: isto é, a concepção do próprio mundo, sob suas formas abstratas e gerais {...} A filosofia burguesa clássica deu lugar ao nascimento e ao desenvolvimento de uma ideologia universal e potente, colocada sob o signo do progresso. Nessa época, a filosofia ocupava o cume das ciências humanas; era o termo, a base e o quadro de todo o conhecimento. A ideologia constituía então o objeto propriamente dito da filosofia {...}” (Lukács,1979: 30,45).

O conflito ideológico dava-se então entre o idealismo-objetivo de Hegel e o materialismo sensualista de Feuerbach. É Marx quem equaciona este conflito mediante a explicitação do materialismo dialético, a partir da prioridade ontológica do objeto e da práxis na conformação dialética da historicidade humana.

E a medicina social fez parte desta atmosfera filosófica, porque procurou apreender e explicar de modo racional e objetivo o sistema de conexões causais do mundo natural e do mundo social. Este é o corte que a razão moderna empreende. Ela afirma que existe um sistema de legalidade universal que a razão objetiva busca ao máximo apreender e expressar. Essa busca se realiza de modo dialético ou não, mas sempre se opera no interior do campo materialista. Ou seja, existe um mundo real que deve e pode ser desvendado pelo conhecimento humano ³⁹.

³⁹ A nota a seguir, feita em sala de aula, sem revisão do professor Carlos Nelson Coutinho, em 1 de Junho de 2005, durante curso sobre Hegel, ajuda na identificação da dialética, aparência essência, imediato e devir, no pensamento do filósofo: “O que é o Espírito em Hegel? Essa é uma preliminar. E eu vou ser meio anacrônico quando tentar explicar o **Espírito**, traduzindo freqüentemente as idéias de Hegel nos conceitos marxistas. Eu acho que isto facilita um pouco. Segundo Hegel, a realidade é formada primeiro por uma coisa que ele chama de **Idéia**, que é, digamos, a estrutura do mundo, que é alguma coisa que primeiro se manifesta como natureza {...} E no interior da natureza surge isto que ele vai chamar de

Retomando a discussão de Rosen acerca da medicina científica e social do século XIX, é possível identificar a predominância das duas vertentes ideológicas nos projetos para a saúde pública: uma de natureza democrático-radical - que parte da crítica política das condições de vida dos trabalhadores; e outra, de natureza liberal, - que defende a regulação social focada nos indivíduos.

No movimento dos radicais democratas na Alemanha, teve destaque o médico Rudolf Virchow; na Inglaterra, o liberal Edwin Chadwich, que participou do Ato de Emenda à Lei dos Pobres em 1834. Ambos faziam referência à relação das doenças às condições de vida, o primeiro defendendo um Estado de direito democrático de modo a garantir, inclusive, condições de trabalho; e o segundo, defendendo a combinação do *laissez-faire* temperado com alguma forma de regulação social por via da atuação do Estado liberal. Assim, eventualmente, poderiam ser mais bem atendidos os interesses da burguesia no sentido de dispor, em diferentes conjunturas econômicas, do contingente de mão-de-obra adequado às flutuantes condições desse mercado sem as vicissitudes da aplicação do *laissez-faire*.

Segundo Rosen, Virchow defendia a medicina como uma ciência social. Sua proposta “*consistia em uma radical reforma social que, em termos gerais, compreendia ‘democracia completa e irrestrita’, educação, liberdade e prosperidade*” (Idem:78). Médicos reformistas participantes do movimento de 1848 ⁴⁰ defendiam o Estado democrático e políticas públicas universais com base em três princípios: “*a saúde do povo é um objetivo de inequívoca responsabilidade social*” (Idem:81); “*{...} as condições econômicas e sociais têm um efeito importante sobre a saúde e a doença e que tais relações devem ser submetidas à investigação científica*” (Idem:82); “*{...} devem ser tomadas providências para que as medidas concernidas em tal ação*

Espírito. E o que é o **Espírito**? Nós podemos dizer, já usando o anacronismo de se utilizar Marx para explicar Hegel, que o **Espírito é o ser social**. O que é a característica do ser social? É o fato de que, ao contrário da natureza, onde só há causalidade, no ser social existe a teleologia, ou seja, existe o projeto humano como móvel da construção de realidades”. De outro modo, Sampaio e Frederico esclarecem a necessária percepção da dialética, para que não haja risco de interpretação do **presente** em Hegel como momento empírico qualquer, mas como “presente-resultado, decorrente de um processo racional-lógico permanente {...} o conceito hegeliano de real e, por extensão, também o de presente não se identificam, como nos positivistas, como o existente, pois pode ser falso, desnecessário ou acidental. Essa diferença sutil entre o real e o existente, crucial para o pensamento dialético {...}” (SAMPAIO e FREDERICO, 2006:21).

⁴⁰ “A Reforma Médica surge no momento em que a derrubada de nossas velhas instituições políticas ainda não se completou, mas em que por outro lado planos estão sendo feitos e passos estão sendo dados na direção de uma nova estrutura política. Que outra tarefa poderia então ser mais natural do que participar da destruição final das velhas ruínas e da construção de novas instituições? Tempestades políticas difíceis e violentas como as que desabam sobre a camada pensante da Europa, estremecendo até as bases todos os elementos do Estado, indicam mudanças radicais nas concepções de vida que predominam. Neste quadro, a medicina não pode ser a única a permanecer inalterada; ela não pode mais adiar sua reforma radical” (Virchow, apud Rosen, 79).

devem ser tanto sociais quanto médicas” (Idem:85). No sentido diverso, Rosen destaca a crítica de Emil Behring (1893) - posterior às descobertas bacteriológicas - à concepção de Virchow, de 1847. Sustentava Behring que os avanços alcançados por Robert Koch no *“estudo das doenças infecciosas podia ser levado adiante sem a necessidade de um desvio para considerações e reflexões sociais sobre política sociais”* (Idem: 79). E Rosen conclui:

“Virchow reconhecia as descobertas dos bacteriologistas, mas nunca poderia aceitar uma relação causal absoluta entre bactéria e doença. Para ele o bacilo da tuberculose não era idêntico à tuberculose. As opiniões de Virchow e de seus colaboradores não frutificaram em sua época, mas as sementes foram lançadas. Com a derrota de 1848, o movimento pela reforma médica rapidamente chegou ao fim” (Idem:88).

Já Chadwick, na Inglaterra de 1834, protagonizou a criação da Junta Geral de Saúde com ênfase na criação de medidas sanitárias universais e redução da assistência social. Lembramos que se no mercantilismo a atenção médica e a assistência deveriam ser acessíveis a todos, essa diretiva não se manteve no período da industrialização, pós-reforma da Lei dos Pobres em 1834. Com o fim da assistência aos pobres capazes, o pensamento de Chadwick se caracterizou por fundir benthamismo com a economia política clássica. Jermy Bentham defendia uma forma de racionalização baseada no princípio de que *“uma mão invisível [que] guia o homem em sua ação econômica e social”*. Assim, o *“problema é planejar formas pelas quais os interesses privados possam ser levados a coincidir com o interesse público”* (Idem:230).⁴¹

As epidemias atingiam de forma avassaladora as classes trabalhadoras e colocavam em risco toda a população. Os elementos explicativos para a propagação das doenças estavam relacionados à putrefação e maus odores transmitidos pelo ar (“teoria dos miasmas”) e às precárias condições ambientais, sanitárias. Na segunda metade do século XIX, a “teoria dos germes” identificara os meios objetivos de contágio. O exemplo clássico da água como meio de transmissão do cólera revelado no conhecido relatório *“Sobre a Maneira de Transmissão do Cólera”*, de 1854, por

⁴¹ Lembramos que a imagem (mito) da “mão invisível é de Adam Smith. Vale aqui uma referência à nota que Marx faz sobre J.Bentham: “Bentham não faz cerimônia. Com a mais ingênua simplicidade supõe que o burguês moderno, especialmente o burguês da Inglaterra, é o ser humano normal. O que é que é útil a essa normalidade humana e a seu mundo, é útil de maneira absoluta. Por esse padrão julga o passado, o presente e o futuro. A religião cristã, por exemplo, é útil porque condena, no plano religioso, os mesmos delitos que o código penal pune no domínio jurídico” (Capital Livro 1 vol. 2, p. 708).

John Snow, em Londres, justifica a importância do saneamento e dos cuidados coletivos para a prevenção das doenças. A grande contribuição desta investigação para o pensamento epidemiológico foi ter apontado os fatos sociais relacionados à manifestação da doença. Uma minuciosa investigação empírica sobre os hábitos e meios de vida possibilitou identificar a água não tratada como o principal veículo de transmissão do cólera para todas as classes sociais. E as precárias condições de trabalho e habitação foram reconhecidas como meios facilitadores da transmissão da doença, na presença do agente causal. O caráter positivista desta investigação - que muito contribuiu para a reflexão epidemiológica - fundamentou a proposição de políticas sociais reformistas, mas o fez sem proceder, é claro, à crítica aos determinantes econômico-políticos da emergência e distribuição da epidemia. Os “miasmas” - relacionados àquelas condições insalubres gerais das classes trabalhadoras - não constituíam, para Snow, risco preponderante para o cólera; a fonte de risco estava na água, e com ela que adviria a solução. Seu interesse era oferecer uma resposta urgente para o controle do fator predominante-imediato da epidemia:

“Além disso, a relação entre o cólera e miasmas não indica, de forma alguma, causa e efeito. Mesmo em Londres, como já se citou, várias localidades nas quais os miasmas são muito abundantes sofreram muito pouco devido ao cólera, ao passo que nos distritos relativamente limpos e arejados de Kennington e Clapham, as devastações foram de grande monta. Se uma investigação fosse feita, é quase certo que se constataria uma relação muito mais íntima entre a sarna e miasmas do que entre estes e o cólera; ademais, uma vez que a causa da sarna é bem conhecida, temos certeza de que esta relação não é uma relação de causa e efeito” (Snow:1999:176).

E entre as suas propostas de reforma, consta a seguinte:

“Uma vez que seria impraticável limpar as minas de carvão e estabelecer nelas privadas e lavatórios, ou mesmo tornar possível fazer as refeições de maneira asseada e decente, o tempo de trabalho deveria ser dividido em períodos de quatro horas ao invés de oito, a fim de que os mineiros pudessem fazer as refeições em casa, em lugar de nas minas”. (Idem:197).

Importa ressaltar que ambas as formas explicativas para as epidemias - miasmas e teoria dos germes veículo de transmissão - foram anteriores à identificação microscópica dos agentes etiológicos por Louis Pasteur. Neste período o objeto de interesse da medicina social/saúde pública relacionava as morbidades às condições

de vida⁴². O fato é que, tanto os defensores de medidas democrático-radicais como os liberais, procuravam respostas para eliminar os riscos à saúde.

O isolamento de vários agentes infecciosos permitiu o desenvolvimento da imunologia e das vacinas. Isto consolidou o domínio das concepções monocausais e ecológicas na explicação das doenças. Dois aspectos contribuíram para esta mudança: o efetivo sucesso das medidas profiláticas (a erradicação da varíola é ilustrativa) e investimentos financeiros em pesquisas e centros de estudos.

Assim, os ideais da reforma democrático-radical para saúde - a igualdade e as críticas sociais sobre a distribuição de classe das doenças - entraram em declínio. O cientificismo positivista dominou através de análises focadas nos processos biológicos e físicos, de manipulação comportamental nas práticas sanitárias favoráveis às necessidades de reprodução ampliada da força de trabalho para o capital.

Segundo Argumento

Tratemos agora do segundo argumento que, supostamente, daria fundamento à crítica ao pensamento marxista na Reforma Sanitária brasileira das décadas de 70 e 80. Ele consiste no desenvolvimento de uma reflexão a respeito dos processos saúde/doença de natureza epistemológica (Barreto, 1990, Czeresnia e Costa, 1990, Almeida, 2000) com elementos de cariz irracionalista ⁴³.

“São cada vez mais visíveis os sinais de esgotamento do modelo teórico que sustentou o desenvolvimento da saúde coletiva no Brasil (e talvez na América Latina) nas décadas de 70e 80. Esse desenvolvimento foi fundado tomando como paradigma o discurso científico positivista e sua expressão no campo marxista, o estruturalismo” (Czeresnia e Costa,1990:167).

⁴² “Não obstante esse tipo de preocupação estivesse presente na própria obra de Snow, e em outros militantes da medicina social no século XIX, como Virchow e Newmann, e também pontilhado esporadicamente por diferentes autores do século XX, essa preocupação de certa forma foi deslocada para plano secundário através do desenvolvimento histórico vivido pela Epidemiologia. Será na América Latina, região caracterizada pela presença de desigualdades históricas na distribuição de riqueza em suas formações sociais, que a epidemiologia social tomará rumo crescente de desenvolvimento a partir da década de sessenta. Nesse sentido, a tendência em relação à multiplicação de um pensamento voltado para a elaboração dos problemas conceituais torna-se relevante, pois envolve a análise da causalidade da distribuição desigual dos padrões de saúde-doença na população”. (KOIFMAN, 1999:23)

⁴³ Esta posição deriva, em parte, dos problemas na forma de apropriação da teoria social de Marx, muitas vezes marcados por aproximações positivistas, mecanicistas. A crítica ao positivismo, tanto da direita quanto da esquerda, contribuiu para o afastamento das bases ideológicas do movimento da Reforma Sanitária. Esta contradição coexiste com o domínio e a funcionalidade do pensamento neopositivista no ordenamento do capitalismo contemporâneo. Estes dois fatores contribuem para esta pseudocrítica à direção ideo-política do movimento da Reforma Sanitária que, apesar dos avanços alcançados, é hoje objeto de desqualificação, ao mesmo tempo em que são incensadas as práticas neoliberais.

No caso, os autores Czeresnia e Costa defendem um “programa de reflexão sobre a teoria do conhecimento” na epidemiologia que contemple a totalização, a integração dos campos disciplinares, no lugar das fragmentações correntes nos pensamentos positivistas e estruturalistas. Para eles, o desafio da epidemiologia social está na promoção da integração disciplinar.

Antes, é importante esclarecer que as motivações destas posições são pertinentes, suas reivindicações são precisas e merecem ser discutidas e aprofundadas, uma vez que houve problemas na apropriação da teoria social de Marx. O problema para o qual se quer chamar a atenção é o fato de, ao que parece, serem posições críticas opostas ao materialismo dialético porque tendem a deslocar a força da unidade teoria-prática na perspectiva das lutas de classes para o debate epistemológico. É exatamente esta transferência de prioridade, ou seja, no lugar da prioridade do movimento da práxis, que em Marx significa pensar para transformar, a prioridade é centrada na explicação. Pensar, refletir sobre o campo da produção do conhecimento é importante, mas o que é problemático é substituir a prioridade ontológica da práxis. Ou seja, totalizações epistemológicas são necessárias, mas não suficientes. O limite está na prioridade atribuída à totalidade do conhecimento. Na teoria social de Marx, a totalidade é ontológica, ela se expressa analiticamente na crítica da economia política e na crítica da ideologia. No conjunto das determinações dialeticamente reflexivas, a economia é o momento determinante e o trabalho é o que dá o tom. Ele é o modelo das práticas porque o homem é um ser social; este é o momento dominante, a prioridade ontológica que irá definir o tempo histórico para Marx.

Feitas estas ressalvas, voltemos aos argumentos expressivos destas posições. Para os autores, o pensamento marxista deixou sem respostas questões relativas à interação natural-social, o que fez com que predominasse a noção da subordinação do natural pelo social e do individual pelo coletivo, conseqüência da hegemonia do pensamento estruturalista. A clínica individual tendeu a ser compreendida como procedimento analítico positivista. Aqui, é preciso distinguir três aspectos nesta problematização. Primeiro, é correta a crítica ao mecanicismo-determinismo de certas abordagens sobre a interação natural-social, coletivo-individual e ela deve ser respondida, mas este desvio não deve ser creditado à teoria social de Marx. Ao contrário, trata-se das formas de apropriação de seu pensamento, daí a

importante distinção entre marxismo e a teoria social de Marx ou teoria marxiana ⁴⁴. Segundo, estas apropriações não foram homogêneas dialeticamente: a inserção das determinações de classe, a politização das intervenções da saúde causaram questionamentos efetivos para a crítica do positivismo. E, por último, não se pode esquecer que as subsunções mecanicistas tanto do biológico como do individual são conseqüências de análises anti-materialistas dialéticas. Assim, feitas estas pontuações, é correta a observação de Czeresnia e Costa (1990):

“{...} a pobre problematização dessas relações no marxismo decorre igualmente da longa hegemonia do estruturalismo no pensamento ocidental.” e “{...} o pensamento social na saúde trouxe, em grande medida, para o interior do debate sanitário esses impasses e fragilidades do marxismo” (Idem :188,193).

Neste sentido, os autores problematizam a subsunção do sujeito em relação à estrutura social, domínio do todo sobre as partes, que está presente tanto em Durkheim - domínio do coletivo sobre o indivíduo - quanto em Althusser. Para os autores, esta subsunção é uma tendência da epidemiologia crítica e social *“de instaurar o primado do histórico e do social na explicação do processo sanitário”*. (idem: 182) O problema está no fato de eles identificarem Marx a Durkheim ou Marx a Althusser.

Então, segundo os autores, a resposta para estes seres criativos, mas subsumidos - os seres individuais e o natural -, está numa nova noção ética capaz de apreender *“a lógica da organização dos seres vivos”* (Idem, 190), que sofrem mediação do movimento histórico. Apesar da conhecida discussão sobre os processos de alienação social, a discussão desta interação, natureza e ser social, do ponto de

⁴⁴ É preciso notar que a publicação tardia de importantes escritos de Marx contribuiu também para interpretações incorretas. Os Grundrisse foram publicados pela primeira vez em 1939/41, através de uma edição muito precária, quando os estudos sobre Marx enfrentavam o Nazismo e a II Guerra Mundial. A primeira edição confiável dos Grundrisse é de 1954. A IDEOLOGIA ALEMÃ foi publicada em 1932. E a primeira crítica a Hegel foi publicada em 1927. Lukács, em 1923, tratou da ortodoxia do método, o materialismo dialético. Nas primeiras páginas de *“História e Consciência de Classe”* alerta: *“embora não o admitamos, supunhamos que a investigação contemporânea demonstrou a inexatidão “de facto” de cada afirmação isolada, de Marx. Um marxista ortodoxo sério poderia reconhecer incondicionalmente todos estes novos resultados, rejeitar todas as teses isoladas de Marx, sem por isso, por um só momento, se ver forçado a renunciar à sua ortodoxia marxista. O marxismo ortodoxo não significa, pois, uma adesão sem crítica aos resultados da pesquisa de Marx, não significa uma “fé” numa ou noutra tese, nem a exegese de um livro “sagrado”. A ortodoxia em matéria de marxismo refere-se, pelo contrário, e exclusivamente, ao método. Implica a convicção científica de que, com o marxismo dialético, se encontrou o método de investigação justo, de que este método só pode ser desenvolvido, aperfeiçoado, aprofundado no sentido dos seus fundadores; mas que todas as tentativas para o superar ou “melhorar” levaram apenas à sua vulgarização, a fazer dele um ecletismo – e tinham necessariamente que levar a”*. (Lukács,1974:15).

vista dialético, é de pouco acesso no meio corrente dos debates da saúde pública. A observação dos autores é necessária e aponta para uma demanda da pesquisa contemporânea ⁴⁵.

Em outro momento, analisando a trajetória histórica do conhecimento epidemiológico, Czeresnia (1997) reafirma sua crítica à razão moderna e constrói indicações para a prática da saúde pública contemporânea. A autora defende a importância da tematização da questão da “*autoconservação*” como fenômeno dos seres vivos que ultrapassa os conceitos construídos pela biologia moderna: “*A biologia configurou-se pensando o ser vivo como um ser que recebe e responde a estímulos, tendo tendência a adaptar-se ao meio*” (idem: 15). Entende que a autonomia e a criatividade fazem parte da natureza humana, constituem a interface humano-biológico. Observa, corretamente, que no século XIX mesmo os contagionistas e anticontagionistas - que discordavam sobre os determinantes causais das doenças, cuja diferença aqui ressaltada se ateve as posições liberais e democratas, todas as diferentes vertentes explicativas - participaram do conceito de transmissão, considerado o marco da medicina moderna.

Para a autora, o pensamento científico operou um corte com a noção da “*constituição epidêmica*”, base do pensamento hipocrático, representado pela concepção de totalidade das coisas, noção dinâmica de harmonia e equilíbrio constitutivos da natureza, e esta mudança, segundo ela, só favoreceu a fragmentação, provocando “*o distanciamento da questão da autoconservação, no sentido de um acontecimento constitutivo da vida na sua concretude*” (1997:108). Ainda para a autora, a “*autoconstituição*” é o fenômeno vital mais amplo, tem uma interface com a totalidade, diferente das formulações da biologia que estiveram reduzidas às interfaces do corpo.

“Esta forma de apreensão do fenômeno vital como constituído de forças simultâneas e paradoxais, que, apesar de opostas, coexistem e exigem-se mutuamente encontra também afinidades com o pensamento “biológico” de Nietzsche que, por sua vez, inspira-se na arte trágica entre a forma e a medida apolínea e a desindividuação e a desmesura dionisíaca” (Czeresnia,1997:111).

⁴⁵ A década de 1930 foi um período em que vários cientistas politizados e de esquerda, trataram desta temática, como exemplo: J.d. Bernal, J.B.S. Haldane Joseph Needham. Teve destaque o Grupo Antiguerra dos Cientista de Cambridge (Hobsbawn, 1995:524). Foster mostra estudo sobre a relação dialética entre o natural e o social nestas últimas décadas (Foster, 2005:344).

Essas “*forças paradoxais*”, que se organizam e se desorganizam, constituem todo ser vivo. Para a autora, tais forças são compreensíveis; entretanto, o pensamento científico não será capaz de compreendê-las, por que este, pela sua natureza, é reducionista. Para captar essas forças é preciso novas formas perceptivas, que vão da arte à filosofia, uma nova ética.

“Uma ética natural seria aquela constituída de regras e valores capazes de expressar o natural, isto é, que possibilitassem a cada um o saber de como fluir entre as forças que constituem a própria vida, evitando o triunfo definitivo de uma sobre a outra” (Czeresnia, 1997:111).

É possível destacar que um pensamento científico de natureza reducionista não será capaz, de fato, de alcançar a complexidade, a heterogeneidade dos seres do mundo, das suas relações e dos produtos dessas relações. Inclusive Lukács reivindicou a necessidade da discussão da ética, sustentando o projeto de uma obra que ele nunca escreveu. O problema desta colocação dos autores, do ponto de vista do materialismo dialético, é que “ética natural é uma antinomia”. Ética é justamente um produto sócio-histórico. Esta é a discordância de fundo.

A referência explícita a Nietzsche confirma o sentido irracional desta posição e sua vinculação com a “nova filosofia” pós-1848:

“É impossível subestimar aqui a influência decisiva de Nietzsche na evolução do conjunto do pensamento imperialista: poder-se-ia mesmo dizer que ele criou o arquétipo da mitificação {...} Nietzsche rompe efetivamente com a espiritualidade abstrata e a moral pequeno-burguesa da filosofia oficial. Sua teoria do conhecimento e sua moral afirmam e defendem os direitos do corpo, sem fazer nenhuma concessão ao materialismo filosófico. Ora, o aspecto filosófico de um corpo assim privado de toda matéria só pode ser mítico. Aí está um elemento desse biologismo particular {...}” (Lukács, 1979:48).

Para a autora, a epidemiologia crítica que emerge com a Reforma Sanitária da década de 70 do século XX, ao recorrer à Teoria Social, continuou operando com as “*noções de risco e transmissão*”, de modo que o problema da “externalidade” da biologia continuou sendo referência. A novidade, segundo ela, estaria então na defesa de uma “*nova saúde pública*”, sustentada na noção de Promoção da Saúde o que para ela, implicaria em delimitar o debate no sentido de mostrar a diferença entre “*as ações preventivas*” (controle da transmissão, redução de risco, informação científica e

normatização) e “*promoção da Saúde*” (autonomia dos sujeitos e grupos sociais). A idéia seria pensar a saúde numa perspectiva “*complexa*”, levando em conta as informações da prevenção, mas procurando “*transitar entre a razão e a intuição*”. A saída está na “*ampliação dos canais de abertura aos sentidos*”, ter como ponto de partida a “*intuição do corpo*” e alcançar uma “*razão sem reificação*”, “*alargar a intuição serve de instrumento de diálogo*”. (Czeresnia,2005:47). Em suas palavras:

“Pensar na possibilidade de estimular uma autonomia que potencialize a vitalidade (saúde) dos sujeitos envolveria transformações profundas nas formas sociais de lidar com representações científica e culturais como o risco. Não há como propor recomendações objetivas e de execução rápida que capacitem uma apropriação de informações sem o “risco” da incorporação acrítica de valores” (Czeresnia, 2005:51).

Finalmente, para essa perspectiva, promover saúde envolve escolha, “empowerment”, “vulnerabilidade” e “referência dialógica”. A crítica ao positivismo científico, a oposição entre filosofia e ciência, dá mostra de um racionalismo formal, com tendências irracionais. Isto porque, na medida em que limita a ciência à condição reducionista e elege a intuição como recurso para ultrapassagem desse limite, a saída é irracionalista. A proposta de encontrar respostas éticas, a partir do modo de constituição da complexidade natural, leva a equalizar o natural ao social, definindo uma “nova concepção social”, diferente das Teorias Sociais da modernidade, sejam elas positivistas ou materialistas dialéticas. Trata-se, portanto, do “terceiro caminho” identificado por Lukács.

Na teoria social de Marx, o problema da produção e reprodução da vida social é central. A partir da base natural e do trabalho, os homens constituem sua socialidade, tornam-se seres sociais, num processo dialético, que imprime movimento constante, com rupturas e continuidades, formador da unidade objetividade e subjetividade da vida em sociedade. Ou seja, ao transformar a realidade, pela sua capacidade de antecipação e intenção, o homem sofre mudanças, cria o mundo e a si mesmo num processo ininterrupto que é, na maioria das vezes, imperceptível na cotidianidade. Localiza-se aí o seu grande desafio, qual seja, alcançar a consciência que ele terá a respeito dos atos, pensamentos e da realidade da qual faz parte. Este problema o acompanha eternamente e é o que dá a medida da possibilidade da sua emancipação, da sua humanidade; a capacidade de apreender e realizar seu processo criativo de superação e construção de novas necessidades sociais, sobrepujando todas as formas de exploração e alienação. Ao estudar a sociedade burguesa, Marx

realiza esta investigação como um meio para o desenvolvimento da consciência, para a crítica, para a revolução social. A mercadoria, “célula capitalista”, que sintetiza valor de troca ao valor de uso, é revelada na totalidade da sua função material e espiritual que desempenha na vida cotidiana.

Ainda seguindo as categorias analíticas de Marx (categorias são para Marx forma de ser, são ontológicas), na análise das formas de produção e reprodução da vida, biológica e cultural, os homens, em processo de predominância de práticas emancipadoras ou alienantes, sempre adoecem, protegem-se, recuperam-se e morrem. Mas sempre o fazem de modo diferente, porque suas possibilidades mudam a partir dos domínios alcançados pelas suas próprias práticas - produtivas, artísticas, científicas, éticas, políticas. Nada na convivência humana escapa desta historicidade. Desde o nascimento - que significa de onde poderá partir sua prática - até a morte, as condições históricas são determinantes na sua vida, e essas condições históricas determinam inclusive os modo e possibilidades de adoecer.

O vírus que causa a AIDS, o HIV, esteve, até o início da segunda metade da década de 80 do século XX, localizado e limitado a determinadas regiões do continente africano. Quais as condições que favoreceram e determinaram a sua mutação e conseqüente ameaça à vida humana? Grande parte da população é portadora do bacilo da tuberculose, mas são os desnutridos, subnutridos e as pessoas com imunodepressão que, vivendo em condições de exploração, terão mais chances de desenvolver a tuberculose. Trata-se do princípio da dialética das interações humanas. A contradição dialética é inerente à práxis humana. A natureza não está mais na sua naturalidade original a partir de quando posta a interação natural-social.

Do ponto de vista da teoria social de Marx, esses são os princípios que deverão nortear o tratamento dos temas emergentes nas práticas de saúde.

A subordinação da razão, a partir da busca de “novos paradigmas”, afasta as motivações e tendências marxistas dos debates e lutas políticas pela Reforma Sanitária e elide a exigência de estudos sobre as dificuldades históricas nas apropriações do pensamento de Marx na trajetória daquele movimento. Já o “paradigma marxiano” (a teoria social de Marx), com seus pilares na teoria do valor, no método materialista dialético e na perspectiva de revolução, eliminariam o risco de sectarismos, determinismos, mecanicismos e objetivismos, desvios estes que, são atribuídos à referência marxista.

Problemas decorrentes das dificuldades na apropriação da ontologia de Marx nas práticas e nas lutas pela preservação dos princípios e conquistas da Reforma

Sanitária, ao contrário, foram definidos como “crise paradigmática”, resultante daquilo que denominam “onipotência das abordagens do social” e “crise da racionalidade anátomo-clínica”. Defende-se então, que os “novos paradigmas” darão a prioridade às interações subjetivas, aos sistemas de auto-organização, à transdisciplinaridade (Ayres,2005; Castiel, 1994; Czeresnia, 1997).

Na verdade, estas tendências aparecem como uma “disputa metodológica”. São respostas para uma crise que decorre do quadro histórico de agravamento das desigualdades sociais na saúde, das contradições próprias do avanço do conhecimento científico e de sua apropriação pela tecnologia, atravessados que estão pela sua precária reversão social. O problema da ciência e da tecnologia está na tendência de se lhes atribuir uma “neutralidade axiológica”. Ora, a relação ciência-tecnologia é historicamente constituída pelas relações de disputas na legitimação das ideologias dominantes. Para Mészáros:

“{...} a ciência e a tecnologia podem solucionar todos os nossos problemas a longo prazo {...} a questão central não se restringe em saber se empregamos ou não a tecnologia com finalidade de resolver nossos problemas - posto que é obvio que o temos que fazer -, mas se seremos capazes ou não de redirecioná-las radicalmente, uma vez que hoje ambas estão estritamente determinadas e circunscritas pela necessidade da perpetuação do processo de maximização dos lucros” (Mészáros,1987:23).

Com efeito, a formação de um pensamento científico médico social teve como base a razão moderna, porém, o desdobramento foi marcado pelo domínio positivista, a partir dos resultados das pesquisas que identificaram os agentes biológicos como responsáveis pelas doenças infecto-contagiosas.

No debate sobre a biotecnologia e a bioética, não estão presentes muitos pensadores a desenvolver e contextualizar o materialismo dialético nessa fase pós-teoria quântica. Já no período revolucionário final do século XIX, ao contrário, eram notórios os esforços de se contrapor ao pensamento positivista sobre a natureza (o exemplo mais notável foi o estudo de Engels “Dialética da Natureza”, obra inacabada e publicada postumamente).

A crítica contemporânea à medicina moderna – centrada no seu mecanicismo-positivista - reflete os principais pontos de mudança do pensamento filosófico burguês do século XIX. Lá, na segunda metade do século XIX, a crítica à dialética hegeliana e ao mecanicismo das ciências da natureza serviu e alimentou a defesa de um “terceiro caminho” filosófico-político – nem, materialismo nem positivismo, nem capitalista e

nem socialista (Lukács). Aí residem as raízes das teses filosóficas que sustentam o novo vitalismo, o humanismo, as teorias da complexidade e da auto-organização, presentes no debate contemporâneo da saúde pública, principalmente, nas avaliações prospectivas sobre os destinos do projeto da Reforma Sanitária.

Quando o objetivo é pensar a função social da saúde pública de um povo, o que ela pode expressar do seu modo de vida, esta preocupação já demonstra inquietação com a relação entre a saúde e as formas de reprodução da vida, como foi possível observar nas diferentes tendências deste campo de reflexão. Entretanto, para sermos mais precisos, o elemento central - a consideração dos determinantes econômico-sociais das doenças na direção da teoria marxista - não pode prescindir da análise da categoria central, o trabalho. É através do trabalho que são geradas as formas e meios para reprodução da sociedade, ou seja, as formas de valor, e isto quer dizer que sem o trabalho não há criação de valor. Mas, no capitalismo, este processo está mascarado pela contradição entre a sua realização e a sua manifestação. Esta é a lei maior da descoberta de Marx na sua investigação da sociedade capitalista.

Em síntese, a luta pela igualdade social esteve na base dos movimentos pela Reforma Sanitária da Europa da metade do século XIX e no Brasil do século XX (décadas de 1970-1980). A referência à relação entre saúde e condições de vida esteve sempre na perspectiva de aumento da participação das classes trabalhadoras na apropriação dos bens sociais. Se a primeira luta estava centrada numa crítica romântica do capitalismo, o movimento da Reforma Sanitária brasileira pôde servir-se das possibilidades da crítica marxista. Mas a similitude de ambos movimentos está na constituição da razão como meio de apreensão e transformação da realidade social. O declínio da razão, através da filosofia do pós-1848, é similar às tendências que reivindicam novos paradigmas no campo da saúde pública, na década de 90 no Brasil do século XX, e corresponde à emergência de expressões irracionistas. No primeiro movimento, estas expressões foram funcionais à posterior ascensão do capitalismo na sua forma imperialista. No Brasil, esta tendência reivindica “novos paradigmas” – tema exaustivamente reivindicado pelo campo pós-moderno, que representa um recuo da luta ídeo-política e a transição para formas metodológicas “intuitivas”, relações “solidárias”, assistência “cuidadora”, políticas de “humanização”. Este deslocamento, este “sono da razão” ⁴⁶ contemporâneo deixa um campo fértil para que o deslocamento da luta ídeo-política ingresse na “terceira via” neoliberal.

⁴⁶ Recorde-se a gravura de Goya, “*O sono da razão engendra monstros*”.

CAPÍTULO III

A Institucionalização do Sistema Único de Saúde

3.1. Avanço das idéias e práticas

“As modificações necessárias ao setor saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação no que diz respeito à proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que está convencionando chamar de Reforma Sanitária” (8ª. Conferência Nacional de Saúde, 1986).

O conjunto das determinações contidas na Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde - 8080 e 8.142, de 1990 - denota o sentido socializante, democrático dos mecanismos de decisão e da conceituação da saúde que o movimento da Reforma Sanitária buscou implementar, mesmo que as ações concretas deles derivados não tenham sido suficientes para responder às demandas de saúde da população na sua plenitude - até porque as condições econômicas e políticas do país eram desde o início, e são crescentemente, antagônicas ao sentido do projeto. Isto só reforça a necessidade de reafirmação e ampliação dos elementos centrais da perspectiva socializante.

São elementos centrais nessa direção: a participação política, a referência aos determinantes sociais da saúde e a função do Estado na garantia de ações universais, integrais e públicas.

A participação social compreende instâncias colegiadas como Conferências de Saúde; Conselho de Secretários de Saúde (CONASS); Conselhos de Saúde com representação paritária dos usuários com relação aos segmentos de representação das unidades de saúde, gestores - profissionais de saúde e representantes dos diferentes segmentos da sociedade; formação de conselhos gestores nas unidades de saúde, com participação dos profissionais de saúde e representantes dos usuários, um espaço da maior importância para mudanças das rotinas e das relações entre demandas de usuários e respostas institucionais, indicação que está longe de ser realidade. Mas, mesmo independentemente de que tal indicação esteja longe de ser realidade, o fato é que os conselhos de gestores são espaços legítimos para avaliações, proposições, deliberações relativas à direção social das políticas e às ações de saúde no sentido de ampliação da socialização dos bens em saúde.

O Conselho Nacional de Saúde consolidou, em setembro de 2006, informações sobre 5091 Conselhos, que representam 91,07% dos existentes em todo

território nacional. Grande parte dos Conselhos é presidida por gestores (3.198), seguidos dos que são presididos por usuários (827), por trabalhadores de saúde (763) e por prestadores de serviço (303). Neste universo, 1.354 (25%) não possuem endereço eletrônico, 902 (17%) não dispõem de fax e 556 (10%) não dispõem de linha telefônica. Isto demonstra algumas das dificuldades que estes fóruns enfrentam, não só em relação às condições materiais, mas face à concentração do poder. A presença massiva dos gestores na condução dos Conselhos em detrimento dos usuários e profissionais da saúde é exemplar. No Rio de Janeiro, a situação difere apenas quanto aos recursos de comunicação: são 903 Conselhos, - correspondentes a 100% dos existentes no Estado, com 1699 conselheiros. Todos os Conselhos têm linha telefônica; 6% deles não têm fax; e 1% não dispõe de endereço eletrônico. Quanto ao perfil da presidência dos Conselhos: 74% são presididos por gestores; 11% por usuários; 6% por profissionais da saúde; e 2% por prestadores de serviços ⁴⁷. Mesmo com dificuldades orçamentárias e de participação, são espaços de luta política e ideológica da saúde pública ⁴⁸.

Apesar do potencial para o aprofundamento da luta pela Reforma Sanitária, suas limitações refletem as dificuldades e contradições próprias dos antagonismos de classes, próprias da incompatibilidade de uma efetiva democracia política com a ordem capitalista monopolista. Mesmo tendo em conta esta contradição inescapável e agravada pelo refluxo dos movimentos de transformação social, não se pode deixar de reconhecer as formas acima tratadas como espaço de debate com possibilidade de desenvolver conteúdo para identificação das contradições da “questão social” na saúde e na luta contra a alienação e manipulação da ordem do capital.

Pelo exposto, cabe, portanto, não só reavaliar as fontes ídeo-políticas da luta da Reforma Sanitária, mas também criar meios para reativação do seu sentido socializante. Existem duas grandes forças em disputa na saúde – as forças que defendem e/ou lutam pelo “projeto privatista” e as que defendem e/ou lutam pelo “projeto democracia de massas” (Bravo & Matos, 2001, Netto, 1996). Nesta direção, algumas interlocuções têm contribuído para o debate sobre a função ideológica e

⁴⁷ http://conselho.saude.gov.br/web_cadastro/dadosdocadastro.doc

⁴⁸ “No que diz respeito aos temas que estão sendo discutidos e deliberados pelos conselhos de saúde, no CNCS identifica-se que os temas e a agenda dos conselhos de saúde são muito variados, o que denota que em algumas realidades os conselhos de saúde estão cumprindo com o seu papel político e têm efetivamente discutido e deliberado sobre política de saúde, enquanto em outras realidades constata-se um esvaziamento da pauta política dos conselhos, que muitas vezes têm discutido sobre questões pontuais, sem levar em consideração a política de saúde na sua esfera”. (http://conselho.saude.gov.br/web_cadastro/dadosdocadastro.doc) Acesso em: 04 de maio de 2007.

política das práticas e dos processos de formação profissional nos rumos da Saúde Pública e da Reforma Sanitária brasileira.

A pesquisa desenvolvida pela Profa. Maria Inês Souza Bravo - "Projeto Políticas Públicas de Saúde: o potencial dos conselheiros do Rio de Janeiro, da Faculdade de Serviço Social da UERJ" - é um exemplo. Ao realizar assessoria aos conselheiros e entidades de saúde no Município do Rio de Janeiro, o interesse de Bravo está na criação de meios para ampliação e qualificação destes espaços. Ela entende que ditos agentes têm potencial para contribuir no fortalecimento da Reforma Sanitária e na "transformação nesta nova ordem política":

"Os Conselhos devem ser visualizados como locus do fazer político, como espaço contraditório, como nova modalidade de participação, ou seja, a construção de uma cultura alicerçada nos pilares da democracia participativa e na possibilidade de construção da democracia de massas" (Bravo, 2001b:47)

A dificuldade objetiva da realização do potencial dos Conselhos, assinalada por Bravo, localiza-se também nas suas condições e formas de acesso à informação clara e em tempo apropriado, para informar ações adequadas sobre orçamento, dados epidemiológicos, equipamentos... A pesquisa revela que a baixa escolaridade dos conselheiros usuários dificulta a realização de uma leitura qualificada dos dados e mensagens recebidas, isto compromete a efetivação de deliberações correspondentes às necessidades e interesses dos usuários ⁴⁹. Outro aspecto que a autora identifica e trata com mais atenção é a "fragilidade de articulação entre o movimento popular e o movimento sindical e partidário e a tênue relação entre usuários e profissionais de saúde, enfraquecendo a luta efetiva por esses espaços" (Bravo, apud Ministério da Saúde, 2006:14). Assim, os conselheiros representantes de entidades profissionais "têm dificuldade em explicitar a concepção de conselho", tendem a expressar uma visão generalista e limitada à função "fiscalizadora", de "reivindicação", em detrimento de uma apreensão sobre o "caráter propositivo" que os Conselhos podem desenvolver. Neste sentido, é possível notar que as reivindicações ou propostas tendem ao imediatismo e que os conselheiros, por suas limitações, não captam as possibilidades postas por este espaço organizativo de desenvolverem reivindicações de caráter propositivo mais amplo e mais profundo.

⁴⁹ A ausência de acesso à Internet inviabiliza, por exemplo, o acompanhamento de conferências, fóruns, reuniões em tempo real; o acompanhamento dos dados disponibilizados pelos diferentes ministérios; a comunicação entre conselheiros e conselhos.

Partindo do entendimento de que existem duas grandes forças em disputa na saúde - o “projeto privatista” e o “projeto democracia de massas”, a pesquisa articula investigação e ação política e faz notar que, diante fragilidade da “interlocução dos conselheiros com as bases e com a própria entidade”, a assessoria constitui um dos elementos centrais da pesquisa porque ela pode “*contribuir para a reversão desta constatação*” no sentido de fortalecer a luta pela Reforma Sanitária e o projeto de democracia de massas (Bravo, Matos, 2006:163,178). Isto revela que a função ideológica deste trabalho manifesta-se de modo preponderante através da sua ação política ⁵⁰ dirigida para a formação e ampliação da consciência sanitária no sentido socializante da Reforma Sanitária.

Em direção diversa, análises críticas a respeito dos Conselhos de Saúde, no início dos anos 90, apresentaram elementos teóricos, ideológicos e politicamente afinados às propostas de uma “terceira via” para a saúde ⁵¹.

É o caso da análise de Carvalho (1997) ⁵². Problematizando o tema da participação social pelo conjunto dos movimentos da Reforma Sanitária, o autor mostra, acertadamente, que na década de 70 havia a tendência de interpretação do Estado como campo monolítico e instrumento de expressão exclusiva dos interesses e poder das classes dominantes – tendência representativa das apropriações mecanicistas do pensamento marxista sob a influência de Althusser. A crítica a estas

⁵⁰ Exemplo do interesse na intervenção políticas é a formulação da “Carta Compromisso Para o Estado do Rio de Janeiro”, resultado de debates realizados: “*O Fórum de Conselhos de Saúde das nove Regiões do Estado do Rio de Janeiro, O Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, a Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa do Ministério da Saúde e o Projeto de Políticas Públicas de Saúde da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro realizaram o 1 Seminário de Gestão Participativa em Saúde do Estado do Rio de Janeiro, no dia 16 de dezembro de 2005, na UERJ, com a presença de 172 participantes. Foram alencadas como principais questões: Baixa cobertura da Atenção Básica, Financiamento insuficiente, Falta de Políticas de Recursos Humanos (Gestão do Trabalho), Pouca valorização do Controle Social e da Participação Popular e Rede de Serviços hegemônica pelos setores privado e filantrópico*” (Carta Compromisso Para o Estado do Rio de Janeiro). A partir deste diagnóstico foram listadas propostas de mudanças.

⁵¹ No Item 3.3.2 deste capítulo será possível tratar do ensaio neoliberal contra o SUS exibido através do projeto de lei do governo federal para transformação dos hospitais públicos em Fundações Estatais de Direito Privado.

⁵² É importante lembrar que o Prof. Antonio Ivo de Carvalho, sanitarista e militante do movimento da Reforma Sanitária, também contribuiu para o fortalecimento e avanço do pensamento democrático na saúde através da sua pesquisa sobre os conselhos de saúde, publicada em 1995. De outro modo, quando nos referimos aqui ao seu artigo de 1997, estamos sinalizando que neste momento aparecem elementos, idéias seminais afinadas com a “terceira via” na saúde. Interessa-nos tratar da função social destas idéias, bem localizadas, e não da obra do autor, porque no nosso entendimento este artigo contém elementos, do ponto de vista teórico e ideo-político que dão margem às propostas contemporâneas de defesa de novos modelos de gestão protagonizados pelo projeto das Fundações Públicas de Direito Privado que serão tratados posteriormente. E, de fato, em artigo publicado no Jornal O Globo, como diretor da Escola Nacional de Saúde Pública, o Prof. Antônio Ivo defende, ao lado do Prof. Francisco Campos Braga Neto, o projeto das Fundações Estatais de Direito Privado (Jornal O Globo, Opinião, 16 de junho de 2007).

interpretações é conduzida pelo movimento sanitário a partir dos conceitos e contribuições de Gramsci - que, mesmo considerando o Estado como instrumento de dominação, com práticas de coerção e persuasão, numa articulação entre “acumulação econômica” e “legitimação política”, ainda assim, é possível concebê-lo como espaço de políticas públicas voltadas para interesses das classes dominadas (Coutinho *apud* Carvalho, 1989). Para Carvalho, o desenvolvimento das práticas e pensamentos no campo da participação social, na seqüência da Nova República, tendeu a oscilar entre duas formas equivocadas e “maniqueístas”: a de “matriz pluralista”, liberal, supondo que os Conselhos poderiam “controlar o Estado, conduzindo-o segundo os interesses da maioria”; e outra forma, de “matriz marxista”, tendente ao “ceticismo”, “tendente a subestimar as possibilidades de autonomia e efetividade dos Conselhos” (1997:97). Diante desta avaliação, o autor sugere a saída: “os Conselhos não governam, mas estabelecem parâmetros para o governo” (1997:105).

A função de estabelecer parâmetros, no quadro de sua condição deliberativa, não causaria problema se o argumento não estivesse sustentado pela compreensão de que, o referido equívoco maniqueísta deveria ser superado com a eliminação da dissociação entre o público e privado, a partir de uma “resignificação” do que é público e da defesa de um “público não estatal” e de um “privado não mercantil”. O diagnóstico do autor está inserido no campo do debate que aponta a solução para a saúde a partir da definição de “novos paradigmas”; ou seja, o problema estaria no campo da “crise paradigmática”. Nas palavras de Carvalho (1997), exemplos de “hipostasia” da vontade política, da epistemologia:

*“{...} pode-se compreender os Conselhos não mais limitados ao âmbito da Reforma Sanitária. Para além da contribuição específica que possam dar ao SUS, como fóruns privilegiados de tematização da Reforma Sanitária, é preciso compreendê-los no **processo contemporâneo da reforma democrática do Estado**. Para além de seus efeitos sanitários, é preciso resgatar seu significado para a democracia. Para tanto, propõe-se um deslocamento conceitual: **no campo do Estado redescobrir a noção do “público” e no campo da sociedade a noção de “cidadania”**” (p. 100; grifo nosso).*

Para Carvalho, o caráter dos Conselhos tem uma natureza pública. E o que imprime a eles esse caráter é sua capacidade de defender os interesses voltados para a realização do “bem-comum”. A defesa do “bem comum” constituiria a chave para a

definição do que pode ser considerado interesse público. E essa capacidade, segundo o autor, não pertenceria necessariamente nem ao Estado nem ao mercado, embora pudesse neles estar contida. Ele considera que o debate contemporâneo de resignificação do “público” está orientado pela necessidade de modernização do Estado e pela eliminação de seu caráter patrimonialista. Isto conduz à necessidade de criação de mecanismos para a eleição das demandas da sociedade (Apud, Offe, Habermas). Por outro lado, aponta o risco do princípio da universalidade provocar “o abafamento da subjetividade”.

Daí o cuidado do autor de tematizar cidadania e subjetividade a partir da referência ao pluralismo e à equidade, apoiado na formulação de Boaventura Souza Santos (1994). Ele aponta, como exemplo de práticas pluralistas (exemplifica o pluralismo), a participação de representantes de grupos por patologias considerando o pluralismo uma expressão dos “sujeitos sociais que, impulsionados pelo auto-interesse, tematizam suas necessidades pelo bem comum”. (idem, 109)

Consoante este ponto de vista, os Conselhos estariam na esfera pública e não estatal. E a reforma do Estado, que se estaria impondo, os teria como “locus institucional” de definição de interesse público, como “a luz do pacto do bem comum”, “tematizando e formulando agenda” (Idem, 104).

As afinidades desta posição com a “terceira via” neoliberal são notórias. Ela implica, ou seja, tem a capacidade de: despolitizar os Conselhos; negar os condicionantes econômicos de classes na saúde, visando neutralizá-los; valorizar a setorialidade em detrimento de posições e análises totalizantes e, fundamentalmente, desmobilizar para o sentido socializante da Reforma Sanitária.

Os elementos centrais, resumidamente apresentados, da pesquisa de Bravo e da análise de Carvalho, expressam caminhos distintos e de difícil conciliação. Lembremo-nos de que idéias são formas de objetivação (Lukács). Bravo trabalha com duas categorias centrais: a disputa de “projetos antagônicos” e a “participação na política”. A participação é entendida como meio de democratização do poder de decisão, tendo em vista a expressão dos interesses das “bases” - condição aliás fundamental para realização de uma democracia de massa. Está embutida aí a categoria luta de classes. E Bravo não se detém aí, porque, ao identificar as dificuldades dos profissionais de saúde e dos conselheiros de apreenderem o potencial e as possibilidades dos Conselhos e apontar a alternativa de qualificação deste espaço, busca também repostas para o enfrentamento dos processos de alienação. Porque a qualificação dos participantes tem o sentido de contribuir para a

criação das condições para a realização do projeto maior - a democracia de massa. Na pesquisa de Bravo o particular (as condições específicas dos fóruns, os impedimentos de apreensão do sentido ampliado da participação política, os impedimentos políticos, etc.) é objeto de uma forma de conhecimento que aponta as condições que possibilitam uma intervenção por parte da pesquisa.

As idéias acima tratadas - tanto as que correspondem ao "projeto democracia de massas" como as que correspondem ao "projeto privatista" - são objetivações, em última instância, constituídas pelos processos sócio-históricos que estiveram na gênese, desenvolvimento e dificuldades enfrentadas pelo Sistema Único de Saúde, na atual conjuntura; são elas também, e simultaneamente, dele constitutivos. O primeiro projeto, ou melhor, as forças que o impulsionaram, de modo geral, vão à contracorrente do liberalismo econômico e político, do anti-socialismo e anti-marxismo; e as forças que resistiram ao primeiro projeto, isto é, as forças que impulsionam o segundo projeto, de modo geral, vão no sentido oposto.

Todos os espaços de socialização do poder de decisão e de direção das políticas e da assistência propiciados pelo Sistema Único de Saúde consubstanciam princípios da responsabilidade do Estado em formular e executar "*políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação*" (Lei 8080 - Título I Das Disposições Gerais, Art.2 inciso 1). Esta disposição assinala a obrigação e o compromisso do Estado de pôr em prática uma política de saúde que leve em consideração os fatores sócio-econômicos no quadro de saúde da população. Estes aspectos foram profundamente discutidos e veiculados pelo movimento da Reforma Sanitária, principalmente através da contribuição dos interlocutores da epidemiologia crítica e social. Por isso, o sentido principal de sustentação conceitual está no Art.3 "*A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País*". Este dispositivo legal, cristalino, contundente, direto (como, aliás, não costumam ser os dispositivos legais, que sempre aparecem ao leigo tortuosos e de difícil interpretação e só acessíveis aos "experts" dos meandros do Direito) afirma que os determinantes sociais de saúde deverão ser objeto de atenção e reflexão para os propósitos da saúde pública e é um marco conceitual e ideológico na formação e implementação para as

Políticas de Saúde. Ou seja, fica claro que o Estado deve ser espaço de promoção da igualdade social, de socialização dos bens sociais. Na Lei, está definida a sua função e o seu papel de promover a igualdade social, numa sociedade marcada pelas diferenças de classe.

Assim, perante a brutal desigualdade social brasileira, o Estado deve, na forma da lei, atender às demandas das classes subalternas, mesmo que isto vá contra as políticas econômicas assentadas pelos governos neoliberais e contra a função que lhe prescreve a burguesia. Eis o impasse criado pela legislação. Este impasse está assentado no sentido político das lutas de classes. Ou seja, importa ressaltar que o antagonismo entre tais projetos (entendido como algo que está na vida e, portanto, como algo que se fundamenta na economia, mas que também se faz presente na esfera da ideologia, e vice-versa; como algo, enfim, que traduz a realidade das lutas de classes) está também clara e inequivocamente posto, mais especificamente, na esfera do Direito.

O fato de a posição do projeto “democracia de massa” ter conquistado essa condição de jurisdição constitui um elemento de força para os segmentos que lutam pela implementação e ampliação dos princípios e diretrizes da Reforma Sanitária brasileira de que se trata (embora não devamos superestimar tal elemento de modo a alimentar ilusões legalistas).

Dentre os objetivos do Sistema único de Saúde, destacam-se na Lei 8.800 o Art.5, I, “ *a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde*”; o Art.6, I, d do mesmo diploma legal – “*assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica*”; III- “*a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde*”; VI- “*a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesses para a saúde e a participação na sua produção*”. Ou seja, a lei dá competência ao Estado para promover, em consonância com os princípios assentados, condições para que o SUS tenha autonomia para formar recursos humanos e para desenvolver tecnologia compatível com as demandas de saúde predominantes, ou seja, as demandas das classes dominadas.

Mas o paradoxo do SUS resulta de ser coetâneo das crises do capital financeiro mundial, da expansão da ideologia neoliberal, dos projetos de ajuste fiscal e reforma de Estado afinados com as imposições das instituições financeiras mundiais lideradas pelo comando norteamericano⁵³. De modo que é o Estado que vai criar as

⁵³ “O surgimento nos Estados Unidos de um complexo “Wall Street-Tesouro”, capaz de controlar instituições como o FMI e projetar um vasto poder financeiro por todo o mundo, mediante uma rede de

condições para o enfrentamento desta crise da acumulação do capital - como sempre o fez e, assim, o Estado desloca sua responsabilidade das áreas diretamente ligadas à reprodução da vida para respostas que não mais incluem sua presença e ação direta, através de parcerias com iniciativa privada. Esta nova forma de cuidar da reprodução da população, de acordo com as novas demandas da acumulação capitalista, implica a fragmentação da análise dos problemas de saúde e suas programáticas focalizadoras.

Esvaziar o Estado destas iniciativas serve como força demolidora de todas as forças que historicamente vieram avançando no sentido de introduzir o tom socializante no Estado. E o Brasil faz parte do conjunto de países periféricos ao imperialismo que está, segundo Harvey (2004), na linha de expansão “espaço-temporal” do capital para solução do excedente acumulado; faz parte do conjunto de territórios e populações vulneráveis às imposições de ajuste fiscal que só fazem acentuar e agravar a nossa vulnerabilidade. Segundo o autor:

“O lado sinistro e destrutivo da ordenação espaço-temporal como remédio para o problema da sobreacumulação torna-se um elemento tão crucial na geografia histórica do capitalismo quanto a sua contraparte criativa de construção de uma nova paisagem para acomodar tanto a acumulação interminável do capital como a acumulação interminável do poder político. (...) Uma diabólica aliança entre os poderes do Estado e os aspectos predatórios do capital financeiro forma as garras de um “capitalismo de rapina” que tem tanto de práticas canibais e desvalorizações forçadas quanto tem de alcançar o desenvolvimento global harmonioso” (Harvey, 113-114).

O SUS criou as condições institucionais para a universalização do acesso, mas não teve financiamento compatível com a amplitude de suas prescrições. E a falta de financiamento (sem contar as oposições de ordem ideológica, as práticas e os processos de formação profissional centrados na abordagem hospitalocêntrica e biopatológica) tem a função de desqualificar e pauperizar o sistema. Segundo Santos (2007):

“Enquanto a participação das receitas correntes da União no PIB cresceu de 19,7%, em 1995, para 26,7%

outras instituições financeiras e governamentais, tem tido enorme influência sobre a dinâmica do capitalismo global em anos recentes. Porém, esse poder central só pode agir como age porque o resto do mundo forma uma rede e está integrado bem-sucedidamente (e, na prática, “pendurado”, em geral por meio de acordos de crédito) num arcabouço estruturado de instituições financeiras e governamentais (inclusive supranacionais) interligadas” (Harvey,2004:112,113).

em 2004, neste mesmo período, a participação de gastos do Ministério da Saúde nessas receitas decresceu de 9,6% para 7,5%. Enquanto a contrapartida da União no financiamento público da saúde caiu, entre os anos 80 e 2004, de 75%, para 50%, neste mesmo período a soma das contrapartidas estaduais e municipais cresceu de 25% para 50%. Enquanto a contrapartida da União, entre 1995 e 2004, caiu de US\$ 87,7 para US\$ 62,3 per capita, entre 2000 e 2004, a soma das contrapartidas estaduais e municipais cresceu de US\$ 44,1 para US\$ 64,9 per capita” .

Isto fica agravado ao se levar em conta o quadro epidemiológico do país. Se nos países capitalistas centrais o perfil de saúde sofreu a conhecida transição epidemiológica - diminuição dos coeficientes de morbi-mortalidade por doenças infecciosas e aumento das doenças crônicas degenerativas - na particularidade das condições da periferia capitalista brasileira coexistem altas freqüências de doenças infecciosas, de doenças crônicas e dos índices de ocorrências de causas externas. A despeito do controle da poliomielite e da erradicação da varíola, a mortalidade infantil diminuiu, mas ainda convive-se com a malária, a esquistossomose, a doença de Chagas, além da presença da dengue, do ressurgimento da tuberculose, da hanseníase e de outras doenças que, do ponto de vista do domínio de sua etiologia e tecnologia, já não têm mais razão para constituir problema de saúde pública. No conjunto das doenças crônicas convivem as que são expressões do aumento da expectativa geral de vida e aquelas que constituem indicadores das precárias condições de vida e, conseqüentemente, da ausência de práticas preventivas, como as doenças renais, as cardiopatias, as DSTs, etc. Esse quadro requer intervenções de alta complexidade.

Segundo cálculo do sanitarista Carvalho (2007), que estima a população brasileira, no ano 2006 em 186.770 milhões de pessoas, o gasto público com a saúde é de R\$ 891,20 ano por brasileiro. Este cálculo resulta de aproximações realizadas pelo autor utilizando dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Agência Nacional de Saúde (ANS), pois existem dificuldades de levantamento do número exato dos gastos. Carvalho, comparando os gastos público com os gastos privados em saúde no ano de 2006, aponta o seguinte:

Estimativa dos gastos de saúde no Brasil:

Gastos da esfera privada da saúde:	R\$
- planos e seguros de saúde	44,88 bilhões
- medicamentos	26,25 bilhões
- desembolso direto	16,41 bilhões
Total	87,54 bilhões

Gastos da esfera pública da saúde:	R\$
- Federais	40,78 bilhões
- Estaduais	18,69 bilhões
- Municipais	19,44 bilhões
Total	78,91 bilhões

Ademais, estão incluídos nos gastos do Ministério da Saúde rubricas relativas à despesas com inativos, “*receitas destinadas a atividades de saúde, não computadas no órgão de saúde como os sistemas penitenciários, saúde universitários, militares e sistemas e planos de saúde próprios de servidores*” (idem,2007).

Os quadros acima remetem para dois grandes problemas imediatos: (1) a desproporção entre os gastos privados e públicos, tendo em conta que, insistimos, dos 186 milhões de brasileiros, apenas 44,7 milhões têm seguro privado⁵⁴ e que muitos destes utilizam os serviços do SUS, principalmente os de alta complexidade; e todos usufruem da Vigilância Epidemiológica e da Vigilância Sanitária; (2) o outro problema é o financiamento que a esfera privada obtém da esfera pública a partir de incentivos fiscais. O Estado brasileiro financia duplamente o setor privado: através de incentivos fiscais e dos recursos que deixa de receber quando não é ressarcido pela cobertura aos segurados dos planos em procedimentos que os planos não oferecem⁵⁵.

A tendência de aumento da demanda pelos serviços de alta complexidade se deve, principalmente, ao aumento da capacidade tecnológica de resposta na

⁵⁴ Segundo a Agencia Nacional de Saúde (ANS), dos segurados, 83% correspondem a planos de assistência médica e 17,3% a planos, exclusivamente odontológicos.

(http://www.ans.gov.br/portal/replode/informacaoess/caderno_informa_03_2007.pdf)

⁵⁵ Segundo a ANS, a Lei 9.959/98, Art.32 estabelece critérios para processo de ressarcimento ao SUS. A partir de cruzamento de dados relativos aos atendimentos hospitalares realizados pelo SUS com as informações cadastrais dos beneficiados de planos privados de saúde, no período de 1999-2005, o número de beneficiados correspondeu a 822.577 (R\$ 1.171.443.588). Entretanto, os aptos a realizar ressarcimento em favor do SUS totalizaram apenas 373.761 (R\$ 513.950.737), sendo que destes apenas 60.586 (R\$76.928.764) efetivamente o fizeram. Tiveram notificação no Cadastro Informativo dos Créditos não Quitados do Setor Público Federal (CADIM) no ano de 2006 o valor total de R\$ 65.986.656.74. (http://www.ans.gov.br/portal/replode/informacaoess/caderno_informa_03_2007.pdf)

recuperação da saúde, o que tem gerado aumento da expectativa geral de vida da população, e às conseqüências dos problemas na cobertura na atenção básica e preventiva ⁵⁶. Estas ações são financiadas pelo Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação, criado em 1999, pelo Ministério da Saúde. Em dezembro de 2002, a Secretaria de Ação em Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) definiu os procedimentos a serem considerados de alta complexidade.

Estudo do IPEA sobre a alta complexidade no SUS ⁵⁷ mostra a tendência de crescimento desta demanda e problematiza o seu financiamento, comparando com os recursos destinados aos procedimentos da atenção básica. Segundo os autores, Magalhães; Nunes; Góes de *et al* (IPEA: 2005), não há um registro seguro a respeito do número de beneficiários. A estimativa é de 3 milhões de usuários da alta complexidade. A despesa com alta complexidade, no gasto total do Ministério da Saúde com ações e serviços públicos, “passou de 13,1% (1999) para 19,2% (2003), um incremento, portanto, de 46,6% em oito anos” (Idem:28). Recorrendo à fonte de dados do ReforSUS, o mencionado estudo mostra que procedimentos de maior freqüência e baixo custo – como partos normais e cirúrgicos, desidratação aguda e outros, são remunerados abaixo do valor; ao contrário dos transplantes, que tendem a receber valor acima da média (Idem:138). Outrossim, os planos privados de saúde não cobrem a assistência em procedimentos de alta complexidade como hemodiálise, transplantes, quimioterapia e radioterapia, além de várias outras terapias específicas. Estas coberturas são patrocinadas pelo Sistema Único de Saúde, também para os usuários dos planos privados e, em grande parte dos casos, não tem sido ressarcido pelas agências privadas de saúde.

A contradição central está no fato de que no lugar de renúncia fiscal nos seguros privados, estes recursos poderiam ser destinados ao SUS, como apontam Ocké-Reis, Andreazzi e Silveira (IPEA: 2006). Os autores demonstram que as classes médias recorrem aos seguros de saúde para obter acesso a tecnologia de proteção de risco à saúde e obtêm, preponderantemente, ações de baixa e média complexidade, esfera em que o SUS tem estrangulamento de oferta ⁵⁸. Além disso, os usuários ficam

⁵⁶ O Programa Saúde da Família, cujo objetivo é aumentar a cobertura da atenção primária em saúde, atinge 44% da população brasileira. (Gastão Wagner in: www.conass.org/admin/arquivos/conassdocumenta12.pdf)

⁵⁷ <http://getinernet.ipea.gov.br-Atenção de Alta Complexidade no SUS:Desigualdade no acesso e no Financiamento>.

⁵⁸ Então, aqueles que recorrem aos planos privados de saúde não têm acesso a vários procedimentos do campo da alta complexidade. O paradoxo está no fato de que mesmo os que hoje estão habilitados a “comprar” a mercadoria saúde enfrentam a degradação do acesso aos bens de saúde. Por isso, é preciso esclarecer que a defesa de um sistema universal e público, no marco do projeto da Reforma Sanitária

vulneráveis ante os planos, em decorrência da tendência à formação de oligopólios pelas seguradoras, que centralizam poder na definição do menu de oferta de serviços e na definição dos preços. Estes segmentos da população, cuja renda média tende a cair, frente às crescentes taxas de desemprego, “constituem um grupo forte de interesse em favor da manutenção desse subsídio” estatal. O valor das renúncias “supera em R\$1 bilhão os gastos do Ministério da Saúde com o controle de todas as doenças, exceto DST/AIDS, no ano de 2004” (Idem, p:14). Como afirmado no estudo do IPEA:

“{...} a tendência à concentração do mercado de planos se constituiria em um fator para explicar não só o aumento de preços, mas para tornar crível a ameaça de captura da ANS pelos grandes grupos econômicos, em um contexto onde aposta que tal concentração seria uma peça-chave para resolver a insolvência de parte das operadoras de pequeno e médio porte” (Idem, p. 17)

O SUS é sob muitos aspectos ele próprio um sistema cheio de paradoxos; e isto não é casual, mas resulta, como sempre viemos insistindo, das lutas de classes nas suas muitas dimensões, não só externas como internas ao próprio Sistema Único de Saúde.

Isso pode ser observado no sucesso do SUS na cobertura vacinal de 95% das crianças de até 5 anos e de 85% dos idosos (quando, para idosos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda cobertura mínima de 70%). Na outra ponta da atenção, o número de transplantes realizados o Brasil corresponde ao segundo lugar no mundo, segundo o ex- Ministro da Saúde Saraiva Guerreiro⁵⁹. Ora, os altos índices das doenças coronarianas, dos cânceres de colo útero e de mama, das diabetes, hipertensão etc., conseqüentes, na maioria das vezes, da baixa cobertura da atenção básica, se refletem no aumento de procedimentos de alta complexidade - transplantes, hemodiálise, radioterapia, quimioterapia. Contudo, nestes casos, não se pode esquecer que o sucesso da prevenção depende de mudanças relacionadas às condições objetivas de vida/trabalho, aos modos e formas de acesso à assistência e aos recursos de saúde. Sua realização vai depender, mais intensamente, das condições de vida dos usuários, mas dependerá também das condições de trabalho dos profissionais de saúde capacitados para desenvolver ações em equipes

brasileira, não significa uma programática de interesse apenas das classes subalternas: o projeto que se advoga aqui não defende a classe trabalhadora como classe particular, mas a classe trabalhadora como capaz de promover a emancipação da humanidade.

⁵⁹ Guerreiro, S. Disponível em: <http://www.conass.org.br/admin/arquivos/conassdocumenta_12.pdf> Acesso em: 10 Dez.2006

multiprofissionais, através de abordagens integrais da saúde, apreendendo as contradições - particulares e totalizantes- de cada caso, bem como a relação de causalidade entre cada um dos casos e problemas sociais de saúde ⁶⁰.

Para enfrentar as forças antagônicas externas ao SUS - modelo econômico, domínio das orientações biopatológicas - e as forças internas ao próprio movimento da Reforma Sanitária, - aquelas que defendem e/ou lutam por respostas afinadas com um “terceiro caminho/terceira via” -, é indispensável reafirmar os êxitos alcançados pelo SUS, mesmo que incompletos e atravessados por contradições. Santos (2007) ressalta alguns avanços conquistados neste tempo de invasão neoliberal na vida cotidiana de um país com dimensões continentais:

“Apesar das adversidades, a partir de 1990 (sub-financiamento e precarização da gestão dos recursos humanos), a inclusão social por meio do acesso aos bens de saúde prosseguiu com gigantesco esforço e eficiência, alcançando, em 2005, o volume de 1,3 bilhões de atendimentos básicos em 64 mil unidades ambulatoriais, 1,1 bilhão de procedimentos especializados, 600 milhões de consultas, 11,6 milhões de internações em 5.900 hospitais, 360 milhões de exames laboratoriais, 10 milhões de ultra-sonografias, 1,2 milhão de tomografias, 213 mil ressonâncias, 9 milhões de seções de hemodiálise, 23.400 transplantes de órgãos e tecidos, importantes avanços no desenvolvimento de conhecimentos e tecnologias em áreas críticas (imunobiológicos, fármacos, informação, gestão descentralizada e outras), 152 milhões de vacinas, controle da AIDS, ações de vigilância em saúde e outras” (Santos,2007).

Este é o depoimento de um dos militantes da Reforma Sanitária e do SUS, que ademais, afirma o seguinte: *“incorreriam em equívoco crasso se acreditassem que o SUS se constrói com chavões como ‘o problema é de eficiência, de gestão, de gastar melhor’ ou ‘o absurdo sub-financiamento’” (Idem, 2007).*

A própria legislação de saúde já contempla indicações centrais para o modelo de assistência a partir das diretrizes que norteiam a integração dos diferentes níveis de atenção à saúde, organizados de modo descentralizado, hierarquizado e com esforços para estabelecer mecanismos de referência e contra-referência da assistência, com orientação para abordagem integral nos diferentes momentos e níveis da assistência. Todas estas indicações estão ancoradas no perfil

⁶⁰ Estas demandas aparecem de modo diferente nas intervenções no campo da imunização e dos procedimentos em que a bio-tecnologia é mais extensiva, como cirurgias e terapêuticas invasivas.

epidemiológico, num processo de retroalimentação dos dados de saúde fundamentados pela perspectiva da determinação social das doenças e abordagem integral da saúde. Ou seja, já existe o modelo; o problema está em torná-lo uma realidade plena e, neste sentido, os desafios estão no campo da economia e da ideologia.

3.2. A Luta pelo financiamento da Saúde

As conseqüências das políticas de ajuste fiscal, intensificadas na última década pelos governos federais, são manifestações do domínio das políticas neoliberais comandadas pelos eixos centrais do capitalismo na sua forma monopolista financeira. Os argumentos usados para sustentá-las estão ligados à naturalização e fatalidade da crise financeira, cuja resposta demandaria medidas de austeridade, onde o imperativo da quantificação na relação entre aumento da demanda e limite dos recursos assemelha-se à velha equação malthusiana.

Segundo Mandel (2003), a crise do capitalismo resulta de um conjunto de fenômenos, cada qual com maior ou menor peso histórico na particularidade de cada crise. Mas todas as crises, sem exceção, são, segundo ele, determinadas na sua totalidade pela natureza do conjunto das contradições do capital e se manifestam através de ondas cíclicas - a primeira já no início da sua forma monopolista, 1857-1858, de superacumulação, insuficiência do poder de compra das massas, desproporção na produção entre bens de produção e bens de consumo. Todos estes fatores, no seu conjunto, são responsáveis pelo desencadeamento das crises e nenhum deles atua de modo isolado.

Já a economia burguesa aborda a questão das crises de forma absolutamente diversa. Entre as várias causações ideológicas supostamente explicativas das crises, apontada como fundamental, destaca-se o excessivo custo da produção e reprodução dos trabalhadores. Assim, as crises e suas soluções são justificadas de modo a culpar as classes trabalhadoras e a evitar a defesa de qualquer resposta que não encarne a fórmula capitalista.

A experiência da direita nacional e internacional alcançada pela adoção do neoliberalismo como uma ideologia anticomunista revigorada com o pós-89, "anti-estatal", - diga-se, para as "questões sociais" -, teve a adesão e o apoio da social-democracia nas conjunturas de inflação, desemprego e domínio da especulação financeira dos mercados. Portanto, passa a haver, em desfavor dos processos emancipatórios, um amplo arco de alianças.

É na contracorrente desta correlação de forças mundial e nacional que o Sistema Único de Saúde é implantado no Brasil. As conseqüências desta conjuntura de adversidades se refletem nas condições materiais e de trabalho tanto dos profissionais, pesquisadores e docentes, quanto da população usuária do Sistema Único de Saúde, e das unidades de ensino e assistência pública na saúde. Uma

pequena mostra desta dificuldade foi o decréscimo do gasto federal com a saúde face ao Produto Interno Bruto (PIB), conforme quadro abaixo ⁶¹:

Gasto Federal com a saúde:

Ano	Percentual do PIB
1994	1,94
2004	1,83

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tbcgi.exe?idb /2005>

O limite das ações de saúde pública deriva das conseqüências das desigualdades de classe, da negação e desqualificação da Seguridade Social como princípio orientador da previdência, assistência e saúde públicas. A luta pela Reforma Sanitária é a luta pela socialização dos recursos a partir da democratização das relações assistenciais e do poder de decisão nas políticas públicas, nas prioridades sociais das pesquisas e produção científica e tecnológica, no sentido de responder e criar condições para eliminar as demandas das desigualdades e da exploração do trabalho. O ideário da reforma busca meios de socialização dos bens sociais na saúde, condição essencial para que a transformação social atinja os determinantes da exploração de classe. Nesse sentido, Reforma Sanitária não significa humanizar o capitalismo, mas criar dentro dele meios para consolidação da luta social na direção da sua superação. Este é o legado da consciência sanitária, da ideologia que criou o SUS.

A urgência está na necessidade de retomar essa direção, a tradição moderna que vincula saúde e projeto de sociedade, a razão como instrumento de emancipação da exploração e alienação humana. Uma discussão que priorize o debate sobre a função da economia na saúde, sobre o papel do financiamento público do SUS para a sua garantia e aperfeiçoamento.

Apesar dos desvios irracionistas das formulações afinadas com a “terceira via” neoliberal, surgem manifestações que denunciam o sub-financiamento público da saúde, que representam um momento, uma possibilidade para a retomada da luta pela Reforma Sanitária; manifestações de defesa do SUS e dos princípios que o informa, a saber: saúde como direito de todos e dever do Estado.

⁶¹ <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tbcgi.exe?idb2005>.

O manifesto de julho de 2006, assinado por várias entidades envolvidas com a defesa do SUS reunidas no “Fórum da Reforma Sanitária” é um exemplo dessas manifestações:

“{...} consideramos imprescindível reforçar o Sistema Único de Saúde – público e universal – entendendo que este sistema necessita contar com um aporte de recursos para responder ao ordenamento constitucional de que a saúde é um dever do Estado e um direito do cidadão e, ainda, para encaminarmos na direção de um desenvolvimento econômico social em nosso país. Só pode ser considerado desenvolvido um país que, por meio de diferentes políticas públicas e eficazes, garanta a melhoria das condições e expectativas de vida, assim como, por meio de políticas de saúde, assegure o acesso e a qualidade dos serviços públicos a esta população”. (Esclarecimento Público. Gasto em Saúde no Brasil: é muito ou pouco?)⁶²

O “Fórum da Reforma Sanitária” afirma que “o subfinanciamento da saúde não é um fato isolado. Integra esse quadro a reforma de Estado nos anos 90” e recoloca em pauta a importância do debate sobre a Seguridade Social. Mas, no processo para a aprovação do Projeto de Lei Complementar 01/03 que regulamenta a Emenda Constitucional n.29⁶³, o desafio é impedir que haja as seguintes alterações: diminuição do percentual de 10%; alteração da Receita Federal de “bruta” para “líquida” na base de cálculo; e inclusão de ações de outras áreas – saneamento básico, como ações de saúde.

Portanto, este movimento traz uma expectativa favorável de resistência ao domínio neoliberal, às suas ameaças ao SUS e ao projeto da reforma. Carvalho (2007b) mostra que estas ameaças já começam a se materializar no documento

⁶² Documento: “Esclarecimento Público. Gasto em Saúde no Brasil: é muito ou pouco?” Assinado em 11 de julho pelas seguintes entidades: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES), Associação de Estudos de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEM) e Associação Brasileira de Organizações Não Governamentais de Saúde (ABONG)

⁶³ A Constituição Federal prevê a destinação, para a saúde, de, no mínimo, 30% do Orçamento da Seguridade Social, além dos orçamentos fiscais da União, Estados, Distrito Federal e Municípios. O Projeto de Lei Complementar de que se trata é resultado da mobilização e debate havidos nas Conferências de Saúde, Conselhos de Saúde, Ministério Público, Conselhos de Políticas e de Direitos e protagonizados por vários segmentos sociais na defesa dos seguintes dispositivos legais: “A União aplicará anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, o montante equivalente a dez por cento de suas receitas correntes brutas, constantes dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social, tomadas como base de cálculo” ; “Para efeitos desta Lei Complementar, consideram-se receitas correntes brutas a integralidade das contribuições, patrimoniais, industriais, agropecuárias, de serviços, de transferências correntes e outras receitas também correntes”. (Art.5 e seu parágrafo primeiro, da Lei Complementar 01/03, in Capítulo III, Seção 1 – Dos Recursos Mínimos)

“*Memorial dos Governos Estadual e do Distrito Federal*”⁶⁴. Este documento sugere mudanças no Projeto de Lei Complementar nos seguintes aspectos: acrescentar o termo “*prevenção*” ao lado de “*promoção, proteção e recuperação*” - o que possibilitará incluir no orçamento da saúde itens não específicos de suas ações; substituir “*serviços do SUS*” por “*serviços de saúde*”; substituir a sigla SUS para “*serviços de saúde*”; “*abrir como despesa do SUS encargos com recursos destinados ao pagamento de amortizações e encargo financeiros*”; incluir entre os recursos do SUS os pagamentos a inativos e pensionistas, e bem assim, os gastos com sistema de saúde penitenciário; incluir nos recursos do SUS o pagamento de sistemas de saúde especiais e diferenciados para servidores; e excluir a vedação para financiamento de ações de assistência social.

Estas modificações, se aprovadas, obstaculizarão a implementação do projeto SUS e da Reforma Sanitária, pois se ajustam ao sub-financiamento das ações e serviços e, ademais, causarão efeitos adversos nas condições de trabalho, nos salários dos profissionais de saúde e nos projetos profissionais, estimulando contratos precários de trabalho em todos os níveis da atenção.

Além desses, outros fatores favorecem a desqualificação ou o desvio da direção socializante do Sistema Único e Saúde: a baixa remuneração dos procedimentos; a falta e/ou a péssima conservação de equipamentos; a dificuldade para manter a qualificação e as precárias condições das instalações dos espaços da assistência pública. Equipes profissionais e usuários, ao conviverem com este conjunto de carências, sofrimentos e desestímulos, ficam vulneráveis e passam a desacreditar na capacidade de resposta do modelo de gestão Sistema Único de Saúde, o que facilita a adesão a respostas formuladas a partir de avaliações imediatistas e limitadas à aparência do problema.

O SUS visa a garantia do acesso universal e igualitário, da atenção integral e integrada, correspondendo às necessidades de cada um e de todos (equidade), parametrado pelos dados epidemiológicos. A contradição que se estabelece entre estes princípios, objetivos e diretrizes e o modelo econômico favorece as tentativas de modificar a direção do SUS mediante a edição de medidas jurídicas de interesse das classes dominantes, compatíveis com o projeto econômico vigente.

⁶⁴ Referido Memorial foi elaborado por Secretários Estaduais da Fazenda – Conselho Nacional de Política Fazendária e Grupo de Gestores das Finanças Estaduais (CONFAZ-Gefin) sub-grupo da saúde, subsidiados pela Procuradoria e Secretaria do Paraná. Ele traduz uma posição para a política sanitária que se articula com o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC).

A luta também é ídeo-política, e é preciso não esquecer que as expressões jurídicas nascem das relações econômicas, das disputas de classe. Não há dicotomia entre economia e política. Produção, distribuição e consumo fazem parte da mesma dialética social, como demonstrou Marx. A possibilidade de ultrapassar o limite atual só se constituirá como oportunidade objetiva se aqueles que se dispõem e atuam em favor do projeto “democracia de massa” forem capazes de reconhecer e atuar no âmago destas contradições. É possível pontuar algumas destas contradições no campo do debate do direito a saúde. Conclusões que possam advir desse debate terão conseqüências decisivas no financiamento do SUS.

Tem sido freqüente a crítica às demandas dirigidas aos órgãos judiciários por bens e serviços de maior complexidade/custo. Os demandantes são, em grande parte, beneficiários dos planos de saúde (Santos, L. 2006, Goulart 2006)⁶⁵. O foco da crítica volta-se para o seguinte diagnóstico: há uma tendência para confundir universalidade com integralidade, e, a integralidade não pode ser compreendida como “*tudo para todos*”. As liminares são freqüentes no campo da saúde, então, o “*tudo para todos*” deve ser substituído por “*mais para quem precisa mais*” (Goulart, 2006). Neste raciocínio argumenta-se que, quando o SUS aumenta a oferta de serviços de alta complexidade, os maiores beneficiados são as classes mais favorecidas, razão pela qual seria preciso barrar e selecionar o acesso. Sendo limitados os recursos, não haveria como defender que a saúde é mais importante que a educação, a reforma agrária etc. Existiria um limite objetivo de recursos com o qual se deveria trabalhar⁶⁶. Consoante a mesma crítica, as liminares da espécie tendem a inviabilizar os planejamentos da saúde e colocar o SUS no risco de falência.

Para Lenir Santos, o “*direito à saúde que ao SUS compete assegurar está fortemente circunscrito à garantia da integralidade da assistência curativa e preventiva prevista em lei*”. Nesta interpretação, a igualdade de acesso aos serviços constituídos, e sua constituição não deveria ser regida pela igualdade, mas pela equidade. Afirma:

⁶⁵ A introdução da abreviatura do primeiro nome da autora no interior do texto é um recurso para distingui-la, na medida em que trabalhamos anteriormente com autor de mesmo sobrenome e com publicação e datas semelhantes.

⁶⁶ “No financiamento, a vinculação deveria continuar sendo defendida? Esta é, sem dúvida, uma questão polêmica, pois afinal não se pode negar certa legitimidade à ponderação dos economistas de que, se tudo fosse efetivamente “vinculado” nos orçamentos públicos, a soma das partes poderia ser superior ao todo {...} A idéia é que se deva trabalhar com pacotes de serviços, que inclui atenção básica e medidas de saúde pública para todos, indistintamente, {...} Nos níveis mais altos de complexidade, é preciso garantir isenção de complementação financeira, somente para pessoas de baixa renda”. O autor defende a complementação das despesas de saúde de forma proporcional à renda dos usuários (Goulart, 2006).

“Somente a segunda parte do art. 196 — que garante o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços públicos de saúde — exige do Estado a prestação de serviços públicos curativos e preventivos, os quais devem ser prestados pelos órgãos e entes que compõem o SUS, e ele não autoriza interpretação de que todos têm irrestrito direito a tudo na saúde. Além de não ter esse elastério, não pode ser interpretado isoladamente dos arts. 198 e 200 e de outras leis que o regulamentam” (Santos L.,2006)

No Art. 198 da mesma Constituição Federal, consta, entre as diretrizes de constituição do SUS, o *“atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”*. Portanto, a prioridade para as atividades preventivas não exclui a integralidade em todos os níveis. O acesso deve ser universal e igualitário, porque saúde é direito de todos, Art.196. A realização das condições que permitem a prevenção dos males que afetam a saúde depende, também das políticas econômicas e sociais cuja implementação de fato não cabem exclusivamente ao SUS, mas cabe a ele, sem dúvida, a indicação – (Dos objetivos e Atribuições do SUS Art 5 I da Lei n 8.080/90) *“condicionantes e determinantes da saúde”*; *“a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no”*, *“ O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos..”* Dos objetivos e Atribuições do SUS”, art. 5, I, & 1 do art. 2 desta da Lei n 8.080/90).

Afirma ainda Lenir Santos:

“O art. 7º, II, reza que a integralidade de assistência é o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Aqui cabem umas perguntas: para quem? Com que recurso? Qual assistência? Quais os critérios do planejamento e elaboração de planos de saúde?” (Santos, L.,2006).

A resposta à primeira das perguntas postas por Lenir Santos é: Para todos, porque a saúde é um direito de todos. Agora examinemos as duas partes do Art. 196, da Constituição Federal, destacado pela própria autora. Na primeira parte, o direito se estabelece via *“políticas sociais e econômicas”*, na segunda parte, pelo *“acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção e proteção”*.

Quanto a questão do financiamento da saúde, a matéria está regulada no Artigo 31 da Lei 8080/90 (cuja emenda é *“Recursos do orçamento da Seguridade, União,*

Estados DF e municípios além de outras fontes..”), e no seu parágrafo 3. Ou seja, esta prioridade poderá ser garantida porque a política econômica deve estar articulada com estes princípios. Este é o fundamento do financiamento da saúde contido na legislação. Não é casual que o dispositivo mencionado tenha tratado de Ações assistenciais e preventivas integradas. Os critérios informativos para as ações assistenciais e preventivas integradas são epidemiológicos, compreendendo a participação social. Na mencionada Lei 8080/90: Art 37 “O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa”

E prossegue a mesma autora:

“Definidas as atribuições do SUS, de acordo com o explicitado no art. 200 da CF, devemos tentar entender o alcance da expressão integralidade da assistência à saúde prevista no art. 6º, d e art. 7º, IV, da Lei nº 8.080/90. É ela que irá dar contorno ao direito à saúde individualizado e garantido pelo SUS”(Idem,L,2006).

O Artigo 6, antes mencionado, trata da atenção integral terapêutica, inclusive farmacêutica; do artigo 7 destacamos o inciso IV - *“igualdade da assistência sem preconceitos ou privilégio de qualquer espécie”*, e lembramos que, no inciso II deste mesmo artigo está dito que a integralidade da assistência é entendida como uma *“integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivas e curativas, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis da assistência”*. Ou seja, o fato do indivíduo entrar com liminar reivindicando atenção e obter uma resposta favorável não deveria significar que este mesmo direito poderia ser estendido a todos? Que caberia ao Estado criar as condições para isto?

A autora comentada diz mais:

“Não podemos nos esquecer de que a Constituição garante acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. A universalidade do acesso mencionada no art. 196 é a garantia de que todas as pessoas — sem barreiras contributivas diretas ou outras — têm o direito de ingressar no SUS. A universalidade compreende todos quantos queiram ir para o SUS” (Idem, 2006)

E conclui: “A sociedade brasileira escolheu um sistema de saúde misto: público e privado. O público, gratuito, e o privado, pago. A população tem a liberdade de escolha. E ao fazer essa escolha {...}” (Idem,2006).

Não parece que a lei determine que haja uma relação estrita de oferta e procura. Ao contrário, o que está determinado é a constituição de um sistema que compreenda potencialmente o direito de todos às condições para diminuição de riscos à saúde, e assistência integral e integrada. Estes elementos demonstram que as ações do SUS são para toda a população brasileira. O objetivo é atender a demanda de saúde coletiva e individual e não relação de oferta e procura.

Mas é preciso fazer um parêntesis para esclarecer que a razão desta contraposição está em discernir o lugar de onde se fala. E o direito é aqui entendido como práxis social, como resultante das forças sociais em disputa. Por isto, se tem consciência do risco deste esforço de contraposição através da lei, sabidamente equivocado, porque ao focar o debate da lei pela lei, distancia-se do fundamento ontológico das posições em disputa. Mas o objetivo aqui não é mais do que a tentativa de realçar a “fixação jurídica já alcançada pela luta de classes”⁶⁷. Dito isto teremos então que perguntar: qual a natureza dessa nossa sociedade? Que sujeitos realizaram as escolhas que tornaram esta nossa sociedade aquilo que precisamente ela é? Quais as circunstâncias sócio-históricas que presidiram essas escolhas? Como se realizaram e se realizam as escolhas que resultaram na constituição do sistema de saúde que é o nosso objeto de estudo? Trata-se de escolhas resultantes de disputas de classes. A aprovação da legislação de que se trata ocorreu através de intensas disputas e sob pressão dos grupos de medicina privada.

Diz ainda Lenir Santos:

“Trazemos à discussão a Lei nº 9.313/96, que garante a todos — independentemente de estarem sob tratamento no SUS — medicamentos para Aids. Se todos têm direito irrestrito a tudo na saúde, não haveria necessidade de tal lei; também o conteúdo do art. 6º, d, da Lei nº 8.080/90 — se abarcasse as pessoas que não estão sob tratamento no SUS — já agasalharia tal pretensão. Isso confirma a tese de que a assistência

⁶⁷ A propósito, é bom lembrar da assertiva de Michael Löwy acerca da posição mais próxima da verdade: “Quanto a nós, pensamos que o ponto de vista potencialmente mais crítico e mais subversivo é o da última classe revolucionária, o proletariado. Mas não há dúvida de que o ponto de vista proletário não é de forma alguma uma garantia suficiente do conhecimento da verdade social: é somente o que oferece a maior possibilidade objetiva de acesso à verdade. E isso porque a verdade é para o proletariado uma arma indispensável à sua auto-emancipação. As classes dominantes, a burguesia (e também a burocracia, em um outro contexto) têm necessidade de mentiras e ilusões para manter seu poder. Ele, o proletariado, tem necessidade de verdade...” (Löwy, 1994:218).

farmacêutica ali mencionada no art. 6º, I, se restringe às pessoas que integralmente tenham optado pelo sistema público de saúde. Caso contrário, bastaria este dispositivo para se garantirem medicamentos da Aids para todos, independentemente de lei específica” (Idem,2006).

Boa observação. É verdade que, se todos têm direito a tudo, na saúde não haveria necessidade da lei específica. E isto poderia ser aplicado tanto para o campo público quanto para o privado. Acontece que numa sociedade capitalista as disputas de interesses de classe são determinantes; e o SUS é instrumento de luta das classes exploradas. O direito reflete estas disputas, por isso a indicação de lei específica corresponde à forma de limitar a ingerência dos interesses do mercado na saúde pública. O campo privado não cumpre a obrigação de oferecer atenção integral nos diferentes níveis da ação em saúde, não cumpre o compromisso com a saúde pública e democrática - o que confirma a contradição do capitalismo. Coexiste um sistema público que prescreve saúde como um bem social e um sistema paralelo onde saúde é fonte de lucro e movimentação de mercado de ações. O fato de operadoras de saúde negociarem no balcão do mercado financeiro o menu dos contratos, deixando à deriva ações de ponta da assistência, como já problematizado aqui, isto não serve de referência para que o SUS aja da mesma forma, liberal mercantil. Ao contrário, só confirma que saúde não deve ser oferta de mercado.

Uma das particularidades da epidemia HIV/AIDS é sua capacidade de atingir todas as classes sociais. Disto resultou a conformação de uma política assentada (a partir de ampla mobilização de segmentos da burguesia, cujos resultados têm sido exemplos de sucesso) na disponibilização dos recursos terapêuticos.

Há aí uma contradição. Não é possível dizer que o êxito da política de HIV/AIDS se explica pela integralidade em todos os níveis das ações de saúde. A cobertura secundária e terciária de média e alta complexidade conseguiu obter resultados que mudaram o padrão da morbidade; por outro lado, a cobertura da prevenção ficou a reboque e o resultado é que temos um quadro de aumento da expectativa de vida dos portadores da doença motivado pelo acesso ao medicamento ⁶⁸ e simultaneamente

⁶⁸ O Governo Federal apresentou “proposta de licenciamento compulsório do antiretroviral, hoje usado por cerca de 75 mil pacientes de AIDS na rede pública, a um custo de US\$ 43 milhões por ano. Com o licenciamento compulsório, o país pode tanto iniciar a produção nacional da droga como importar genéricos. Será a primeira vez que o Brasil licencia um remédio protegido por patente”. Os países que adotaram estas medidas têm sofrido retaliações, a exemplo da Tailândia que foi inserida, pelo governo americano, numa lista de países “violadores de patentes”, mesmo com o princípio de que interesses

um aumento da incidência da infecção principalmente entre os segmentos das classes exploradas mais expostas ao risco pela precária cobertura das políticas públicas preventivas.

O que deve ser questionado são os fatores sócio-econômicos que têm condicionado as diferentes situações de risco e modos de adoecer. Mesmo com os poucos recursos, o SUS consegue ter uma abrangência e qualidade que só fortalece o seu modelo. Por outro lado, devido a sua natureza operativa, mesmo sendo um momento do avanço do ideário da Reforma Sanitária, estará sempre condicionado às forças econômicas hegemônicas.

Posições que interpretam a noção de igualdade e universalidade a partir dos limites estruturais vigentes consideram que, se não há definitivamente recursos para todos é preciso adequar os princípios às condições do Estado (diga-se: Estado dominado pelos interesses da burguesia). O argumento submetido à nossa crítica irá justificar as demandas por continuidade da reforma do Estado, já iniciada no governo de Fernando Henrique Cardoso (1994-2002), com ênfase na flexibilização das responsabilidades com os direitos sociais das classes exploradas. E a igualdade deverá corresponder às necessidades específicas de cada “grupo social”, intensificadas pelas iniciativas de responsabilização social e individual, priorizando parcerias público-privado, construindo “novas” formas de participação política e social.

A noção de igualdade social, baseada no materialismo histórico, compreende as condições iguais para a socialidade humana, para o livre desenvolvimento de cada um; ou seja, quando estas condições são iguais para todos, quando a riqueza socialmente produzida é apropriada igualmente por todos, as diferenças de cada um poderão se manifestar de modo pleno e emancipado, de modo que o “*livre desenvolvimento de cada um é a condição do livre desenvolvimento de todos*” (Marx, Engels – *Manifesto do Partido Comunista*). No dia em que todos tiverem acesso igual à riqueza social, nestas condições, é que será possível ao direito não ser igual, mas desigual, “*De cada um segundo as suas capacidades, a cada um segundo as suas necessidades*” (Marx- *Crítica ao Programa de Gotha*).

Acontece que esse avanço no sentido de uma verdadeira emancipação, superação da alienação, do estranhamento inerente às relações capitalistas, só será possível com a superação da contradição fundante, a contradição capital/trabalho. E a miséria de que Marx trata não se reduz à miséria material, mas inclui a miséria

espiritual/subjetiva que tem lugar quando presentes as formas objetivas da alienação humana, a miséria subjetiva e a miséria objetiva são reciprocamente determinadas, tendo em vista sempre que é a partir das condições materiais dadas que as práticas se desenvolvem. Portanto, as formas de consciência são formas de expressão da objetividade da vida social, não se trata nem de “insight subjetivo” e nem de “determinismos econômicos” (Mészáros, 1993:85).

Disto se depreende que um dado direcionamento das práticas constituintes e constitutivas dos complexos da saúde e da educação são práticas essenciais para os processos de re-produção social e trans-formação social. Dadas práticas favorecem a re-reprodução social, a reprodução da sociedade tal como ela precisamente é hoje. A trans-formação (no sentido da emancipação humana) dessa sociedade exige um direcionamento das práticas constituintes e constitutivas qualitativamente diverso. Uma população doente, mal alfabetizada, destituída dos bens culturais já produzidos pela humanidade, tenderá à re-produção das práticas que re-produzem a sociedade nos moldes atuais, isto é, sob a regência do capital, viverá sob condições de escolha reduzida, restrita, subalterna, e terá nas necessidades básicas de sobrevivência o centro de preocupação da sua vida cotidiana. Nestas condições, haverá mais chances que a população concorde com a idéia de que o SUS deve ser para os que não tem recursos (principalmente quando se apresenta isto como alternativa para diminuir as filas e facilitar o acesso), porque seu tempo, sua energia vital, estão totalmente concentrados na prioridade da sobrevivência. Ela não é chamada a opinar porque já elegeu seus representantes, e o poder da decisão política não lhe cabe. Por isto, e porque a vida cotidiana está dividida pelo poder de classe, é “natural” que aquele que dispõe de recursos compre saúde no sistema privado, e aquele que não dispõe de recursos segue na luta da “pequena política” por programas redistributivistas, focalistas. Neste quadro, de condições desiguais para o desenvolvimento individual e coletivo, é que torna-se imprescindível a defesa, a ampliação e a garantia dos direitos universais e igualitários, principalmente na saúde e na educação, porque estes são os meios para criar condições para a emergência de processos de emancipação das relações de expropriação.

Vale rever esta passagem de Marx nos seus “Comentários marginais ao programa do Partido operário Alemão-1875”

“O socialismo vulgar (e com ele, por sua vez, uma fracção da democracia) herdou dos economistas burgueses o hábito de considerar e tratar a repartição como uma coisa independente do modo de produção e

de, por essa razão, representar o socialismo a girar essencialmente em torno da repartição. Uma vez que as relações reais foram, há muito, esclarecidas, para quê voltar atrás?”

Na luta pelo financiamento da saúde é preciso discernir as diferenças ideológicas que estão na base do unísono reconhecimento da carência de recursos. A falta de recursos é o dado empírico, imediato, e o que acontece é que a direção ideo-política da avaliação das suas causas aparece na diferença do sentido social das respostas.

A luta pelo aumento do orçamento da saúde deve estar pautada pela crítica ao modelo econômico, e não por análises que minimizam as contradições sociais e apontam soluções através de mecanismos de participação política que contemplam a coexistência da apropriação privada dos bens sociais e dos meios de produção.

As respostas para a “crise da saúde pública”, para “crise do SUS” - crise que na verdade não é específica da saúde pública e nem do SUS, mas do capitalismo - têm gerado tendências de valorização do debate metodológico e da reivindicação de “novos paradigmas” para o pensamento e as práticas na saúde pública. Como foi visto até aqui, o fundamento destas críticas está na recusa do materialismo histórico, ou na recusa do que denominam “onipotência das abordagens do social”, do positivismo do pensamento médico. Com isto, tais “críticos” buscam provocar uma mudança no sentido e orientação dos pressupostos e propostas presentes na origem do processo da Reforma Sanitária e da legislação da saúde.

Se os pressupostos da reforma estavam dirigidos para a responsabilização do Estado por políticas públicas, universais e igualitárias, baseadas na relação dos condicionantes econômicos e sociais das doenças, as respostas do debate contemporâneo, de cariz irracionalista, supostamente humanizadoras, expressivas de um “terceiro caminho”, têm como objeto o pensamento e as práticas assistenciais. Por outro lado, na mesma tendência “crítica” ao materialismo e à teoria social marxiana, encontra-se um conjunto de respostas que estão mais centradas na preocupação com reformas que incidem sobre a legislação da saúde e no papel do Estado nas “refrações da questão social” (Netto, 1996), e na alteração das práticas de saúde, de modo a tratar a “crise do SUS” (ou o que denominam de “crise da saúde pública”) a partir da alternativa, “terceira via”.

3.3. As Tentativas de destruição da Reforma Sanitária e do SUS.

Até aqui, trabalhamos com a hipótese de que o irracionalismo tem afinidade ideológica com o “terceiro caminho” e que esta tendência tem levado à perda da dimensão das lutas de classes na saúde pública. O desvio do sentido socializante da Reforma Sanitária favorece a predominância do debate metodológico e a tendência à posições próximas à “terceira via” na política. Entendemos que a origem de muitas das respostas – inclusive de sanitaristas protagonistas da história do movimento – se deve a ausência do fundamento ontológico nas suas reflexões epistemológicas, o que contribui para posições ídeo-políticas que impossibilitam a defesa do Sistema Único de Saúde, tal qual garantido na Constituição Federal de 1988.

O objetivo é entender as relações nas quais a saúde pública está imbricada, ligada, aquilo que faz a sua particularidade no conjunto das determinações recíprocas, relações e práticas dos sujeitos em determinadas condições e posições de classe, no Brasil, no Rio de Janeiro, no seu acesso aos recursos disponibilizados pelas instituições. Parte-se também, do entendimento de que todas as mediações que atravessam a saúde de determinada sociedade estão compreendidas nas formas de produção e reprodução ampliada da riqueza, das classes sociais e dos projetos de sociedade em concorrência.

Muitas destas respostas não transcendem o limite da crítica cultural ao capitalismo, negam as possibilidades históricas do socialismo. Embora sustentem alternativas ídeo-culturais contrárias ao individualismo próprio das relações “dominadas pelo mercado”, elas ficam muito próximas das inspirações da “terceira via”, do pensamento social-democrata de consenso de centro, articulando formas de investimentos sociais através da defesa de um “novo Estado democrático” que romperia a divisa entre o público e o privado (Giddens, 2001).

O significado histórico do “terceiro caminho” aqui aludido se situa na contracorrente à razão moderna e por isso mesmo não é capaz de divisar que as potencialidades de emancipação e de liberdade objetiva da razão foram extraviadas pela manipulação instrumental positivista burguesa, própria do capitalismo. Esta orientação abre um enorme flanco para uma posição ideológica com feição irracionalista. Ditas respostas enfrentam os fracassos da saúde pública, no Estado capitalista-monopolista-imperialista, utilizando argumentos que criam expectativas irrealizáveis quanto às possibilidades de mudanças qualitativas neste campo a partir

de mudanças das relações entre profissionais e usuários, isto é, nas subjetividades, valorizando o recurso à intuição, sintetizado na defesa de novos paradigmas/metodologias - nem positivistas e nem materialistas dialéticas. Pretendemos demonstrar, na seqüência, que esta “saída” para a “crise” da saúde se inscreve na direção social que a filosofia assume no pós 1848 e 1968 ⁶⁹.

A expressão “terceiro caminho” referida até aqui, de modo deliberado, pertence à crítica marxista dirigida às posições social-democráticas, neopositivistas e irracionistas porque, ao longo da história moderna, sustentaram ser possível humanizar relações capitalistas, resolver desigualdade sem luta de classe, emancipar através de reformas morais e éticas. Por isso, a escolha da teoria social marxista para enfrentar esta tendência na saúde pública resulta da compreensão de que as categorias sociais, já identificadas nas análises históricas do capitalismo através do materialismo histórico, proporcionam recursos heurísticos para identificação de categorias sociais, histórico-objetivas, presentes na mediação entre o singular, o particular e o universal. A teoria social de Marx requer a clareza e demonstração da sua implicação ideo-política; e tê-la como referência na pesquisa social da saúde supõe ligar-se à prática, à perspectiva de classe e à projeção da superação do capitalismo, onde “humanismo” significa emancipação humana como projeção revolucionária para uma sociedade sem exploração, sem alienação. Então a questão é: o projeto de saúde que contribui na direção de superação capitalista parte das condições de vida e de trabalho da população.

A hipótese é que a negação da perspectiva socialista acaba por ser útil à reprodução do capitalismo no seu estágio atual, na sua forma monopolista-imperialista. Esta é a tese que Lukács cunhou, através da expressão “terceiro caminho”, para designar as respostas que a filosofia burguesa encontrou na sua derradeira etapa – não emancipacionista, no seu estágio imperialista. Lukács identificou o “terceiro caminho” como “o problema ideológico próprio do imperialismo” ⁷⁰. Se na fase progressista, antes do período 1830-1848, o enfrentamento filosófico burguês se dava na contradição idealismo e materialismo ⁷¹, na seqüência, com a resistência operária,

⁶⁹ O movimento de 1968 na França é um marco para o pensamento pós-moderno, cujas bases estão ancoradas na crença da morte do projeto do Iluminismo, na perda de sentido da verdade das ideologias e da razão. Na crítica a este campo podemos destacar Rouanet (1987), Wood e Foster (1999), Ferry e Renaut (1988) e Netto (2004).

⁷⁰ “A filosofia do imperialismo não pode ser compreendida e criticada senão à luz das leis fundamentais da sociedade capitalista, porque é evidente que a influência da estrutura econômica manifesta-se igualmente no domínio da filosofia” (Lukács, 1979, 26).

⁷¹ “O primeiro período é da filosofia burguesa clássica, que vai até cerca do fim do primeiro período do século XIX ou, no máximo, até, 1848. É esta época que dá origem à expressão mais elevada da concepção

o confronto passa a ser entre razão e não-razão. Nesta passagem a contradição é desviada para a sua superfície, para sua aparência, o que já é uma expressão da própria sociabilidade capitalista imperialista, tendo em conta que aparência e essência representam níveis diferenciados do objeto, no caso, a realidade.

No primeiro confronto, materialismo-idealismo - a resposta está na prioridade da existência sobre a consciência, no segundo confronto, a resposta está na razão, porque através dela é possível captar a legalidade do real.

Mas a resposta da burguesia, para este segundo confronto, é uma resposta política, um “terceiro caminho” – nem socialismo, nem capitalismo; a burguesia opta pela crítica filosófica cultural do capitalismo pautada pelo domínio de um agnosticismo que fomenta o conhecimento especializado e distante dos embates econômicos políticos e sociais. Para Lúkács, o

“{...} ”terceiro caminho” filosófico está investido da missão social que consiste em impedir a “intelligentzia” de tirar da crise a conclusão socialista. Por ser indireto, o “terceiro caminho” não deixa de ser uma apologia do capitalismo. Assim, a luta contra o socialismo torna-se, numa medida cada vez mais considerável, a questão ideológica fundamental. É uma luta filosófica contra o materialismo dialético, isto é, tanto contra o materialismo como contra a dialética. No plano da ideologia, essa tendência significa a eliminação conseqüente de toda consideração econômica ou social” (Lúkács, 1979: 45).

Este “terceiro caminho” - tendência atual presente na saúde pública - representa a intenção de “desideologizar” ⁷² os objetos de estudo e as questões centrais das práticas profissionais e, por isso mesmo, contribui para fortalecer e reproduzir os processos de alienação e desqualificação das análises totalizantes. Soluções focais e subjetivistas concorrem para a eliminação das fronteiras e diferenças na legalidade dos processos naturais e sociais e deixam de lado a referência aos aspectos econômicos e políticos dos processos de reprodução social que estão na base das condições e possibilidades de saúde das classes sociais. Esse

do mundo da burguesia, isto é, revolta da burguesia contra a sociedade feudal em declínio. A filosofia desta época codifica os princípios últimos e a concepção geral do mundo, próprios a este vasto movimento progressivo e libertador, que tão profundamente reformou a sociedade. Assistimos agora à transformação revolucionária da lógica, das ciências naturais e das ciências sociais. As intervenções da filosofia nos grandes problema concretos das ciência naturais e sociais mostraram-se férteis e é então que ela se eleva à região das abstrações mais elevadas. É assim que se manifesta seu caráter de universalidade e seu papel de fermento das ciências, que lhe permite descobrir perspectiva novas” (Idem, 31).

⁷² Esta expressão é uma expressão lukasciana a respeito do neutralismo científico inspirado em Weber. Utilizada no texto da “Ontologia Social” - O Problema da Ideologia, Mészáros também adota esta expressão, com mesmo sentido, no seu trabalho “ O poder da Ideologia”.

quadro repercute na formação profissional, na saúde da população usuária, nas relações dos Hospitais Universitários Públicos com o Sistema Único de Saúde e, principalmente, no devir da função social do profissional. A hipótese é que no lugar da emancipação das classes exploradas, a proposta do “terceiro caminho” tende à apologia da “humanização” de relações que são imediatas e fenomênicas.

Todo o esforço de Lukács em resgatar a formulação marxiana pondo em evidência a sua diferença em relação às interpretações positivistas e instrumentais - ocorridas principalmente a partir dos revisionistas, das Internacionais, da Teoria Crítica - foi consumado, principalmente, na sua “Ontologia do Ser Social”. Seu empenho em renovar o pensamento de Marx esteve historicamente relacionado à necessidade de tratar da questão da “manipulação ideológica” e de buscar respostas para os problemas que os movimentos socialistas encontravam para efetivar o projeto revolucionário. Sua elaboração parte exatamente da necessidade de compreensão da realidade social, e o item intitulado “O Problema da Ideologia” (Lukács, 1986) remete à práxis, às reflexões que precedem as decisões entre alternativas no conjunto de problemas relativos à manipulação ou à emancipação da consciência humana.

Segundo Lukács, a ideologia tem uma função social e se forma no conjunto de múltiplas determinações da objetivação humana. Ancorada em bases ontológicas, a ideologia é o termo que precede a consciência e sustenta a ação, por via das respostas dadas aos conflitos sócio-históricos, no conjunto de processos da interação social. A ideologia responde aos problemas da objetivação e da alienação da vida cotidiana.

A vontade de contraposição às tendências anti-marxistas, anti-materialistas dialéticas ou anti-rationais estará apoiada na teoria social de Marx, no método materialista dialético, na leitura de Lukács sobre a obra de Marx. Porque, ao aprofundá-la, Lukács reassimila a centralidade da práxis na constituição do homem, do homem-ser social, tanto nas suas ações cotidianas como nos momentos da produção científica, política ou artística ⁷³.

A centralidade da práxis só pode ser apreendida a partir das bases ontológicas da vida social; e o materialismo histórico é o método instrumento heurístico que dá conta de revelar a dinâmica capitalista no sentido da sua superação, porque

⁷³ Lukács esclarece a impostação ontológica do ser social como um ser da práxis: “qualquer leitor sereno de Marx não pode deixar de notar que todos os seus enunciados concretos, se interpretados corretamente (isto é, fora dos preconceitos da moda), são entendidos – em última instância – como enunciados diretos sobre um certo tipo de ser, ou seja, são afirmações ontológicas” (in *Ontologia*, Cap. ‘Os Princípios Ontológicos Fundamentais de Marx’, pg. 11).

compreende a totalidade e a historicidade das práticas sociais. A apreensão correta, ou seja, a mais próxima do real, deve corresponder à unidade do todo, indissociável no plano ontológico, só podendo ser dissociável para fins analíticos, na necessidade de identificação das mediações entre os diferentes complexos, entre as formas singulares e particulares da vida social e a totalidade⁷⁴. No atual estágio capitalista de domínio do monopólio e do capital financeiro, o todo corresponde à sua forma imperialista. Mesmo com todo o grau de desenvolvimento, sua essência continua sendo acumulação/expropriação do valor trabalho, que comanda e alcança todas as esferas e espaços da vida humana.

A ingerência dos países do capitalismo central sobre os países da periferia capitalista não se restringe à modelação do projeto econômico, a exemplo das programáticas para as políticas públicas do Banco Mundial. Tem sido determinante a função ideo-política deste banco na implementação de políticas sociais e econômicas via financiamento de políticas públicas⁷⁵.

A partir da década de 90, o domínio da ideologia neoliberal foi favorecido pela falência do “socialismo real”, do modelo soviético; e por ter “encontrado legitimação por via democrática” (Netto, 1998: 29). É neste marco que o Banco Mundial estabelece os Programas com Enfoque Setorial Amplo (SWAPS- Sector-wide approaches), com objetivo de estabelecer parâmetros de implementação de reformas setoriais. Tratava-se de enquadrar o Estado para o capital⁷⁶. O conceito de “reforma” significa a “flexibilização” financeira e programática, introdução de parcerias financeiras e técnicas da iniciativa privada junto ao Estado com o objetivo alcançar “accountability”. “Governança” e reforma dos setores públicos são os termos e alvos através dos quais

⁷⁴ A prioridade ontológica do todo sobre as partes é um princípio ontológico de fundamental importância para o investigador da vida social. A totalidade está mediada por um continuo devir. Na discussão da relação dos complexos universal/particular há prioridade ontológica da produção em relação ao consumo. Lukács mostra que há sempre “{...} o traço fundamental da dialética materialista: nenhuma interação real (nenhuma determinação reflexiva) existe sem momento predominante” (in *Ontologia*, Cap. ‘Os Princípios Ontológicos Fundamentais de Marx’, pg. 70). Isto porque ao contrário da noção causal unilateral, mecanicista, as categorias ontológicas são formas de ser que estão em permanente relação de determinação recíproca.

⁷⁵ É extensa e consistente a crítica de vários pesquisadores e militantes da esfera da educação pública sobre a ingerência das instituições financeiras internacionais no país consolidadas na última Reforma Universitária; esta ingerência na esfera particular da educação se articula com a direção neoliberal do capital a nível nacional e internacional (Chauí, 2001) (Leher, 2004) (Neves, 2005).

⁷⁶ “Os SWAPs existem desde o início dos anos 90, e foram usados principalmente no setor social em países da África e do sul da Ásia, por meio da Associação Internacional de Desenvolvimento, uma das cinco agências do Grupo Banco Mundial. Esta abordagem foi motivada pela percepção de que processos amplos e setoriais, liderados pelos próprios países e com coordenação dos diversos agentes, seriam mais eficientes do que diversos projetos separados e com poucas áreas de contato. O objetivo é uma maior harmonização dos mecanismos de implementação, e um maior uso dos sistemas e procedimentos do país” (<http://www.bancomundial.org.br>).

se estabelecerão as mudanças setoriais pretendidas para os países de capitalismo de periferia. No campo da saúde, os programas priorizados são Programa de Saúde da Família e Sistema de Vigilância Sanitária, cujo enfoque é a atenção básica de baixa complexidade e com responsabilização da participação comunitária; o mesmo modelo também é projetado para a educação, centrado no ensino fundamental.

O enfoque ideológico é a valorização do local e do regional, do “investimento nas pessoas”. O relatório “Avanços na agenda da reforma”, do Banco Mundial, mostra que entre 1999 e 2004 foram realizados empréstimos na ordem de US\$6 bilhões para reformas setoriais no Brasil: reforma fiscal, reforma previdenciária e reforma financeira. O programa de Aids brasileiro⁷⁷ é citado como exemplo de sucesso pela redução em até 50% da mortalidade dos portadores do HIV, decorrente da oferta de medicamento na rede pública. Isto é sem dúvida um avanço, mas relevante é ter em conta a contradição, posto que os índices de contaminação das DSTs, com destaque para o HIV, continuam a atingir com mais intensidade as classes trabalhadoras. Entretanto, o desafio não respondido é a redução da transmissão das doenças sexualmente transmissíveis, porque a prevenção da infecção depende de mudanças no quadro sócio-econômico. Nesta “ajuda” financeira do Banco Mundial, não pode deixar de ser observado que também está em jogo o papel das indústrias farmacêuticas internacionais - verdadeiras corporações capitalistas que acumulam enormes dividendos com as demandas da saúde pública, principalmente, sobre as nações pobres onde o controle das doenças é definitivamente agravado pela miséria em que vivem suas populações⁷⁸.

⁷⁷ “O periódico científico (Science) classifica como um grande sucesso o programa brasileiro de combate à doença, mas alerta que dias difíceis podem estar à frente. O grande desafio, segundo a "Science", é manter baixo o custo do tratamento gratuito oferecido aos portadores do HIV no país. "O Brasil produz apenas oito medicamentos anti-retrovirais, e todos eles são fórmulas relativamente antigas. Um grupo de catorze novos remédios oferece muitas vantagens, como menos efeitos colaterais, mais potência e mais eficácia contra formas resistentes do vírus", diz a "Science". O problema é que obter ou fabricar as novas drogas a um preço compatível com o tratamento anual envolve novas negociações com as grandes empresas farmacêuticas que detêm as patentes sobre elas. O cálculo da revista é que o custo anual de cada paciente de Aids para o país saltou de US\$ 1.336 para US\$ 2.500 de 2004 para cá. A "Science" aponta que, para contornar o problema dos custos, o país terá de fazer com a indústria farmacêutica acordos mais vantajosos do que os que estão sendo firmados até agora” (Folha de São Paulo, 28 de julho de 2006).

⁷⁸ É ilustrativa a ofensiva da farmacêutica Novartis contra a legislação Indiana que limita a concessão de patentes às drogas que tenham substâncias inovadoras. “A briga da gigante farmacêutica suíça Novartis pelo patenteamento de uma droga contra o câncer na Índia gerou uma onda de protestos na Europa e na Ásia nos últimos dias. Organizações não-governamentais do setor de saúde apontam que a multinacional poderá prejudicar o acesso a tratamento em países em desenvolvimento caso consiga derrubar na Justiça indiana um dispositivo da legislação local que facilita a produção de medicamentos genéricos, que são mais baratos ... A Índia é considerada a "farmácia" dos países pobres e abastece organizações humanitárias, como a francesa Médicos Sem Fronteiras, que compra do país 80% das drogas contra a Aids que distribui gratuitamente no mundo. Cerca de 9.000 pedidos de patente estão para ser avaliados

O universal, o elemento predominante, como já sinalizado, é o capitalismo monopolista na sua fase imperialista. Lênin, em 1917, detendo sua análise nos aspectos econômicos do imperialismo, considerou que:

“O capitalismo se transformou num sistema universal de opressão colonial e de asfixia financeira da imensa maioria da população do globo por um punhado de países “avançados”. E a partilha deste “saque” faz-se entre duas ou três aves de rapina, com importância mundial, armadas até aos dentes (América, Inglaterra, Japão) que arrastam consigo toda a Terra na sua guerra pela partilha do saque”. (Lênin, 1985)

Mas não deixou de mostrar que o capitalismo se estende por diferentes momentos e espaços vida humana:

“As estradas de ferro nos dão o balanço dos ramos chaves da indústria capitalista, da indústria hulhífera e siderúrgica, o balanço e os índices mais significativos do desenvolvimento do comércio mundial e da civilização burguesa. Como se ligam as estradas de ferro à grande produção, aos monopólios, aos sindicatos patronais, aos cartéis, aos trustes, aos bancos, à oligarquia financeira A desigual repartição da rede ferroviária, a desigualdade do seu desenvolvimento constitui, à escala mundial, o balanço do moderno capitalismo monopolista. E este balanço mostra que, com tal base econômica, as guerras imperialistas são absolutamente inevitáveis durante e enquanto existir a propriedade privada dos meios de produção” (Idem :10)

As conseqüências estão postas na cultura, nas ideologias, nas ciências, tecnologias e nas expectativas e condições de vida das diferentes nações e suas classes sociais. Numa avaliação contemporânea da expansão do imperialismo, Harvey argumenta que a expansão geográfica do capital é uma reação do capital à tendência de queda de lucro:

“Sendo a falta de oportunidades lucrativas o cerne da dificuldade, o principal problema econômico (em oposição a social e político) está no lado do capital. Se se deve evitar a desvalorização, é imperativo descobrir maneiras

pelo governo indiano e o resultado do processo da multinacional poderá influenciar as decisões. Atualmente, segundo os Médicos sem Fronteiras, o tratamento com o genérico indiano sai por US\$ 200 mensais por paciente. No Brasil, onde é patenteado, segundo o laboratório, o governo brasileiro, que fornece a droga, tem custo de R\$ 4.500 mensais (US\$ 2.250) por paciente” (Folha de São Paulo, 18 fevereiro de 2007).

lucrativas de absorver os excedentes de capital. A expansão geográfica e a reorganização espacial proporcionam tal opção. {...} a produção e a reconfiguração das relações espaciais oferecem um forte meio de atenuar, se não de resolver, a tendência à formação de crises no âmbito do capitalismo” (Harvey, 2004: 78).

O que interessa para o capital é a valorização; sua lógica expansionista se recompõe e alcança maior extensividade a partir da divisão social do trabalho. O trabalho expropriado realiza a acumulação e expansão do capital em qualquer momento de seu processo de desenvolvimento. Aí reside a sua essência. E mesmo que se manifeste através de formas diferenciadas, mesmo que varie o grau de autonomia relativa do capital em face do trabalho, não importa, sempre haverá a expropriação de trabalho não pago. Este é o elemento de continuidade no conjunto das transformações que as relações capitalistas alcançaram.

O trabalho expropriado representa gasto de energia vital, gasto de saúde, transformado em custo para o trabalhador. Por isso, ao longo das transformações histórico-sociais, quando a classe trabalhadora passa a constituir-se em “classe para si”, através dos movimentos revolucionários, das reivindicações de direitos sociais e trabalhistas, as políticas universais e públicas representam, mesmo que no limite do sistema capitalista, meio de decréscimo do trabalho não pago, de recompensa e reposição do gasto vital.

É nesta direção que os princípios na Constituição Federal de 1988, universalidade, integralidade e noção de saúde compreendida como condições objetivas da vida social, representam um avanço na defesa e na criação de meios e condições de superar as noções positivistas e liberais da saúde pública.

A teoria social de Marx está comprometida com a revolução social, com a superação da sociedade burguesa, com apreensão da totalidade da vida social. É de Lenin a frase que traduz a síntese de onde parte e retorna a investigação de Marx: “análise concreta da situação concreta”.

As condições de saúde - que todos de alguma forma percebem porque a própria experiência empírica demonstra - condicionam diferentes expectativas de vida e diferentes modos de adoecer e morrer das classes sociais ⁷⁹. Estas condições funcionam como expressão do grau de avanço e de destruição que o capitalismo

⁷⁹ No romance “A Peste”, Camus resume bem a idéia da função das práticas sociais na saúde: “Uma forma cômoda de travar conhecimento com uma cidade é procurar saber como se trabalha, como se ama e *como se morre*”, grifo nosso, (Camus).

alcança. Assim, o conhecimento do objeto - “ideologias nas práticas e debates da saúde pública hoje”, - requer a identificação dos elementos revolucionários ali contidos, desvendando ao máximo os aspectos de continuidade e de ruptura, a partir da apreensão das suas características, propriedades e possibilidades de reprodução⁸⁰. O interesse por este objeto está relacionado à idéia de transformação na saúde, tendo em conta que a “crise da saúde pública”, “crise do SUS”, financeira, conceitual ou política, é, na sua totalidade, a expressão da “crise da sociedade burguesa” que vivemos hoje (Mandel, 1985).

⁸⁰ Não se trata de nenhuma preocupação epistemológica, ao contrário, independente do grau de correspondência das idéias em relação à totalidade da vida social, o alvo da preocupação é com a função social que efetivamente estas exercem nas práticas e nos pensamentos da saúde pública. Este argumento está relacionado à discussão trazida por Lukács, a partir da oposição do jovem Marx à crítica gnosiológica de Kant a respeito da existência de Deus: “{...} a realidade como critério último do ser ou não-ser social” por isso “{...} a função prático-social de determinadas formas de consciência, independente do fato de que elas, no plano ontológico geral, sejam falsas ou verdadeira” (Lukács, Princípios Ontológico: 13 e 14). Mais adiante esse ponto será retomado.

3.3.1. Políticas e Programas Focalistas do Ministério da Saúde

Ao tratar da “crise da saúde pública” as respostas – via o terceiro caminho -, priorizam o aspecto metodológico dos modelos de saúde e das práticas profissionais ⁸¹.

O “terceiro caminho” recusa o positivismo, a teoria social de Marx e a abrangência do Estado brasileiro na consolidação de direitos às classes exploradas e, com isso, exerce a função de negar posições ídeo-políticas totalizantes e universais. O tema “humanização” é introduzido como programa especial de governo e entra na pauta das instituições públicas de saúde como política de saúde. Fazem parte da Política de Humanização, o Programa Nacional de Prevenção de HIV/Aids para Afro-descendentes e o Programa Humaniza SUS.

O Programa Nacional de Prevenção de HIV/Aids para Afro-descendentes foi criado pelo Ministério da Saúde em agosto de 2005. O PN-DST/AIDS segue na corrente do decreto 4.228/02, que institui o Programa Nacional de Políticas Afirmativas no âmbito do governo Federal. Tem como tese central o entendimento de que a “questão racial” é elemento significativo da estruturação das relações sociais e, por sua vez, considera “o racismo e suas interfaces com a saúde pública e direitos humanos”. O objetivo dessa política é promover o combate ao racismo através de programas especiais de saúde que visam oferecer prevenção e acesso aos serviços de saúde à população negra. Suas teses são ilustradas a partir de um elenco estatístico que mostra a vulnerabilidade dos negros em relação às seguintes questões: condição de pauperização; mortalidade infantil; mortalidade e complicações na gravidez, no parto e no puerpério de mulheres negras; acesso aos serviços; acesso às informações sobre prevenção; disparidade de renda e escolaridade e, conseqüentemente, maior risco para AIDS, diante da evidência da pauperização da doença. Estes argumentos, estatisticamente demonstrados, têm a intenção de refutar

⁸¹ Está hipótese, parte do argumento de Mészáros acerca da função que as disputas metodológicas desempenham na luta social, quer os antagonistas estejam conscientes, ou não, da objetividade das suas proposições. “Como pudemos ver, períodos históricos de crise e transição, quando os antagonismos sociais latentes vêm à tona com grande intensidade, são, em geral, acompanhados por agudas “disputas metodológicas”. Estas últimas não são inteligíveis em termos estritamente metodológicos, devendo ser analisadas à luz das reivindicações hegemônicas das partes envolvidas. Assim, não obstante muitas opiniões contrárias, o aumento da preocupação das principais forças antagônicas com questões metodológicas aparentemente abstratas é prova da intensificação das determinações ideológicas que influenciam – intelectual e politicamente – a orientação estratégica dessas forças, quer elas estejam, quer não, conscientes de ser movidas por tais fatores” (Mészáros, 2004, p:324).

a tese de que a eliminação da pobreza resolveria a iniquidade relacionada à população negra. A noção de classe não esclarece a desigualdade refletida nos dados e a diferença social é considerada de ordem cultural e étnica. Significa que políticas públicas específicas para negros podem eliminar diferenças sociais.

Entendemos que não há evidência biológica que coloque o negro em risco para adquirir o HIV; a evidência de risco é a pauperização, onde negros e brancos estão expostos às mesmas determinações das condições de classe. A igualdade social é condição que se sobrepõe à desigualdade genética proclamada pelos ideólogos do século XIX. Parece que o argumento utilizado se apropria das mesmas bases de pensamento, ou seja, passamos a pensar a igualdade a partir da cor da pele, autoproclamada, segundo indicadores adotados recentemente pelo IBGE. Nesse sentido estamos diante de uma **decisão político-institucional que nega a universalidade e toma a aparência como essência**. Recorramos a reflexões de alguns historiadores sobre as políticas afirmativas e seu problema quanto às determinações de classes. Para Maggie e Fry,

“em primeiro lugar não estamos convencidos de que seja possível “corrigir” séculos de desigualdade de qualquer ordem, racial ou não, por meio de uma política de custo zero. Afinal, a política de cotas não tem custo material nenhum. Os nossos “nativos” indicaram muitos custos de outra ordem. O argumento de que as cotas acabarão incentivando animosidades “raciais” não pode ser facilmente descartado, porque a sua lógica é cristalina. Não se vence o racismo celebrando o conceito “raça”, sem o qual, evidentemente, o racismo não pode existir. Iniciativas de ação afirmativa oriundas da sociedade civil produzem consequências semelhantes para aquelas poucas pessoas envolvidas. Mas quando cotas raciais se tornam política de Estado, determinando a distribuição de bens e serviços públicos (grifo nosso), ninguém escapa à obrigação de se submeter à classificação racial bipolar. O impacto sobre a sociedade como um todo não pode ser subestimado, portanto”. (Maggie e Fry, 2002).

A pauperização da AIDS é sinônimo das diferenças de classe que se refletem nos diferentes campos sociais: educação, trabalho e cultura. O risco é fazer uma política de prevenção racial, com base em dados estatísticos que revelam a imediatividade do problema e tornar o problema maior, posto que corre o risco de discriminar uma epidemia discriminando a assistência para negros e para brancos, quando o problema de fundo está nas condições sociais para a prevenção.

Ao contrário, tem-se o exemplo da anemia falciforme, um problema que demanda medidas de saúde pública no sentido da garantia da socialização dos meios

de diagnóstico precoce, do mesmo modo de um conjunto de doenças que acomete a população em geral, principalmente, nos segmentos das classes dominadas. O fato de sua prevalência acontecer entre os negros⁸² representa uma particularidade que deve ser cuidada, considerada, no contexto de uma preocupação epidemiológica de abordagem crítico-totalizante, mas não justifica fazer da atenção dessa particularidade um mecanismo de combate ao racismo via discriminação positiva.

O que interessa é a universalização da atenção através de unidades públicas de saúde equipadas com recursos humanos e tecnológicos que possam disponibilizar, nos diferentes níveis de atenção, ações de complexidade compatíveis com o avanço que a saúde pública é capaz de proporcionar, principalmente, em todas as periferias das áreas urbanas e rurais. Isso exigiria um custo elevado que não corresponde ao gasto proposto por ações parciais “afirmativas”.

Outra intervenção focalista considerada como uma alternativa compatível com as respostas afinada à alternativa de “terceira via” é a “Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão na Saúde” implementada, em 2003, pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

As bases conceituais e ideológicas da política de humanização correspondem à tese do médico sanitário e docente, na época Secretário Executivo do MS e responsável pela elaboração e implementação da política, Prof. Gastão Wagner de Souza Campos. Em sua tese, ele defende que o caminho para a implementação da Reforma Sanitária depende da capacidade de estabelecer a relação entre *produção da saúde e produção de sujeitos* - por isso, o tema da humanização é central; significa *novos modos de cuidar e gerir processos de trabalho* (Campos, 2000). A centralidade dessa discussão está na problemática do poder, sobretudo na crítica ao projeto humanista da modernidade e na definição da humanização da saúde através de um novo humanismo (Benevides, 2005). A repercussão dessa política suscitou no próprio campo da saúde coletiva (Ayres, 2005; Teixeira, 2005) debates com referência aos pensadores Spinosa, Heidegger e Habermas.

⁸² “A anemia falciforme é um exemplo clássico de seleção natural de Darwin/Wallace. É uma doença que surgiu na África, em zonas endêmicas de malária, e chegou ao Brasil, e em toda a América, via tráfico de escravos (Ramalho,1978; Naoum, 1984; Zago,1994; Teixeira,1993; Silva, 1995). Trata-se de uma resposta da natureza que preservou a espécie humana naquele habitat malárico. Na ausência de tal mutação a espécie humana, naquela região, talvez tivesse sido extinta, pois pessoas com anemia falciforme não contraem malária, posto que o Plasmodium não se desenvolve em células em de foice” (Oliveira, 2000:159).

É notável a presença de elementos centrais da genealogia do poder de Michel Foucault ⁸³ na programática da humanização nas teses de Campos. Dois aspectos são centrais na identidade desta relação: o significado do projeto genealógico e o poder. O projeto genealógico está voltado para:

“{...} ativar saberes locais, descontínuos, desqualificados, não legitimados, contra a instância teórica unitária {...} As genealogias não são retornos positivistas a uma forma de ciência mais atenta ou exata, mas anti-ciência” (Foucault, 1979:171).

É a recusa explícita de todas as formas filosóficas ou conceituais da modernidade que compreendem a totalidade. O elemento novo está na “*eficácia das críticas descontínuas, particulares, locais*”; aí reside a nova condição, aquela que é portadora da possibilidade de novo sujeito, nova subjetividade. A crítica é local, e o valor está no “*retorno do saber, dos saberes dominados*”. O projeto genealógico está preocupado com os “*efeitos do poder*” presentes nas instituições, nos discursos científicos. Genealogia é “tática”:

“{...} tática que, a partir da discursividade local assim descrita, ativa os saberes libertos da sujeição que emergem desta discursividade” (Idem:172).

Mas se a genealogia está preocupada com os efeitos do poder, então o que é o poder para Foucault? Foucault responde que esta é uma preocupação teórica que não interessa, porque tanto o marxismo como o liberalismo, definiram o poder, o primeiro pela economia e o segundo pela teoria jurídica clássica. E ao contrário, “{...} o poder não se dá, não se troca, mas se exerce”, e está presente em todas as ramificações da vida, é capilar, “*funciona e se exerce em rede*” (Idem).

A política de humanização sofre na sua origem de um equívoco de avaliação na medida em que não atinge a essência, discutida até aqui, das contradições da saúde pública no Brasil. E, por essa razão, tende a ser funcional às contradições da

⁸³ A obra de Foucault pode ser considerada a partir de três períodos da sua produção. Nos anos sessenta o objeto era a episteme, a estrutura de produção do saber, a racionalidade do saber, “História da Loucura”, “Nascimento da Clínica”, “As palavras e as coisas” e “Arqueologia do saber”. O segundo período, década de setenta, compreende a preocupação com o poder, com as formas de sujeição a partir das relações de poder, nas relações institucionais. É um período de militância política de Foucault, quando elabora sua genealogia do poder. São expressivos seus seminários no “Collège de France”, “Vigiar e Punir”, “História da Sexualidade” e “Microfísica do Poder”. O terceiro período é aquele que se inicia no final dos anos setenta até início de oitenta, Foucault morre em 1984. Neste último período da sua produção, esteve centrada na preocupação com a Ética mais próxima da construção de uma estética de si, com a criação de um sujeito ético; aqui o objeto é o EU, a relação de poder com a própria ação do sujeito, uma ontologia de si.

assistência pública, porque tematiza os aspectos imediatos da relação população-profissionais de saúde, atribuindo à vontade dos sujeitos força determinante na qualidade da assistência.

É indiscutível que a qualificação destas relações depende do enfrentamento das contradições sociais, retorno do debate sobre os determinantes sócio-econômicos da saúde, debate sobre a função ideológica das práticas profissionais. Acontece que, nesta conjuntura, esta opção de tematizar “humanização” como micropolítica, particular, acaba tendo grande chance de entrar na pauta dos debates e práticas, haja vista as expectativas de mudança das condições de trabalho nas instituições de saúde.

O programa de Humanização, limitado à empiria, valoriza a subjetividade, a coresponsabilidade dos profissionais e usuários, o acolhimento e o protagonismo dos sujeitos pelas mudanças no processo de trabalho. A limitação às temáticas micro-institucionais corresponde à tática da genealogia da negação da totalidade social, da razão materialista dialética, da afirmação de verdades e poderes distribuídos em vários pontos da rede - por isso o programa procura atuar em redes.

A Política de Humanização é apresentada como estratégia para qualificar o Sistema Único de Saúde. Propõe a estruturação de “*novas subjetividades*” e novas formas de inter-relação, que fazem parte de processos de “*produção da saúde*”, saúde considerada como valor de uso, capaz de formar uma nova cultura, a partir da “*produção de novas subjetividades/novos sujeitos*”. A redução de filas, a implementação de medidas democratizantes e transversais, como co-gestão, controle social, integração em rede, execução dos direitos dos usuários, capacitação permanente dos profissionais de saúde, constituem os objetivos almejados a partir do problema que é assim definido:

“Se podemos, por um lado, apontar avanços na descentralização e regionalização da atenção e da gestão da saúde, com ampliação dos níveis de equidade, integralidade e universalidade, por outro, a fragmentação dos processos de trabalho esgarçam as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários; o trabalho em equipe, assim como o preparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção ficam fragilizados” (MS-PNH,2004).

Então, para essa política, humanização

“supõe necessariamente ultrapassar as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes saberes/poderes

que se ocupam da produção da saúde” a “construção/ativação de atitudes ético-estético-político em sintonia com o projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde” (MS –PNH,2004).

Todas essas medidas estão centradas em princípios “ético-estéticos e políticos”. Desse modo, a subjetividade e os direitos, tanto dos usuários como dos profissionais, são considerados fatores determinantes para a realização do produto final do “processo de trabalho”, a saúde. O problema, assim colocado, parece estar, nesta perspectiva, em conceber o problema da prática como um problema do “processo de produção”, ou seja, mudando as relações de produção na saúde, se obtém a mudança no produto final.

Na nossa ótica, que se reivindica vinculada a uma concepção ontológica social marxista, a atividade do profissional de saúde não deve ser considerada como trabalho produtivo, mas como práxis, como ideologia. A práxis está intermediada por ideologias e o seu objeto não é transformação a natureza, mas tem uma ampla margem para decisões teleológicas com fundamento é histórico/objetivo.

É preciso qualificar as relações institucionais, as práticas profissionais, mas na perspectiva de socialização e universalização dos bens e conhecimento público em saúde; a vontade política deve estar orientada por uma crítica material e ideológica, que favoreça o reconhecimento das variáveis que condicionam os processos reificantes e ultrapasse a imediatividade dos dados e problemas do cotidiano.

Se tratar da vontade dos sujeitos é imprescindível, há que se ter em conta que essa vontade está mediada por condicionantes de classe e de projeto de sociedade. Na aparência, falar em humanização é um avanço; por outro lado, pode vir a ter um efeito funcional às relações dominantes.

3.3.2. Neopositivismo e a Terceira Via na Saúde

“Estabelecer novos modelos de gestão que garantam os princípios do SUS, mas que permitam que as instituições de saúde operem em base de maior eficiência e qualidade. A recente regulamentação da Lei dos Consórcios e a proposta de adoção de um novo modelo jurídico-institucional para a rede de hospitais abrem novas perspectivas”⁸⁴ (Ministro da Saúde José Gomes Temporão, 2007).

Esta avaliação do novo Ministro da Saúde demonstra sua concordância e disposição em dar prosseguimento ao projeto de reforma do SUS do governo Lula da Silva, especialmente a transformação dos hospitais estatais em Fundações Estatais de Direito Privado. A definição do modelo de gestão do SUS como problema sugere a criação de um novo estatuto jurídico e, ao mesmo tempo, sinaliza a intenção de preservação de seus princípios - isto indica uma contradição.

A mesma contradição pode ser identificada no depoimento de 1981 do atual ministro, como presidente em exercício do Cebes, quando assegurou:

“{...} a luta por melhores condições de saúde da população não pode ser entendida apenas como consequência da conquista da democracia e de melhor nível de vida; tem que ser travada também no interior das Instituições, para se reverter as atuais tendências; isto é, contra a privatização do setor saúde e a favor de um sistema único de saúde..” (Temporão, 1981:10).

Antes de localizar as estratégias político-institucionais que põem em questão os fundamentos do SUS e do projeto da Reforma Sanitária, é preciso observar a base ideológica destas propostas, considerando ideologia uma forma de objetivação das práticas e lutas sociais.

O êxito do capitalismo contemporâneo depende também de mecanismos que garantam a extensão e intensidade de seu ideário em todos os momentos da vida social; isto se concretiza através da manipulação dos fenômenos sociais, da reificação das relações de produção e reprodução, e o positivismo é reconduzido na forma neopositivista como instrumento da sociabilidade burguesa. A discussão desta forma de instrumentação das práticas capitalistas foi desenvolvida por Lukács no capítulo

⁸⁴ Trecho do discurso de posse do sanitarista José Gomes Temporão no cargo de Ministro da Saúde em 19 de março de 2007. In: <http://www.ensp.fiocruz.br/radis/56/web-01.html>.

sobre o “*Neopositivismo*” na “*Ontologia do ser social*” e é com base nesta linha de reflexão que será possível encontrar os elementos explicativos para as negativas dos princípios universalizantes e socializantes do SUS e da Reforma Sanitária.

A tese lukácsina está centrada no problema da subsunção da ciência às exigências de manipulação da vida cotidiana capitalista pela renúncia das necessidades de elaboração de visão de mundo e da neutralidade em relação aos fenômenos ontológicos. Se, no período de ascensão do positivismo, a ciência desafiava com posições universalistas; de outro modo, as teses religiosas a respeito da vida, na configuração atual da manipulação econômica imperialista, passa a ocupar-se das manifestações singulares da alienação social. Isto porque, com o aumento da produtividade do trabalho, do domínio sobre a natureza, das necessidades de regulação social e das mudanças sociais ocorridas a partir das guerras imperialistas e da revolução de 1917; a ciência abandona plenamente a ocupação com a verdade ontológica para o desenvolvimento humano, e passa a atuar intensamente a serviço dos meios de manipulação da vida social;

“{...} não se deve ignorar que a completa absorção da indústria de meios de consumo (e dos chamados serviços) pelo capital é um resultado dos três últimos quartos de século, e do qual se deriva a necessidade econômica de uma manipulação do mercado cada vez mais refinada, desconhecida tanto na época do livre comércio quanto no início do capitalismo monopolista”
(Lukács, cap. Neopositivismo)

Disto resulta, segundo Lukács, o “*acordo espiritual e científico*”, - porque a necessidade de explicação totalizante sobre a origem e os fundamentos ontológicos da vida, reflexões sobre seu sentido e seu significado, inerentes ao processo de desenvolvimento e humanização, de emancipação das formas de alienação - acordo que transfere para a esfera do pensamento religioso a tarefa de desenvolver uma “*concepção de mundo*”. Neste sentido, as posições científicas são indiferentes a estas visões, pois a neutralidade científica “assegura” a distância com qualquer forma de envolvimento ideológico. É claro que esta é apenas uma aparente indiferença, porque, na verdade, o acordo identificado por Lukács é expressão de uma mesma posição, funcional à orientação social que não trabalha com contradição e nem com a perspectiva ontológica de revolução. Ou seja, na direção da

“{...} metodologia neopositivista atual e da direção do desenvolvimento das necessidades religiosas

contemporâneas, há convergência nas orientações gerais, já que ambas esforçam-se de formas diferentes – em conformidade com as diferenças de seus campos, porém são coincidentes, em última análise, no sentido de superar a contradição herdada do passado; assim pode resultar muito fácil para ambas desempenhar uma missão social conjunta (gemeinsamer sozialer Auftrag) e sua respectiva realização” (Idem).

Nesta aparente distância da ciência e religião, incluída também a filosofia, fica a ciência em condições de avanço sem limites, mas preserva a função da neutralidade, das verdades parciais, da hipertrofia do singular e da negação da totalidade ontológica. Esta negativa favorece a “*tendência de homogeneização em uma única objetividade*”, isto é, por princípio o dado ontológico não é levado em conta, - dado que é portador da dialética dos elementos quantitativos e qualitativos dos fenômenos pela sua dinâmica de determinação recíproca dos complexos constitutivos da realidade. Neste caso, prevalece a quantificação, expressão das formas imediatas de manifestação dos fenômenos. Em síntese, há aqui uma afinidade com o pragmatismo, com a realidade imediata, e com o idealismo subjetivo, herança do século XIX que combateu o materialismo histórico a partir da noção de concreticidade como produto da subjetividade.

Mas, sem a pretensão de alcançar na integralidade a rica análise de Lukács, um aspecto deste exame sobre o neopositivismo pode ser destacado para cumprir o objetivo desta discussão, no caso: o problema da “unitariedade da ciência” situado pelo neopositivismo. Este aspecto se refere à aspiração do positivismo por uma ciência unitária, com “afinidade lógica” facilitadora da interlocução entre as áreas limite do conhecimento, um problema puramente epistemológico. Para Lukács,

“uma demanda pela unitariedade da ciência significa, portanto, uma manipulabilidade unitária da totalidade material cognoscitivo, independentemente de como a própria efetividade se constitui, como se não existisse no plano do ser (ontológico) estrutura e dinâmica próprias e, por consequência, com legalidades próprias” (Neopositivismo, sem data).

O interessante é que, ao fazer a crítica a esta pretensão positivista, Lukács apresenta uma categoria de fundamental importância, a “*multilateralidade intensiva e concreta*”. Esta categoria delimita bem a diferença que o materialismo dialético dá ao tratamento da unidade, porque a pesquisa da efetividade é pesquisa das formas objetivas de ser, “*simultaneamente à especialização*” e não está interessada em

unidade de linguagem epistemológica como recurso para facilitar entendimento dos diversos campos. Ao contrário, na investigação da efetividade ontológica, a eliminação das barreiras existentes entre os campos de conhecimento ocorre pelo “*retorno à realidade existente em si indiferente de onde e como seus grupos de fenômenos isolados são academicamente classificados*”. Esta “chave heurística” parece central; a primazia é do objeto, do ser, e a apreensão mais rigorosa, mais próxima deste ser na sua “*multilateralidade intensiva e concreta*”, isto é, aquela que vai permitir a comunicação dos diferentes campos em “*um novo tipo de universalidade*” (Idem).

Esta breve apresentação das categorias chaves do neopositivismo na visão de Lukács ajuda a localizar o que aqui tem sido atribuído como um “terceiro caminho” nas respostas encontradas no campo da saúde pública.

No século XIX, como foi visto, o positivismo alcançou vitórias, através das políticas públicas de controle das epidemias das doenças infecto-contagiosas, sobre as propostas dos reformistas sociais da medicina social e, ao mesmo tempo, serviu de instrumento para a reprodução da força de trabalho para o capital e reforçou os valores conservadores da burguesia. Naquele período, o “terceiro caminho” foi engendrado com vigor nas dissidências dos movimentos revolucionários e na filosofia. Mas a partir das exigências do novo cenário do capital imperialista-financeiro, este positivismo se renova e, sem perder sua base de sustentação nos processos imediatos, tomados como dados externalizados ao ser social, aparece, no século XX, com novas respostas para estas novas demandas do capital ⁸⁵.

⁸⁵ Se no final do século XIX um dos maiores obstáculos ao marxismo no campo do pensamento foi o irracionalismo, como demonstrou Lukács na sua obra “Destruição da Razão”, no século XX, o estruturalismo ocupou este lugar. A questão ontológica que sempre retorna é idealismo ou materialismo, e todas as tentativas de respondê-la, através de um terceiro caminho, tem levado a posições anti-dialéticas e anti-emancipadoras. Carlos Nelson Coutinho, na década de setenta, tratou bem deste problema no pensamento do século XX, na oposição estruturalismo e marxismo, identificando o estruturalismo, como o mestre Lukács já havia sinalizado, como o grande obstáculo do marxismo. O recurso ao abuso de uma longa citação deve-se pela importância das palavras do autor que de tão precisas e claras uma breve resenha poderia por em risco a sua exatidão: “{...} sobre o confronto teórico entre marxismo e estruturalismo, o que digo naquele velho livro. O marxismo, como legatário das melhores tradições do que lá chamo de “herança progressista” da filosofia burguesa, em particular de Hegel, recolhe criticamente desta herança três complexos categoriais: o humanismo, o historicismo e a razão dialética. Todos eles são frontalmente negados pelo estruturalismo. O estruturalismo deve ser visto como uma expressão do que chamava então de “miséria da razão”, termo com o qual – em analogia com a expressão “destruição da razão”, criada por Lukács – buscava designar uma corrente de pensamento que toma o racionalismo formal, instrumental, ou seja, uma razão empobrecida, como único parâmetro do conhecimento humano. Ao contrário da “destruição da razão”, que defende abertamente o irracionalismo, as correntes ligadas à “miséria da razão” (a sociologia positivista, o positivismo lógico, o estruturalismo etc.) limitam o âmbito do que pode ser racionalmente compreendido aos sistemas lógico-formais, que eles chamam de “estruturas”, “epistemes” etc. Neste sentido, é emblemática a última proposição contida no Tratado lógico-filosófico de Ludwig Wittgenstein, escrito quando ele ainda era um baluarte do neopositivismo: “Sobre o que não se pode falar, deve-se calar”. Em outras palavras: o que não pode ser

A novidade reside na particularidade do grau de complexidade da contradição capital-trabalho, o que significa continuidade com avanços, sem rupturas na sua natureza, apenas com novos elementos derivadas deste longo período de domínio, de hegemonia e serventia à lógica da acumulação e reprodução capitalista.

“Os neoliberais podem gabar-se de estar à frente de uma transformação sócio-econômica gigantesca, que vai perdurar por décadas” (Anderson, 1995:19): manter um Estado forte para implementar redução de déficit orçamentário, desregulamentação, “legislação anti-sindical”, corte de gastos sociais, privatização, com conseqüências no aumento da desigualdade, do desemprego.

“Cabe perguntar, por que a recuperação dos lucros não levou a uma recuperação dos investimentos. Essencialmente, pode-se dizer, porque a desregulamentação financeira, que foi um elemento tão importante do programa neoliberal, criou condições muito mais propícias para a inversão especulativa do que produtiva. Durante os anos 80, aconteceu uma verdadeira explosão dos mercados de câmbio internacionais, cujas transações, puramente monetárias, acabaram por diminuir o comércio mundial de mercadorias”. (Idem: 16)

Para Anderson, o ideário neoliberal, tanto na esquerda como na direita, tem efeito acentuado a partir da condição “pós-soviética”. A força ideológica da noção de que *“não há alternativa”* a não ser o capitalismo, se mantém, mesmo com as conseqüências do aumento da desigualdade e desemprego.

As seqüelas da crescente desigualdade, num quadro de recuo do movimento sindical, de mudanças na estrutura de classe, que, bem lembrado por Netto (1995), vem acompanhado pelos novos “traços ideo-culturais” como a “xenofobia”, os particularismos, as hostilidades étnicas”; estas seqüelas têm limites objetivos para a continuidade da sustentação político-democrático deste projeto. Por isso, o desafio está numa análise precisa de sua causalidade, do seu êxito para a identificação de uma crítica com alternativa positiva.

A manifestação mais epidérmica deste quadro é retratada pelos dados registrados na década de noventa, período marcado pelo neoliberalismo tardio brasileiro que, segundo Pochmann (2006), apresenta os maiores índices de

reduzido às regras da razão formal – ou seja – tudo aquilo que diz respeito à estrutura ontológica do real – é condenado à irrazão. Portanto, a redução da racionalidade à sua dimensão instrumental e formalista termina por fazer com que os estruturalistas ponham fora do terreno da ciência (ou seja, para eles, da razão) os temas conotados nas problemáticas do humanismo, do historicismo e da razão dialética, temas que – como disse – são centrais na visão marxista do mundo” (Coutinho, 2006:71).

desemprego na história do Brasil: o “*receituário neoliberal nas políticas públicas, conduziu o Brasil à mais grave crise do emprego de sua história*”⁸⁶ (p.59). O pesquisador identifica que o desemprego é generalizado, atinge todas as camadas sociais e se, em 1986, o Brasil era o 13º lugar no ranking do desemprego mundial, em 2002 ficou na quarta posição perdendo apenas para Índia, Indonésia e Rússia. A queda no emprego assalariado, outra peculiaridade perversa consequente do modelo neoliberal, está associada ao aumento do “emprego assalariado sem registro” pois, em 2003, “*um a cada dois ocupados era assalariado, enquanto em 1980, dois a cada três eram assalariados em todo país*”. Reafirmando a tese da precarização das condições e da remuneração do trabalho, o autor demonstra que a abertura de vagas no mercado de trabalho corresponde às atividades não assalariadas, mas de iniciativa própria e independente. E na distribuição geral do desemprego são as classes de baixa renda as mais atingidas:

*“{...} do desemprego total, nota-se que este afeta, sobretudo, as pessoas economicamente ativas pertencentes às famílias de classe baixa, com rendimento familiar **per capita** inferior a R\$163 mensais (valores reais de setembro de 2002). Em 2002, por exemplo, 62% dos desempregados pertenciam justamente às famílias de baixa renda, com o restante dividido entre famílias de classe média (32,4% do total dos desempregados) e de classe média alta (5,6% desse total)” (Idem, 64).*

Estes dados clarificam o intenso processo de “reestruturação produtiva” do capital e do trabalho. Processo que costuma ser atribuído pela ideologia burguesa como período de decréscimo da importância do trabalho na produção da riqueza. Antunes (2006) mostra que os componentes deste processo de “reestruturação produtiva” não retiram a centralidade do trabalho, mas criam, na verdade, uma particularidade histórica própria desta fase de acumulação com elementos de “continuidade e descontinuidade” relativos aos processos anteriores, ou seja, desenham-se elementos do fordismo e toyotismo, mudanças no padrão de

⁸⁶ O autor sustenta que desde o fim da escravatura até a década de 80, salvo períodos de crise recessiva, o desenvolvimento do assalariamento foi positivo. “O Brasil vive, a mais grave crise do emprego de sua história. Nem a transição do trabalho escravo para o assalariamento, no final do século XIX, nem a depressão econômica de 1929, nem mesmo as graves recessões nas atividades produtivas nos períodos de 1981-1983 e 1990-1992 foram capazes de proporcionar tão expressiva quantidade de desempregados e generalizada transformação na absorção da mão-de-obra nacional quanto a que pode ser identificada nos dias de hoje”(Pochmann,2006:60)

organização sociotécnica, desterritorialização e reterritorialização da produção, interpenetrações entre atividades. De qualquer forma,

“se as formas da reestruturação produtiva têm sido diferenciadas, quando se toma a realidade cotidiana do trabalho um traço praticamente constante tem sido a tendência ao aumento dos mecanismos de desregulamentação e mesmo precarização da força de trabalho” (Antunes, 2006:22).

O que se constata de fato é um quadro de aumento da potência produtiva com aumento da exploração do trabalho.

Na questão colocada por Netto, a tarefa não se limita à crítica do neoliberalismo; com seu positivismo imanente, sua realização deve estar condicionada ao oferecimento de uma alternativa.

Na proposta ideo-política da “Terceira Via”, re-emergente na última década de noventa, estão presentes as categorias neopositivistas descritas por Lukács; esta proposta tem cada vez mais alcançado espaço no debate sobre as perspectivas sobre Reforma Sanitária e o SUS.

Seu grande intelectual é Anthony Giddens, reconhecido e solicitado por Tony Blair na assessoria do programa de reforma da social-democracia, quando cunhou termos que, por si só, já denotam seu significado político, num governo do capitalismo com reformas modernizantes: governança progressiva; nova democracia; esquerda modernizante; parcerias público-privado; novo trabalhismo; novo individualismo; gestão de serviços, apenas para ilustrar as mais representativas expressões, que já fazem parte do vocabulário corrente em várias instâncias institucionais ⁸⁷.

Esta alternativa é apresentada como uma alternativa ao conservadorismo e fundamentalismo de mercado do neoliberalismo. Procura, então, responder as demandas sociais da contradição burguesa através de mecanismos de “coesão social”, porque para este pensamento o desempenho da social-democracia, do Estado de Bem Estar Social e dos socialistas, é ineficiente. Ideologicamente, elimina qualquer antagonismo de classe – direita e esquerda – e declara que na nova ordem social pós-queda do Muro-89, derrocada do Welfare State e o fim do marxismo:

⁸⁷ Cúpula da Governança Progressiva. Reuniões: 1999: Florença, 2000: Berlim, 2002: Estocolmo, 2003: Londres. Pauta: defesa de projeto para além da esquerda e da direita. Participantes do movimento: FHC (até 2002), Lula (2003..), Tony Blair (Grã-Bretanha), Gerhard Scroder (Alemanha) Thabo Mbeki (África do Sul), Netor Kirchner (Argentina), Ricardo Lagos (Chile) Jean Chretien (Canadá), Vladimir Spidla (República Checa), Leszez Miller (Polônia), Meles Zenawi (Etiópia) Helen Clark (Nova Zelândia) e Bill Clinton (ex-presidente dos Estados Unidos). (LIMA, MARTINS, 2005:44)

“O igualitarismo da velha esquerda era nobre em intenção, mas, como dizem seus críticos de direita, conduziu por vezes a conseqüências perversas – visíveis, por exemplo, na engenharia social que deixou em legado de conjunto habitacionais decadentes, dominados pelo crime. O welfare state, visto pela maioria como o cerne das políticas social-democráticas, gera hoje mais problemas do que resolve” (Giddens, 2001:26).

Para esta vertente, as economias socialistas não conseguiram compreender a importância e o significado dos “mercados como fonte de informação” e, do mesmo modo que a social democracia e o neoliberalismo, estão pautadas pelo velho estilo da “ordem-bipolar”. A “Terceira via” é a tentativa de transcender estas referências tradicionais, uma nova etapa da modernidade. Nesta etapa, a centralidade das dinâmicas sociais está a cargo do mercado, das instituições, do conjunto de forças não mais comandadas pelo trabalho ou por classes sociais, mas pela pressão espaço-temporal propiciada pelo declínio do trabalho manual e da ascensão do Estado de corporações empresariais.

“A transformação local tanto uma parte da globalização quanto a extensão lateral das conexões sociais através do tempo espaço” (Giddens, 1991:70)

Não há perspectiva de revolução. O objeto imediato é a sociedade de mercado e o problema é responder as situações que põem em risco a “coesão social”. Coesão, pautada nos moldes da moralidade de Durkheim⁸⁸. A partir do “novo individualismo” se constitui uma forma diferente de promover a inclusão social, inclusão que serve de reposta para o enfrentamento da desigualdade definida como exclusão. Trata-se de “*ênfatisar redes de apoio, espírito de iniciativa e o cultivo do capital social como meio de renovação econômica*” (Giddens, 1991). Defende-se uma forma competente e justa de governar o capitalismo, de “humanizá-lo”. Esta defesa corresponde ao limite da manipulação da imediaticidade da vida cotidiana; trabalha com o aparente, com generalizações sobre o “bem comum”. A atenção volta-se para a parcialidade das verdades, deixando de lado as expressões das contradições fundantes da relação capital-trabalho da propriedade privada, da mais-valia e das lutas de classe.

⁸⁸ “ {...} a divisão do trabalho é a fonte, senão única pelo menos a principal, da solidariedade social” “ Graças à divisão do trabalho ou pelo menos por seu intermédio, se garantiria a coesão social; ela determinaria os traços essenciais da constituição da sociedade” (Durkheim, 1984:65-66).

Como bem analisam Lima e Martins (2005), a “Terceira Via”, ao criticar o socialismo, condena a concepção de homem como sujeito político capaz de definir rumos da história *“porque o mundo em que vivemos não está sob um rígido controle humano, quase ao contrário, é um mundo de perturbações e incertezas”* (Apud Giddens, 45). O mais importante é que ela (a terceira via) nega *“a história como processo de luta de classes”*. A história seria um *“aglomerado de fragmentos, de descontinuidades ou etapas, o que inviabilizaria qualquer tentativa humana de apropriar-se de seu próprio destino, somente restando ajustar-se ao existente”* (Lima e Martins, 46). Nega, pois, a centralidade da categoria “trabalho” e está, portanto, em *“oposição direta à teoria social marxista”*. Justifica, enfim, *“o modo de produção capitalista como o mais adequado à humanidade”* (Idem: 46). Os esforços estão dirigidos para uma nova hegemonia, onde *“o Estado assuma seu papel pedagógico de impulsionar uma nova cultura cívica por meio da renovação organizativa da sociedade civil, visando consolidar a coesão social, o empreendedorismo social e a ação voluntária dos indivíduos”* (Idem:56).

No campo da educação, da formação de mentalidades, esta proposta está ocupada com formação da *“competência cognitiva e emocional”* (Giddens: 2001:135). Isto demanda deste projeto um alcance além da educação especificamente; sua extensão deve atingir as diferentes áreas do Estado e este é ponto propulsor para realização do seu objetivo, o bem comum.

“As parcerias em projetos públicos podem conferir ao empreendimento privado um papel mais amplo em atividades que anteriormente os governos proviam, assegurando, ao mesmo tempo, que o interesse público permaneça dominante. No devido tempo, o setor público pode fornecer recursos capazes de ajudar a empresa a florescer e sem os quais projetos podem fracassar” (Giddens:2001:136).

É no governo de Fernando Henrique Cardoso (1994-2002) que esta proposta é ajustada de modo, integral, sistemático e estruturado às peculiaridades dos interesses e condições das burguesias nacional, internacional e do setor financeiro, ancorada nos argumentos sobre a necessidade de modernização, abertura do Estado para iniciativa privada, um novo projeto societário para o país ⁸⁹. Nesta linha, a base política

⁸⁹ No período da ditadura, o Estado serviu ao capital através da transferência de recursos para os setores privados em todas as áreas. E a repressão ao movimento operário e sindical foi fundamental, a repressão permitiu a super exploração da força de trabalho. A questão colocada agora compreende a continuação

institucional foi definida a partir da reforma do Estado ⁹⁰. O projeto de Reforma da Gestão Pública (1995) foi realizado pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), que, por sua vez, foi criado no mesmo ano, e, extinto em 1998. O intelectual e executor desta reforma foi o Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira (1994-1998). Desde a extinção do MARE, a atribuição da reforma passou para o Ministério do Planejamento e Gestão.

É importante notar que este programa é a expressão da alternativa “terceira via” na vida institucional brasileira; sua capacidade de aderência às particularidades da vida social é exemplificada quando se percebe que, hoje ele está sendo desenvolvido mesmo por aqueles que o criticam e se recusam a serem identificados com ele. É o que tem acontecido com os protagonistas do projeto de reforma do governo de Lula da Silva, tanto seu Ministro Tarso Genro ⁹¹ como os intelectuais da saúde pública defensores da modernização do SUS, ao justificarem a criação de novo regime jurídico para a instituição das Fundações Estatais-Públicas de Direito Privado.

O escapismo destes protagonistas, que rejeitam como verdade a continuidade e avanço das suas propostas em relação ao programa de reforma de Bresser no governo Cardoso, é cristalino. Principalmente, quando confrontados os seus projetos aos princípios e objetivos da proposta “*Uma Nova Gestão Pública para América Latina*” aprovada pelo Centro Latino Americano de Administração para o Desenvolvimento (CLAD) em 1998 ⁹² e às diretrizes contidas no documento “A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde” (MARE, 1998).

Segundo o documento do CLAD, o *laissez faire* neoliberal e o modelo “social-burocrático estatal” não conseguiram diminuir a pobreza e nem criar mecanismos democráticos de inclusão social na América Latina, por isso, a necessidade de um novo Estado, de construir um “*terceiro marco institucional*”, através do novo espaço “público-não estatal”, como um meio de eliminar a dicotomia que contrapõe o espaço público e o espaço privado, de promover inclusão social e a democratização:

deste processo através de um modo de transferência diferente chamado de modernização. A privatização de empresas construídas com recursos públicos é o exemplo mais explícito.

⁹⁰ Documentos do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) são claros manifesto deste projeto (BRASIL, 1995, 1997).

⁹¹ Exerceu a função de titular da Secretaria Especial do Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social (2003); foi Ministro da Educação (2004-2005); Presidente Nacional do Partido dos Trabalhadores (2005); Ministro Chefe da Secretaria de Relações Especiais da República (2006) e é o atual Ministro da Justiça.

⁹² Este documento foi preparado pelo Conselho Científico do CLAD. Em 1995, este conselho era formado por: Bresser Pereira (presidência), Leonardo Garmier Rímolo, Oscar Oszlak, Joan Pstrats i Catalã, Adam Przeworski, Enrique Alvarez Conde e Nuria Cunill Grau. Foi aprovado pelo conselho diretor que é composto por membros que são responsáveis pela implementação de reforma de Estado em 25 países.

“{...} o CLAD defende que o Estado deve continuar atuando na formulação geral, na regulação e no financiamento das políticas sociais e de desenvolvimento científico-tecnológico, mas que é possível transferir o provimento desses serviços a um setor público não estatal {...} não se trata de privatização dos setores públicos na área social. O Estado continuará sendo seu principal financiador e, mais do que isso, terá um papel regulador {...} Essa confusão conceitual provém de uma visão dicotômica que contrapõe o “estatal” ao “privado. Assim, se o Estado não está realizando diretamente a prestação dos serviços, logo eles foram privatizados. Para sair desta dicotomia, o CLAD reconhece a existência de um terceiro marco institucional, espaço público-não estatal. Nesta perspectiva, o conceito de público ultrapassa o de estatal e abrange a capacidade de a sociedade atuar em parceria na provisão de serviços públicos, seja no controle seja na provisão. A Reforma Gerencial do Estado propõe a transferência da prestação dos serviços públicos sociais ao espaço público-não estatal” (CLAD, 1998:13).

Para Genro, a “terceira via” está situada entre o liberalismo clássico e a social democracia, mais próxima a acordos com o neoliberalismo. Neste sentido, o problema estaria em identificá-la como uma continuidade da social-democracia. Para ele, *a esquerda que se coloca na perspectiva da classe operária não tem condições de enfrentar nem o neoliberalismo nem a chamada “terceira via”* (Genro, 2000). Acontece que todas as suas posições estão em relação direta com as posições da “terceira via”, de Giddens, de Pereira e dos intelectuais da América Latina, nos seguintes aspectos essenciais:

- o problema da concentração da renda deve ser enfrentado com políticas econômico-sociais inclusivas, distributivas integradas ao mercado, mas sem torná-lo protagonista;
- a reconstrução da capacidade estatal deve se dar a partir de modelo não burocrático capaz de ampliar a democracia e a participação da comunidade via parcerias;
- na nova estrutura produtiva, são os novos sujeitos de direito, que devem ser percebidos nas suas particularidades;
- a universalização dos serviços públicos está diretamente relacionada à ampliação da extensão da noção de espaço público para além do Estado.

Segundo Genro, a social-democracia propõe a democratização das decisões públicas ⁹³:

⁹³ Lembrando que Giddens frisou muito a importância da “sinergia entre os setores público privado” com vistas ao interesse público, isto como um dos fatores para a solução do problema da crise da democracia,

*“{...} estas visariam organizar as relações mercantis de molde a que se enfraquecesse, não o Estado, mas a burocracia estatal..... novo mundo do trabalho não tem mais seus pés e cérebros vincados no antigo mundo do trabalho industrial, com sua rica tradição reformista, radical ou revolucionária... ao lado destas novas classes trabalhadoras....novos sujeitos, que expressam as suas lutas imediatas como lutas radicais por direitos.... A importância que tem, hoje, ao lado da inclusão social, temas relacionados com um novo modo de vida e um novo padrão civilizatório – que é repellido pelo neoliberalismo- Para tanto, é necessário superar a visão que reserva ao estatismo o **papel absoluto**, para a construção de uma “sociedade inteiramente outra”, compreendendo **o espaço público como um espaço que compreende e excede o Estado, e que tem um caráter estratégico para construção da democracia socialista**” grifo nosso (Genro, 2000).*

Na seqüência destas identidades teóricas, os aspectos metodológicos da reforma apresentam a evidência da identidade orgânica.

Note-se que, em 1998, a proposta de reforma administrativa do sistema de saúde introduziu arranjos de descentralização do sistema, de modo a criar formas competitivas, como as propostas de organização das demandas de saúde. Dentro do sistema de atendimento do Sistema Único de Saúde, foi criado um “*Subsistema de Entrada e Controle de um Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar*”; os consórcios ⁹⁴ são formas específicas deste modo de descentralização com o argumento de aumento da competitividade e controle das unidades financiadas pelo SUS. Mas este era apenas o início da “terceira via” para o Sistema Único de Saúde: primeiro, organizar a demanda e, depois, o caminho deveria contemplar os hospitais estatais. Foram implementadas algumas formas de parceria publico-privado através das as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPS), mas estas tiveram caráter segmentado. A segunda etapa da reforma, de alcance universal, ficou apenas sinalizada:

“Os Hospitais estatais deverão, em princípio, ser transformados em organizações sociais, ou seja, em entidades públicas não-estatais de direito privado com autorização legislativa para celebrar contratos de gestão com poder executivo e assim participar do

posto a sua causa reside no fato de que a democracia não foi “suficientemente democrática”. (Giddens, 2001:81,108) Segundo Tonet, os intelectuais de hoje, no lugar da defesa da revolução buscam “a democratização do Estado e do capital, para estes não existe mais sujeito histórico e o alcance da totalidade é impossível”. (1997:16)

⁹⁴ Esta proposta está contida no documento “A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde”, caderno 13, MARE, Brasília, 1998.

orçamento federal, estadual ou municipal. Esta “publicização” dos hospitais estatais, entretanto, não integra a reforma administrativa ora proposta {...} A nova idéia é a de concentrar os esforços do governo no financiamento e no controle dos serviços prestados por esses serviços, ao invés do oferecimento direto pelo Estado {...}. Os hospitais e ambulatórios deverão, em princípio, serem órgãos públicos não-estatais, competindo entre si no fornecimento de seus serviços ao SUS” (MARE, 1998:17)

É importante atentar que neste mesmo período, 1998, o CLAD havia aprovado as propostas de Reforma Gerencial para América Latina.

Mas, é no governo Lula da Silva, em 2006, que esta ideologia se materializa integralmente como proposta de governo através do Projeto de Lei Complementar do Governo Federal ao instituir a transformação dos hospitais estatais em Fundações Públicas de Direito Privado. O projeto foi apresentado pela primeira vez ao público durante o seminário “Fundações Governamentais de Direito Privado”, no Centro de Estudos da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (CEENSP) em outubro de 2006. Intitulado: “*A Conversão dos Institutos e Hospitais do Ministério da Saúde em Fundações Governamentais de Direito Privado*”. O texto da proposta governamental, apresentado sob forma de tópicos, estilo “*power point*”, foi elaborado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA)⁹⁵, por SUNDFELD Advocacia/SP⁹⁶ e por técnicos dos Projetos de Inovação Gerencial do Ministério do Planejamento. A sessão de divulgação teve uma apresentação voltada para o convencimento do público sobre as vantagens da proposta, no sentido estrito de defesa de teses. Não havia intenção de debate para mudanças, mas de informação, convencimento e comunicação através de seus autores-protagonistas.

O fôlego da reforma não se limita à saúde; começa por ela e tem objetivo de implementar a mudança de modelo “jurídico-institucional” nas áreas consideradas como atividades não exclusivas do Estado: educação, assistência social, cultura, meio ambiente, ciência e tecnologia.

Voltando ao documento do CLAD, de 1998, é possível identificá-lo como fonte de inspiração, reprodução de conceitos e estratégias de terceira via para a reforma do

⁹⁵ IDISA é uma entidade sem fins lucrativos, criada em 1994 em Campinas- São Paulo, presta assessoria e consultoria a instituições públicas e privadas. Na presidência da entidade Elba Montovanelli e na presidência do conselho superior Lenir Santos. <http://www.idisa.org.br> .

⁹⁶ Autores: Creuza Azevedo (ENSP), Francisco Campos Braga Neto (ENSP), José Carlos da Silva (IDISA), Lenir Santos (IDISA), Victor Grabois (ENSP), Carlos Ari Sundfeld – Sundfeld Advocacia e na coordenação - Pedro Barbosa (ENSP)

SUS seguindo a máxima “*Reconstruindo o Estado e recuperando a Governança*”. Eis os principais pontos da proposta do CLAD para América Latina:

- “o novo papel do Estado contempla formulação, financiamento, supervisão e regulação das políticas públicas”,
- “aumento da eficácia, eficiência e efetividade da administração pública”,
- “aumento do grau de accountability (responsabilização) do sistema”
- “inspirado nas transformações ocorridas no setor privado, as quais tem alterado a forma burocrático-piramidal de administração, flexibilizando a gestão, diminuindo os níveis hierárquicos, e, por conseguinte, aumentando a autonomia de decisão dos gerentes - daí o nome gerencial.”
- ““responsabilização” dos administradores, avaliados pelos resultados efetivamente produzidos”
- “agilidade e flexibilidade”
- “profissionalização da alta burocracia/ constitui núcleo central estratégico para fundamentar na formulação, supervisão e regulação das políticas, uma elite burocrática tecnicamente bem preparada”,
- “não adoção de um padrão único de regime jurídico ou de contratação”
- “descentralização da gestão como caminho da modernização”
- “contrato de gestão, baseado em metas quantitativas e qualitativas, uma administração pública baseada em resultados”
- “vantagens do espaço público não-estatal, flexibilidade da administração pública, os grupos sociais que possuem esse espaço público não-estatal, em sua maioria possuem motivação que vai além da pecuniária, aumento da capacidade de cooperação Estado-comunidade, democratização da gestão” (CLAD, 1998).

No texto, “*A Conversão dos Institutos e Hospitais do Ministério da Saúde em Fundações Governamentais de Direito Privado*” (CEENSP-2006), o lema central está na idéia de modernização, eliminação do burocratismo estatal, criação de modelo jurídico mais ágil, autonomia dos gestores, contratos de gestão, avaliação por cumprimento de metas, flexibilização das relações de trabalho, descentralização...

“A Reforma Bresseriana, na área administrativa, não buscou introduzir processos modernos de gestão, mas tão somente transferir para o setor privado a gestão pública.{...} Daí, a urgente necessidade de se reformar a gestão. Mas não apenas na dimensão da sua transferência a terceiro, como tem ocorrido, mas também dentro do próprio Estado, sempre que possível” (Santos L., 2006b)

É difícil negar que esta proposta representa o segundo momento da reforma Bresser; sua identidade com as indicações do CLAD para América Latina é clara. A

primeira etapa bresseriana implantou a idéia da gerência, as Organizações Sociais⁹⁷ foram introduzidas, principalmente, em São Paulo. Agora está em pauta uma reforma ampla e interna do sistema atingindo o SUS integralmente.

Transformar as unidades hospitalares públicas em fundações públicas de direito privado é abrir espaço para os interesses de mercado na assistência, no ensino, na pesquisa e na tecnologia e, portanto, suas dimensões são amplas. Incompreensível é a defesa do regime de fundação quando a história das fundações de apoio nas universidades públicas já confirmou que a autonomia representa beneficência individual com recursos públicos, como demonstraram os estudos da Associação de Docentes da USP, que na seqüência serão abordados.

No texto de defesa da criação das Fundações Governamentais de Direito Privado, constam argumentos que defendem que a crise na saúde é uma crise de gestão, por isso é preciso reestruturar o Estado para dotá-lo de eficiência e qualidade. Se o modelo SUS nasce na contramão da emergência do neoliberalismo, cabe então, segundo esta proposta, criar formas de gestão compatíveis com esta nova condição neoliberal.

“A crise do Estado e a reforma administrativa. A crise do Estado-Providência tomou fôlego nos anos oitenta apontando para um Estado Mínimo. Nessa mesma época, sem nunca termos tido um Estado Providência, e o Brasil tentava alcançá-lo pela “Constituição Cidadã”. Foi nessa contramão do Estado nos países centrais que surgiu, no Brasil, a universalização do direito á saúde. Nasceu sob a égide da contradição: uns querendo a sua efetividade e outros a sua mitigação” (Santos L.,2006b)

Este novo modelo confere vantagens aos gerentes privados, entre elas, imunidade tributária, isenção de pagamento da seguridade e de imposto de importação, estas vantagens não correspondem às condições oferecidas aos servidores públicos, profissionais da saúde. Estes não contarão mais com o Regimento Jurídico Único (RJU), serão transferidos, recontratados pela Consolidação

⁹⁷A experiência de São Paulo com as Organizações Sociais de Saúde já reserva uma larga experiência. “Uma Nova Era do SUS” é o título da seguinte matéria: “O Secretário de Estado da Saúde de São Paulo, Luiz Barradas Barata, em artigo publicado no jornal Correio Popular de 20/04/2007, destacou as parcerias que as instituições públicas tem firmado com as privadas e que impulsionaram o projeto das Organizações Sociais (OSs). Frisou ainda, que “o advento Parcerias Público-Privadas (PPPs) pode representar um novo paradigma para a boa gestão da saúde. O governo de São Paulo começa a caminhar nessa direção, e o primeiro acordo com a iniciativa privada poderá ser firmado ainda este ano, para a operação da segunda fábrica da FURP (Fundação para o Remédio Popular) no interior paulista. http://www.idisa.org.br/site/paginas/visualiza_conteudo.php?noticia=121&home=1. acesso em 25 de abril de 2007.

das Leis Trabalhistas (CLT). O gerente terá autonomia de demissão e admissão que será por seleção pública.

A eliminação da isonomia jurídica dos profissionais corresponde àquela indicação do CLAD, para necessidade de diferenciação entre, uma elite capacitada, estável e responsável pela avaliação e regulação, e, os executores, que são mencionados não mais como profissionais da saúde, servidores públicos, mas como “pessoas” submetidas à gerência de um moderno e autônomo gestor da Fundação. Este gerente só deverá responder pelos itens acertados no contrato de gestão. Fora isso, ele terá “autonomia de escopo”, que significa liberdade de desenvolver procedimentos não incluídos no contrato, realizar convênios e contratos, pesquisas científicas e tecnológicas e formação profissional. A autonomia é caracterizada como um sistema de gerência, contrato de gestão, “gestão de pessoas” e “inserido no SUS”. O SUS fica então reduzido ao financiamento, controle dos contratos e elaboração das políticas contidas nos contratos.

Pelo visto, não há dificuldade em dizer que se trata de mais uma “contra-reforma” sanitária. Na linha do sub-financiamento, esta investida completa o cenário de desqualificação do projeto socializante do SUS e da Reforma Sanitária. E, pelo que consta, é mais ameaçadora porque, ao inserir o espírito da competição entre profissionais da saúde, num contexto de arrocho salarial e poucos recursos públicos para financiamento de pesquisa e formação profissional, completa o sentido competitivo que Bresser, na década de 90, já havia implantado na base do SUS, através do subsistema de saúde aqui mencionado.

“Sistema de Gestão e Contrato de Gestão, Gestão das Pessoas, inserido no SUS {...} Autonomia flexível no instituto público-estatal. Modelo proposto: nova personalidade jurídica, reconstrução da força de trabalho, novos mecanismos de acompanhamento e prestação de contas, financiamento mediante contratualização e cumprimento de metas. Tudo isso para obter: eficiência, qualidade, foco no cliente, integração no SUS, sustentabilidade, inovação {...} novos mecanismos de accountability. Ganhos esperados: Profissionalização da Gestão, uso mais Eficiente dos Recursos, Ganhos em Produtividade e Qualidade, Sustentabilidade Política, Jurídica e Econômica, Alavancagem Institucional: formulação de políticas, ensino, P&D, Maior integração ao SUS, Maior Controle Social. Assistência. Ensino Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico Gestão das Pessoas Orçamentário-Financeira Administração – logística. Atributos do modelo: autonomia, governança, profissionalização da gestão, financiamento, gestão das pessoas, tecnologia da informação, adequação tecnológica, organização do cuidado” (MARE,1998).

Uma observação, não menos importante, sobre a expressão “organização do cuidado”: A prestação de serviço passa a ser “cuidado” e os profissionais de saúde passam a serem referidos como “pessoas”; então, a inovação está sintetizada na figura de “pessoas que cuidam”/cuidador. Esta mudança introduz uma percepção de desprofissionalização, altruísmo, beneficência, boa vontade, bom senso, voluntarismo, atributos que não requerem qualificação, especialização ou politização do objeto de estudo e intervenção, no caso, a saúde pública. Esta modernização neoliberal é aproximativa das tendências irracionalistas no campo da saúde coletiva.

Por outro lado, este projeto de “contra-reforma sanitária” tem encontrado forças de resistência, como mencionado anteriormente. No Rio de Janeiro, a pesquisa da Profa. Bravo tem realizado vários seminários para o debate e a crítica a este projeto através do *Fórum de Saúde* que a pesquisa instituiu. Este Fórum vem se reunindo na UERJ com representantes da Região Metropolitana I e Região Metropolitana II. Os debatedores convidados são representantes do *Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro*, do CEBES, protagonistas e autores do projeto da ENSP, docentes e pesquisadores. Foram tiradas propostas de encaminhamento de manifestos contra o projeto das fundações. Assim, o processo de luta está sendo encaminhado através da divulgação do debate nos Hospitais Estatais e outros meios de mobilização social. O *Informativo Especial do Projeto Políticas Públicas de Saúde* (UERJ-Abril/Maio-2007) divulga a tomada de posição do Fórum:

“Algumas questões sobre o Discurso do Ministro da Saúde: Não faz referência à concepção de Seguridade Social. Não menciona as propostas defendidas na 3ª Conferência de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: Plano de Cargos, Carreiras e Salários do SUS e Política de Educação Permanente. Não aborda a Saúde do Trabalhador. Defende a adoção de um novo modelo jurídico-institucional para a rede pública de hospitais, ou seja, a criação de Fundações. Na proposta que está sendo formulada o regime seria de direito privado; contratação via CLT(acabando com o RJU); Não enfatiza o Controle Social (não prevê os Conselhos Gestores de Unidades); Não leva em consideração a luta por Plano de Cargo, Carreira e Salário dos Trabalhadores de Saúde; Fragiliza os trabalhadores com a criação de Planos de Cargos por Hospitais. Não questiona o Programa Farmácia Popular que permite o co-pagamento dos medicamentos ferindo os princípios do SUS. Não analisa as Agências Reguladoras (ANS e ANVISA)”

Nos debates, muitas análises e contribuições foram dirigidas para a defesa da Reforma Sanitária e do SUS. Destaca-se a discussão trazida por Granemann (2006)⁹⁸, que analisa o papel das Fundações de Apoio nas universidades públicas a partir de estudos da Associação de Docentes da Universidade de São Paulo (ADUSP). A autora observa que estas fundações fazem parte da dinâmica de transferência de recursos públicos para o setor privado e seu formato acompanha as particulares formas de acumulação do capital, desde a ditadura militar. Os argumentos utilizados para justificá-las como alternativa para as universidades públicas sustentam que as fundações têm capacidade de aumentar recursos para as universidades, autonomia financeira e desburocratizar a vida universitária. Mas os dados da ADUSP revelam que, no caso da USP, com 30 fundações de apoio privadas, esta alternativa para as universidades públicas não leva aos fins esperados. Com relação às fundações, os dados revelam:

- *“as fundações transferem à USP recursos cujo montante equivale a **menos de 2% do Orçamento anual da universidade**;*
- *as maiores fundações repassam à USP, individualmente, somente 5% ou menos de toda a receita que arrecadam anualmente;*
- *os recursos arrecadados são, na sua maior parte, **apropriados privadamente pelos docentes**;*
- *parcela substantiva das verbas auferidas pelas fundações ligadas à USP provém dos órgãos públicos federais, estaduais e municipais. Na década de 90, tais recursos chegaram a representar até 80% da receita total...;*
- *os cursos pagos promovidos pelas fundações tornaram-se uma indústria, comprometendo e ferindo o caráter público da USP...*
- *as fundações apropriam-se do símbolo da USP, utilizando-o como uma logomarca...ocupam prédios e instalações da universidade..*
- *além de quebrar a isonomia salarial, as atividades privadas (cursos pagos, projetos de consultoria e outras) vêm induzindo modificações na graduação e na pós-graduação gratuitas, afetando a grade curricular, o programa das disciplinas e a relação entre docentes e alunos, bem como o objeto das pesquisas, que passou a ser determinado, em larga, escala, pelo mercado;*

⁹⁸ A Profa. Sara Granemann, fez uma apresentação destes dados na sua intervenção em Seminário sobre Projeto das Fundações do Governo, realizado em 30.11.2006, na UERJ.

- *Não há controle efetivo, pela universidade, das fundações, nem das atividades dos docentes em regime de dedicação integral (RDIDP), parcialmente liberados para atividades privadas*” (ADUSP, 2004).

Esta análise consta da “*Carta e documento enviados ao Ministro da Educação sobre as fundações de apoio na USP*” da ADUSP⁹⁹ ao Senhor Ministro Tarso Genro, documento que denunciou a mercantilização do saber promovida pelas fundações, comprometendo seu caráter público. Com relação às fundações de apoio do setor saúde, o documento demonstra a sua função lucrativa e vários questionamentos como a contratação de docentes com verbas do SUS, a segunda porta de entrada devido a convênios com grupo de medicina privada e o certificado de entidade filantrópica que isenta a contribuição previdenciária de funcionários contratados.

Diante disto, fica evidente a dimensão que a função desta mudança de modelo jurídico trará para a Saúde Pública, não só no campo da assistência, como no ensino e na pesquisa. Ao dotar os hospitais estatais de autonomia de direito privado e abrir espaço para que se consolide sua função na pesquisa e na formação profissional, retira dos hospitais públicos, principalmente dos Hospitais Universitários, a centralidade que ocupa na sua natureza de formação para o SUS.

⁹⁹ Aos cuidados da diretoria do Sindicato Nacional do ANDES-SN foi encaminhado o documento que nos referimos, como o título: “Fundações: uma opção privatizante para as universidades”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A crítica ao determinismo biologicista, social, comportamental, intensificada a partir da última década, apesar da justeza de seu alvo, seu método e resultado desguarnecem o fôlego do movimento pela direção socializante da Reforma Sanitária brasileira. A intenção desta crítica é a “produção de subjetividades”, através de práticas educativas de auto-cuidado, avaliações de suscetibilidades para doença, valorização de relações “dialógicas” e de “empoderamento”; tudo isto, constitui um conjunto de reflexões que propõe novos modelos para a saúde pública.

A realidade é considerada em sentido fulgural, por isso, não está em pauta no debate contemporâneo da Saúde Pública, da Reforma Sanitária, a explicitação do projeto de sociedade que se quer defender - apesar de sabermos que toda proposta veicula um projeto de sociedade; como disse Lukács (1959:4) “*nenhuma ideologia é inocente*”. Ao contrário, o que está em que pauta são reflexões acerca das relações intersubjetivas nas suas complexidades e totalidades, o transito entre razão e intuição, a valorização dos sentidos. Nesta direção, a crítica ao cientificismo cometeu um excesso, condenou integralmente a razão moderna ao reducionismo. No nosso entendimento estes temas - tangencialmente explorados neste estudo – expressam uma crise no movimento da Reforma Sanitária.

O debate está ocupado com o objeto das intervenções profissionais, com momentos do planejamento – *epidemiologia* – e da execução – modelo assistencial (Castiel; Czeresnia; Filho e Andrade; Ayres, Junior, Calazans e Filho, 2003). Nesta tendência, o debate conceitual e metodológico é o ponto de arranque para novas práticas na saúde pública que combatam o positivismo e a cultura individualista. Aqui, o antagonismo tem como alvo as noções positivistas de causalidade dos riscos, presentes na tradição dos conceitos e prescrições dominantes de prevenção das doenças e promoção da saúde.

Como demonstramos, a autora Czeresnia, sintetiza bem os principais pressupostos e sentido desta crítica: a “*crise da saúde pública tem origem na “tensão” entre as experiências singulares e subjetivas e a objetividade da ciência*”. É preciso “*redimensionar os limites da ciência*” (Czeresnia, 2003:44,45), porque, esta se

deslocou dos sentidos ¹⁰⁰ e das experiências humanas, da potência vital da saúde, um conceito nietzscheano. Portanto, para a autora:

“Trata-se de relativizar o valor da verdade dos conceitos científicos; utilizá-los, mas não acreditar totalmente neles, abrindo canais para valorizar a interação de sensibilidade e pensamento científico {...} Não é a descoberta de uma novidade, mas a renovação de questões que a modernidade e o pensamento iluminista sufocaram. {...} Trata-se da renovação de velhas filosofias que foram esquecidas e marginalizadas pela crença desmedida na razão e no poder de controle e domínio do homem” (Ibem,44).

Castiel (2003) entende que as “tecnobiociências” incorporam noções de poder adequadas ao projeto neoliberal da promoção de saúde relativas ao individualismo. Até aí podemos concordar, mas a sua resposta tende a um grau de abstração extremado. Para o autor, os indicadores de risco, de estilo de vida, introduzem, através dos novos elementos da biomedicina, neurociências e neurofilosofia, recursos de promoção da saúde e prevenção de riscos de grupos e indivíduos. Então, a vida não se reduz a escolhas, estilos ou “*critérios categorizadores comuns a todos os distintos representantes de classe, baseados na lógica formal*”. Assim, para o autor,

“{...} cada um de nós se relaciona com o viver, primordialmente, consigo mesmo, mediante “fibras” de componentes experienciais misturados que se “torcem” e se relacionam entre si de modos imprevisíveis, gerando “cordas” – ordenações identitárias de aspectos multiformes, com margens de alterações ao longo do tempo. Resultam de trajetórias próprias, que se presentificam singulamente dos modos que forem possíveis, independentes de escolhas marcadas essencialmente pela esfera volitiva” (Castiel, 2003: 91).

¹⁰⁰ É preciso lembrar que, diferentemente, para Marx: “A supressão da propriedade privada é por isso a completa emancipação de todos os sentidos e qualidades humanas. Mas ela é esta emancipação, precisamente pelo fato desses sentidos e qualidades se terem tornado humanos, tanto subjetiva como objetivamente. O olho tornou-se olho humano, tal como se o objeto se tornou um objeto social, humano, proveniente do homem, para o homem. Por isso, os sentidos tornaram-se teóricos imediatamente na sua prática. Comportam-se para com coisa por causa da coisa, mas a própria coisa é um comportamento humano objetivo para consigo própria e para com o homem e inversamente. Eu só posso comportar-me praticamente para com a coisa humanamente, quando a coisa se comporta para com o homem humanamente. A necessidade ou a fruição perderam assim a sua natureza egoísta e a natureza perdeu a sua mera utilidade, na medida em que a utilização se tornou uma utilização humana. Do mesmo modo, os sentidos e o espírito do outro homem tornaram-se minha apropriação própria. Por isso, além desses órgãos imediatos formam-se órgãos sociais na forma da sociedade. Portanto, por exemplo, a atividade, em imediata sociedade com outros etc., tornou-se um órgão da minha exteriorização de vida e um modo de apropriação da vida humana. Compreende-se, que o olho humano frua de modo diferente do olho rude inhumano, o ouvido humano diferentemente do ouvido rude etc”. (Marx, 1974: 97)

Entendemos que nesta tendência, a precedência é conceitual, trata-se de um debate epistemológico sem base ontológica. Neste sentido, suas críticas ao positivismo, ao individualismo e à razão reivindicam “novos paradigmas”, novos instrumentos de conhecimentos, entre eles, a intuição em oposição à razão. É importante frisar, que a intuição faz parte do processo de conhecimento científico, é um momento psicológico: “*nada mais é do que a entrada brusca na consciência de um processo de reflexão até então sub-consciente*” que o pesquisador deve levar em conta (Lukács, 1979:51). No plano do conhecimento, esta tendência representa uma resposta irracionalista que desvaloriza o ponto de vista social e econômico e reduz a sua importância no plano ideológico.

De outro modo, encontramos um segundo campo de debate e proposição explicitamente centrado na avaliação sobre os caminhos da Reforma Sanitária e do SUS. Nele, a “crise da saúde” é atribuída ao sub-financiamento e ao modelo de assistência do SUS. Assim colocado o problema – que entendemos como a aparência do problema -, as alternativas indicadas irão defender a eliminação das distinções entre as esferas pública e privada – projeto da fundação estatal de direito privado – e a humanização das relações institucionais - Política de Humanização do SUS.

Nos preocupamos em mostrar a afinidade ídeo-política destas respostas com os fundamentos da “terceira via”: a “coesão social”, a redução do papel do Estado à função reguladora; a fragmentação e focalização das políticas públicas; o retrocesso da direção universalizante e da igualdade; a aderência às particularidades da vida social e a valorização da participação emocional e cognitiva.

Entendemos que a contradição destas tendências reside na ausência de base ontológica da crítica efetuada; na verdade o que encontramos foi um debate epistemologista da saúde. Por isso, recorreremos à teoria social de Marx e a contribuição da noção de ideologia de Lukács, para o tratamento das categorias sociais centrais da vida social: trabalho, prática social e lutas de classes.

Neste sentido, a “crise” não está no modelo do SUS – o modelo assistencial hegemônico é anterior ao Sistema Único de Saúde. O que reverbera no SUS são as contradições próprias do capitalismo monopolista, das políticas neoliberais. Portanto, a crise instalada reside no próprio movimento da Reforma Sanitária. Os Hospitais Universitários, espaços privilegiados para a formação de uma consciência sanitária crítica e socializante, não refletiram as demandas históricas do Movimento da Reforma Sanitária e, hoje, se encontram vulneráveis aos projetos reformistas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ADUSP Fundações: uma opção privatizante para as universidades. 2004.

<http://www.adusp.org.br/fundacoes/sumula.htm> . Acesso em: outubro de 2006

ALMEIDA, F.N. A ciência da saúde. São Paulo, Hucitec, 2000.

ALVES, M.A. ;TAVARES, M. A. . A Dupla Face da Informalidade do Trabalho- autonomia ou precarização. In: ANTUNES, R. (Org). Riqueza e Miséria do Trabalho no Brasil. São Paulo: Boitempo, 2006.

ANDERSON, P. Balanço do Neoliberalismo. In:SADER, E., GENTILI P. (Org.) Pós-neoliberalismo. As Políticas Sociais e o Estado Democrático. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1995. p.9-23.

ANDES-SN. A Contra-Reforma da Educação Superior: uma análise do ANDES-SN das principais iniciativas do governo Lula da Silva. Brasília, Agosto de 2004.

http://andes.org.br/publicacoes/cadernos_andes_gtp.pdf Acesso em: 20 de maio de 2007.

_____ Análise do Projeto de Lei n. 7.200/2006. A Educação Superior em Perigo. http://www.adur-rj.org.br/4poli/gruposadur/gtpe/analise_pl7200_06.pdf. Acesso em: 20 de maio de 2007.

ANDIFES Reforma Universitária. Proposta da Andifes para a Reestruturação da Educação Superior no Brasil. 2004.

<http://www.adufu.org.br/reforma%20universitaria/proposta%20da%20andifes.pdf> Acesso em: 21 de maio de 2007.

AYRES, J.R.C.M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. In: Ciência e Saúde Coletiva v.10: 561- 571, 2005.

BEHRING. E.R. Brasil em contra-reforma. Desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo, Cortez,2003.

BENEVIDES, R e PASSOS E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. In: *Ciência e Saúde Coletiva* v. 10:561-571, 2005.

BERLINGUER, G. *Medicina e política*. São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1978.

BRASIL Ministério da Saúde. Documento da Política Nacional de Humanização- Marco Conceitual e Diretrizes Políticas (PDF, 183kb) Brasília: Ministério da Saúde, março 2004

_____ Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. Organizações sociais: Cadernos do Mare 2. Brasília:Maré, 1997.

_____ Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado. Brasília: Presidência da República, imprensa Oficial, 1995.

_____ Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde/ MARE, 1998. Caderno Maré da Reforma do Estado; c13. Disponível em:
<http://www.reformadagestaopublica.org.br/documents/mare/cadernosmare/caderno13.pdf>. Acesso em: 5 de fevereiro de 2007.

_____ Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Documento da Política Nacional de Humanização - Marco Conceitual e Diretrizes Políticas [PDF, 183 KB] Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, março de 2004.

_____ MEC/MS/MCT/MP. Os Hospitais vinculados as Instituições de Ensino. Dez. de 2006.Disponível em:
<http://www.fasubra.org.br/arquivos/Uploads/Relatorio_comissao_interministerial_dez_2006.pdf>. Acesso em: 5 de janeiro de 2007.

BRAVO, M.I.S; MATTOSC.M. A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: (org.) BRAVO, M.I.S.; POTYRA A.P.P. *Política Social e Democracia*.São Paulo, Cortez, Rui de Janeiro, UERJ, 2001.

BRAVO M.I., SOUZA , R.O. **Conselhos de Saúde e Serviço Social: luta política e trabalho profissional.** Revista Ser Social. Programa de Pós-graduação em Política Social/Universidade de Brasília. Departamento de Serviço Socail, n. 10. Brasília: SER Social UNB,2002

BRAVO, M.I, MATOS, M.C. O Potencial de Contribuição do Serviço Social na Assessoria aos Movimentos Socais pelo Direito à Saúde .In: BRAVO, M.I. MATOS M.C.(org.) Assessoria, Consultoria & Serviço Social. Rio de Janeiro, 7 Letras, 2006.

BREILH, J. Epidemiologia. Economia, Política e Saúde. São Paulo, UNESP-HUCITEC, 1991.

CAMPOS, G.W.S. Um Método para Análise e Co-Gestão de Coletivos.São Paulo, Editora Hucitec, 2000.

CAMPOS, R.O. Mudando os processos de subjetivação em prol da humanização da assistência. Ciência e Saúde Coletiva 9 (1), 2004.

CAMUS, A. A Peste. Rio de Janeiro, 6 edição, Editora Record, sem data.

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

CARVALHO, A.I. “Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: a Reforma Sanitária como Reforma de Estado”. In: FLEURY.S. (org) Saúde e Democracia. São Paulo, Lemos Editora, 1997.

CARVALHO, G.. Gasto com a saúde no Brasil em 2006. In:Radis Comunicação em Saúde. n.55, março 2007. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/radis/55/web-01.html>>. Acesso em: março 2007.

_____ Contra o financiamento da saúde: bombardeio III – governadores estaduais. In:Radis Comunicação em Saúde. n.55, março 2007a. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/radis/55/web-01.html>>. Acesso em: março 2007 b.

CASTIEL, L.D. O Buraco e o Avestruz. A singularidade do adoecer humano. São Paulo, Papyrus, 1994.

CFESS. Código de Ética Profissional do assistente social e Lei 8662/1993, que regulamenta a profissão de Serviço Social. Brasília: 1993.

CHAUÍ, M. Escritos sobre a universidade. São Paulo, Editora UNESP, 2001.

_____ As Humanidades contra o Humanismo. In: SANTOS, G.A (org) Universidade Formação Cidadania. São Paulo, Cortez, 2001.

CLAD Uma nova gestão pública para América Latina. Relatório do Conselho Latino Americano de Administração para o Desenvolvimento, 1998. Disponível em: <http://www.org.ve/ulltext/ngppor.pdf>. Acesso em: 4 de fevereiro de 2007.

COUTINHO, C.N. Intervenções: o marxismo na balada das idéias. São Paulo, Cortez, 2006.

CZERESNIA, D. ; COSTA, N.R. Teoria do Conhecimento e Epidemiologia: Um convite a leitura de John Snow. In: (Org) CZERESNIA, D.C. Epidemiologia. Teoria e Objeto. São Paulo, Hucitec-ABRACO, 1990.

CZERESNIA, D. Do Contágio à Transmissão. Ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1997.

DONNANGELO, M.C.F Medicina e Sociedade. São Paulo, Livraria Pioneira Editora, 1975.

_____ e PEREIRA, L. Saúde e Sociedade. São Paulo, Duas Cidades, 1979.

DURKHEIM, E. Sociologia (org.) RODRIGUES, J.A. 3 Edição, São Paulo, Ática, 1984.

EVANGELISTA, J.E. Crise do marxismo e irracionalismo pós-moderno. 3 ed. São Paulo, Cortez, 2002. Coleção Questões de Nossa Época.

ENGELS, F. Discurso diante da sepultura de Marx. In: MARX, K. ENGELS, F. Textos Volume II. São Paulo, Edições Sociais, 1976.

FERRY, L. e RENAUT A. Pensamento 68. Ensaio sobre o anti-humanismo contemporâneo. São Paulo, Ensaio, 1988.

FLEURY, S. Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: FLEURY, S (org.) Democracia e Saúde: A luta do CEBES. São Paulo: Lemos, 1997.

FOSTER, J.B. A Ecologia de Marx. Materialismo e Natureza. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2005.

FOUCAULT, M. Microfísica do Poder. 2 edição. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1979.

GARCIA, J.C. Pensamento Social em Saúde na América Latina. São Paulo, Cortez-ABRASCO, 1989

GENRO, T. A Esquerda e a “Terceira Via”: um dilema Teórico e Político em curso. E:/abdl/Programs/Prolides/Seminterjulho2000/TG. Disponível em:<<http://www.tarsogenro.com.br>>. Acesso em: fevereiro de 2007.

GIDDENS, A. A Terceira Via: reflexões sobre o impasse político atual e o futuro da social-democracia. Rio de Janeiro-São Paulo, Editora Record, 2001

GOULART. F.A.A. Tem futuro o SUS? Ou a necessidade de reformar o reformável?. In: Radis Comunicação em Saúde, n.49, setembro de 2006. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/radis/55/web-01.html>>. Acesso em: 02 de outubro de 2006.

GRANDA, E., BREILH, J. Saúde na Sociedade. Rio de Janeiro, Cortez-Abrasco, 1989.

_____ As conseqüências da Modernidade. São Paulo, Editora UNESP, 1991.

HARVEY, D. O Novo Imperialismo. São Paulo, Edições Loyola, 2004.

HOBBSAWN, E.J. A Era do Capital. 1848-1875. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1997.

_____ A Era dos Extremos. O breve século XX 1914-1991. São Paulo, Companhia das Letras, 1995.

IAMAMOTO, M. V. Renovação e Conservadorismo no Serviço Social. Ensaio críticos. São Paulo, Cortez, 1995.

KOIFMAN, S. Apresentação da segunda edição in, SNOW J. Sobre o modo de transmissão do cólera. São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 1999.

LAURELL, A.C. Proceso de trabajo y salud. Cadernos políticos, 17, 1978.

LEHER, R. Para Silenciar os campi. Educ. Soc..., Campinas, v. 25, n.88,2004.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302004300011&lng=en&nm=iso. Acesso em: 2 de maio de 2007. Pré-publicação.

_____ A (contra-) Reforma Universitária do Governo Lula e o fim das fronteiras entre o público e o privado. In: Reforma Universitária do Governo Lula. Reflexões para o debate. NEVES, L.M.W. (org). São Paulo, Xamã, 2004.

LENIN, V. I. O Imperialismo: fase superior do capitalismo. 3 edição. São Paulo, Global, 1985.

LIMA, K.R.S.; MARTINS, A.S. Pressupostos, Princípios e Estratégias. In: NEVES, L.M.W. (Org) A Nova Pedagogia da Hegemonia. Estratégias do capital para educar o consenso. São Paulo, Xamã, 2005.

LOWY, M. Ideologia e Ciencia Social. Elementos para uma análise marxista. 17 ed. São Paulo, Cortez, 2006.

LUKÁCS, G. El salto la Razón. México-Buenos Aires. Fundo e Cultura Econômica, 1959.

_____ História e Consciência de Classe. Porto, Publicações Escorpião, 1974.

_____ Existencialismo ou Marxismo? São Paulo, Livraria Editora Ciências Humanas, 1979.

_____ Os princípios ontológicos fundamentais de Marx. São Paulo, Editora Ciências Humanas. Sem data.

_____ O problema da Ideologia. Segunda Parte- Capítulo 3 da Ontologia do Ser Social. Tradução de Vaissman, E.; Agélica M. Sem data.

_____ Neopositivismo. Primeira Parte- Capítulo 1 da Ontologia do Ser Social. Sem data.

_____ O estranhamento. Segunda Parte – Capítulo 4 da Ontologia do Ser Social. Sem data.

MADEL, T.L. As Instituições Médicas no Brasil. Instuição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1979.

_____ Natural Racional Social. Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna. Rio de Janeiro, Campus, 1988.

MAGGIE, I & FRY, P. O debate que não houve: a reserva de vagas para negros nas universidades brasileiras. Rio de Janeiro, 2002. Enfoques – Revista Eletrônica dos alunos do IFCS/UFRJ, v1, n.01, pp 93-117.
<http://www.ifcs.ufrj.br/~enfoques>. Acesso em: dezembro 2004.

MANDEL, E. La teoría marxista de las crisis y la actual depresión económica. Conferência em seminário: “Marxismo Crítico”, Atenas, 1983. Tradução Revista Sous le drapeau du socialisme, Paris, n. 97-98, 1984, editado em Coyoacan, México, 1985. Reeditada Globalización, Revista de Economía, Sociedad y Cultura, 2003. Disponible em : <<http://www.rcci.net/globalizacion/2003/fg360.htm>>

MARX, K ; ENGELS, F. A Ideologia Alemã. São Paulo, Editora Ciências Humanas, 3. edição, 1982.

MARX, K. Manuscritos Econômico-Filosóficos. Editora Avante, Lisboa, 1974.

_____. Prefácio à Crítica da Economia Política. In: MARX K., ENGELS F. Textos III São Paulo, Edições Sociais, 1977.

_____. O Capital. (Crítica da Economia Políticas) Livro 1: O Processo de Produção do Capital. Volume 1. 6 Edição Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1980.

MÉSZÁROS, I. A necessidade do Controle Social. São Paulo: Ensaio, 1987

_____. Filosofia, Ideologia e Ciência Social. Ensaio de negação e afirmação. São Paulo, Ensaio, 1993.

_____. O poder da ideologia. São Paulo, Boitempo, 2004.

NETTO, J.P. Capitalismo e reificação. São Paulo, Ciências Humanas, 1981.

_____. Ditadura e Serviço Social. Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. São Paulo, Cortez, 1996.

_____. Crise do socialismo e ofensiva neoliberal. São Paulo, Cortez, 1993.

_____. Repensando o balanço do neoliberalismo. In: SADER, E., GENTILI P.(Org.). Pós-neoliberalismo. As Políticas Sociais e o Estado Democrático. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1995. p.29-34.

_____. Capitalismo monopolista e Serviço Social. 2 ed. São Paulo, Cortez, 1996b.

_____. Marxismo impenitente. Contribuição à história das idéias marxistas. São Paulo, Cortez, 2004.

NEVES, L.M.W. (Org) Reforma Universitária do Governo Lula. Reflexões para o debate. São Paulo, Xamã, 2004.

OCKÉ-REIS, C.O.; ANDREAZZI, M.F.S.; SILVEIRA, F.G. *O Mercado de Planos de Saúde no Brasil: Uma criação do Estado?* – Texto para discussão. RJ. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/pub/td/2005/td_1094.pdf> Acesso em: 14 de Dez.de 2006.

OLIVEIRA, F. As Síndromes Falciformes e o PAF/MS. In: O livro da saúde das mulheres negras. Nossos Passos Vêm de Longe.(org) Werneck,J. Mendonça,M. White E.C. Rio de Janeiro: Pallas:Criola, 2000.

OLIVEIRA, F. Meu tipo inesquecível. In: SILVEIRA, M.M. Política Nacional de Saúde Pública. Atrindade desvelada: economia-saúde-população. Rio de Janeiro, Revan, 2005.

POCHMANN, M. Desempregados no Brasil. In:ANTUNES,R (Org.). Riqueza e Miséria do Trabalho no Brasil. São Paulo, Boitempo, 2006. p.59-73.

POSSAS, C. A. Saúde e Trabalho: a crise da previdência social.Rio de Janeiro, Edições Graal, 1981.

_____ Epidemiologia e sociedade: Heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil. São Paulo, Hucitec, 1989.

SAMPAIO, B.A.; FREDERICO, C. Dialética e Materialismo. Marx entre Hegel e Feuerbach. Rio de Janeiro, Editora da UFRJ, 2006.

ROSEN, G. Da Polícia Médica à Medicina Social. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1979.

ROUANET, S. P. As razões do iluminismo. São Paulo, Cia. das Letras, 1987.

SANTOS, L. SUS: contornos jurídicos da integralidade da atenção à saúde. Radis Comunicação em Saúde. N.49, setembro de 2006. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/radis/web-02.html>>. Acesso em: 02 de outubro de 2006.

_____ A Administração Pública. Modelos de instrumentos de gestão no Administração Pública e Indireta e no terceiro setor qualificado pelo Poder Público. Seminário: *Fundações Governamentais de Direito Privado*. Centro de Estudos da

ENSP, 4 de outubro de 2006 b. Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/eventos_processabusca2.cfm?D_evento=3602. Acesso em: 4 de outubro de 2006.

SANTOS, N. R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v.12, n.2,2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200019&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 Mar 2007. Pré-publicação. doi: 10.1590/S1413-81232007000200019

SINGER, P; CAMPOS, O ; OLIVEIRA, E.M. Prevenir e curar. O controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro, Forence –Universitária, 1978.

SINTUFRJ Carta aberta à população. <<http://www.sintufrj.org.br/cartaAberta.htm>> Acesso em: 24 de maio de 2007.

SOLON M.; NUNES A.;GOES G. de et al . Atenção de Alta Complexidade no SUS: Sesiguidade no acesso e no financiamento. V.1 Ipea Brasília, Fev 2005. Disponível em: http://getinternet.ipea.gov.br/economiasaude/adm/arquivos/destaque/alta_complexidade.pdf > Acesso em: 15 Mar. 2007.

SUEDY A.; CERQUEIRA I; NOGUEIRA R. Percepção dos Segmentos do Complexo HUPES frente a Nova Estrutura Organizacional. Salvador-Bahia, 2005. In: http://www.adm.ufba.br/cpa_monografias/turma_0401/percepção_segmentos_complexos.pdf . Acesso em: 20 de abril de 2007.

TEIXEIRA, R.T. Humanização e Atenção Primária à Saúde. In: Ciência e Saúde Coletiva v.10:585-597, 2005.

TEMPORÃO, J.G. Apresentação. In: MELLO. C.G. O Sistema de Saúde em Crise. São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1981.

TONET, I. Democracia ou liberdade? Maceió, Edufal, 1997.

_____ Educação e Concepção de Sociedade. Revista Universidade e Sociedade, Brasília (DF), v.9, n.19,100-104, maio/ago, 1999.

VASCONCELOS, A.M. A prática do Serviço Social. Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo, Cortez, 2002.

_____ *de et al* Profissões de saúde, ética profissional e seguridade social. In: BRAVO, M.I.S. *de et al* (orgs.) Saúde e Serviço Social. São Paulo, Cortez Editora, 2004.

WOOD, E. M. e Foster, J. B. (orgs.) Em defesa da história. Marxismo e pós-modernismo. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1999.

ANEXO

ANEXO I

Tabelas

Tabela 1: Profissionais de saúde dos HU's/RJ

O que é saúde para você?				
	AS	% AS	Demais	% Demais
Conceito de determinação social e econômica da saúde	19	67,86%	48	14,95%
OMS	5	17,86%	173	53,89%
Responsabilidade individual	1	3,57%	15	4,67%
Qualidade de vida	2	7,14%	36	11,21%
Ter acesso aos serviços	0	0,00%	6	1,87%
Não Respondeu	1	3,75%	40	12,46%
Resposta sem conteúdo ¹⁰¹	0	0,00%	3	0,93%
TOTAL	28	100,00%	321	100,00%

Fonte: VASCONCELOS, Ana Maria de. A prática dos profissionais de saúde no município do RJ: Hospitais Universitários. Pesquisa: FSS/UERJ-FAPERJ/CNPq, 2006.

Tabela 2: Profissionais de saúde dos HU's/RJ

Importância da Constituição Federal de 1988 para a prática na saúde

	A.S.	%	Demais	%
Sim	25	89%	139	46%
Não	0	0%	66	22%
Não respondeu	2	8%	30	10%
Não sabe/Desconhece	1	4%	66	22%
Total	28	100%	301	100%

Fonte: VASCONCELOS, Ana Maria de. A prática dos profissionais de saúde no município do RJ: Hospitais Universitários. Pesquisa: FSS/UERJ-FAPERJ/CNPq, 2006.

¹⁰¹ As respostas que não fazem referência ao conteúdo da pergunta, ainda que o profissional de saúde fizesse uma tentativa de responder a questão, foram consideradas "sem conteúdo".

Tabela 3: Profissionais de saúde dos HU's/RJ

Como vê o momento atual que o país está atravessando				
	AS	% AS	Demais	% Demais
Crítica da conjuntura econômica e social	8	28,57%	52	15,12%
Falta de investimento em Políticas Públicas	14	50,00%	91	26,45%
Momento de transição	5	17,86%	72	20,93%
Momento de avanço	0	0,00%	36	10,47%
Desesperança com a política	0	0,00%	17	4,94%
Críticas ao modelo vigente, sem argumento	0	0,00%	28	8,14%
Não Respondeu	1	3,57%	39	11,34%
Não sabe	0	0,00%	2	0,58%
Resposta sem conteúdo	0	0,00%	7	2,03%
TOTAL	28	100,00%	344	100,00%

Fonte: VASCONCELOS, Ana Maria de. A prática dos profissionais de saúde no município do RJ: Hospitais Universitários. Pesquisa: FSS/UERJ-FAPERJ/CNPq, 2006.

Tabela 4: Profissionais de saúde dos HU's/RJ

Papel da Universidade na Sociedade Brasileira

	A.S.	%	Demais	%
Formação profissional para o mercado	8	18%	82	18%
Produção de conhecimento, de pensamento crítico	15	33%	84	19%
Fazer Críticas	7	16%	95	21%
Ensino/Pesquisa	4	9%	45	10%
Desenvolver o país	2	4%	50	11%
Articular Ensino/Pesquisa e Extensão	4	9%	32	7%
Pouca Articulação - Ensino Pesquisa e Extensão	3	7%	20	4%
Resposta sem conteúdo; Não respondeu/ Não Sabe	2	4%	40	8%
Total	45	100%	448	100%

Fonte: VASCONCELOS, Ana Maria de. A prática dos profissionais de saúde no município do RJ: Hospitais Universitários. Pesquisa: FSS/UERJ-FAPERJ/CNPq, 2006.

Tabela 5: Profissionais de saúde dos HU's/RJ

Você considera o SUS viável?				
	AS	% AS	Demais	% Demais
Sim	20	80,00%	168	62,45%
Não	1	4,00%	46	17,10%
Sim e Não	4	16,00%	55	20,45%
TOTAL	25	100,00%	269	100,00%

Fonte: VASCONCELOS, Ana Maria de. A prática dos profissionais de saúde no município do RJ: Hospitais Universitários. Pesquisa: FSS/UERJ-FAPERJ/CNPq. 2006.

Tabela 6: Profissionais de saúde dos HU's/RJ

Você considera o SUS viável? Sim. PQ:				
	AS	% AS	Demais	% Demais
Viável, mas necessita: mudanças, vontade política e luta	17	73,91%	130	56,52%
Pelas experiências que já deram certo	1	4,35%	46	20,00%
Por seus princípios (avanços)	5	21,74%	52	22,61%
Percebe mudanças positivas no seu cotidiano profissional	0	0,00%	2	0,87%
TOTAL	23	100,00%	230	100,00%

Fonte: VASCONCELOS, Ana Maria de. A prática dos profissionais de saúde no município do RJ: Hospitais Universitários. Pesquisa: FSS/UERJ-FAPERJ/CNPq. 2006.

Tabela 7: Profissionais de saúde dos HU's/RJ

Você considera o SUS viável? Não. PQ:				
	AS	% AS	Demais	% Demais
Princípios não contemplam a realidade	1	25,00%	9	10,59%
Problemas na org/invest/planej.	1	25,00%	50	58,82%
Atendimento restrito - não alcança objetivos	1	25,00%	10	11,76%
Não empregado na prática	1	25,00%	10	11,76%
Falta de Política de Saúde séria	0	0,00%	6	7,06%
TOTAL	4	100,00%	85	100,00%

Fonte: VASCONCELOS, Ana Maria de. A prática dos profissionais de saúde no município do RJ: Hospitais Universitários. Pesquisa: FSS/UERJ-FAPERJ/CNPq. 2006.

Tabela 8: Profissionais de saúde dos HU's/RJ**Importância dos Conselhos**

	A.S.	%	Demais	%
Controle Social	10	34%	39	11%
Reivindicação	12	41%	75	21%
Importância Não Justificada	0	0%	21	6%
Críticas e Sugestões	3	10%	64	18%
Não vê importância	0	0%	7	2%
Desconhece/Não respondeu	4	13%	154	43%
Total	29	100%	360	100%

Fonte: VASCONCELOS, Ana Maria de. A prática dos profissionais de saúde no município do RJ: Hospitais Universitários. Pesquisa: FSS/UERJ-FAPERJ/CNPq. 2006.

Tabela 9: Profissionais de saúde dos HU's/RJ

Como se coloca diante do conflito entre instituição e usuários				
	AS	% AS	Demais	% Demais
À favor dos usuários	19	67,86%	18	7,09%
À favor da instituição	0	0,00%	9	3,54%
Não identifica conflitos	3	10,71%	36	14,17%
Não se posiciona	5	17,86%	121	47,64%
Resposta sem conteúdo	0	0,00%	22	8,66%
Não respondeu	1	3,75%	48	18,90%
TOTAL	28	100,00%	254	100,00%

Fonte: VASCONCELOS, Ana Maria de. A prática dos profissionais de saúde no município do RJ: Hospitais Universitários. Pesquisa: FSS/UERJ-FAPERJ/CNPq. 2006.

Tabela 10: Profissionais de saúde dos HU's/RJ

Quais as questões éticas determinantes para a prática profissional?				
	AS	% AS	Demais	% Demais
Compromisso c/ a garantia de direitos da população usuária	5	16,13%	28	6,25%
Autonomia profissional	2	6,45%	10	2,23%
Respeito ao usuário / sigilo Incompleto	14	45,16%	151	33,71%
Respeito aos demais profissionais	3	9,68%	18	4,02%
Respeito aos demais profissionais	2	6,45%	68	15,18%
Questões éticas na pesquisa e no ensino	0	0,00%	10	2,23%
Responsabilidade na conduta profissional	1	3,23%	85	18,97%
Resposta sem conteúdo	0	0,00%	5	1,12%
Não respondeu / Não sabe	4	12,90%	73	16,29%
TOTAL	31	100,00%	448	100,00%

Fonte: VASCONCELOS, Ana Maria de. A prática dos profissionais de saúde no município do RJ: Hospitais Universitários. Pesquisa: FSS/UERJ-FAPERJ/CNPq. 2006.

Tabela 11: Profissionais de saúde dos HU's/RJ

Necessidade de formação especial para supervisionar alunos?				
	AS	% AS	Demais	% Demais
Sim	16	59,26%	293	69,60%
Não	9	33,33%	75	17,81%
Resposta sem conteúdo	0	0,00%	4	0,95%
Sim e não	0	0,00%	7	1,66%
Não respondeu	2	7,41%	42	9,98%
TOTAL	27	100,00%	421	100,00%

Fonte: VASCONCELOS, Ana Maria de. A prática dos profissionais de saúde no município do RJ: Hospitais Universitários. Pesquisa: FSS/UERJ-FAPERJ/CNPq. 2006.

Tabela 12: Profissionais de saúde dos HU's/RJ

Por que não?				
	AS	%AS	Demais	%Demais
Maior importância à experiência prática	3	27,27%	65	37,57%
Maior importância ao investimento pessoal-profissional	2	18,18%	65	37,57%
Formação profissional é suficiente para esta atuação	4	36,36%	31	17,92%
Basta manter-se atualizado	2	18,18%	12	6,94%
TOTAL	11	100,00%	173	100,00%

Fonte: VASCONCELOS, Ana Maria de. A prática dos profissionais de saúde no município do RJ: Hospitais Universitários. Pesquisa: FSS/UERJ-FAPERJ/CNPq. 2006.

Tabela 13: Profissionais de saúde dos HU's/RJ

Por que sim?				
	AS	% AS	Demais	% Demais
Necessita de treinamento específico para supervisionar	11	55,00%	40	24,24%
Porque a graduação é limitada	5	25,00%	7	4,24%
Necessita de melhor formação teórica	4	20,00%	118	71,52%
	20	100,00%	165	100,00%

Fonte: VASCONCELOS, Ana Maria de. A prática dos profissionais de saúde no município do RJ: Hospitais Universitários. Pesquisa: FSS/UERJ-FAPERJ/CNPq. 2006.

Tabela 14: Profissionais de saúde dos HU's/RJ

Orientação de Alunos			
	A.S.	Demais	%
	17		
Orienta	(60%)	189	58,88%
Não Orienta	11(40%)	86	26,79%
Não respondeu	0	46	14,33%
Total	28	321	100,00%

Fonte: VASCONCELOS, Ana Maria de. A prática dos profissionais de saúde no município do RJ: Hospitais Universitários. Pesquisa: FSS/UERJ-FAPERJ/CNPq. 2006.

Tabela 15: Profissionais de saúde dos HU's/RJ

Orienta alunos?				
	A.S.	%	Demais	%
Orienta Informalmente	0	0,00%	19	10,05%
Orienta Formalmente	17	100,00%	170	89,95%
Total	17	100,00%	189	100,00%

Fonte: VASCONCELOS, Ana Maria de. A prática dos profissionais de saúde no município do RJ: Hospitais Universitários. Pesquisa: FSS/UERJ-FAPERJ/CNPq. 2006.

Tabela 16: Profissionais de saúde dos HU's/RJ

Por que não Orienta alunos				
	A.S.	%	Demais	%
Não é sua Atribuição	10	90,91%	34	39,53%
Problemas Institucionais	1	9,09%	3	3,49%
Falta Aluno	0	0,00%	31	36,05%
Falta Tempo	0	0,00%	11	12,79%
Despreparo Profissional	0	0,00%	7	8,14%
Total	11	100,00%	86	100,00%

Fonte: VASCONCELOS, Ana Maria de. A prática dos profissionais de saúde no município do RJ: Hospitais Universitários. Pesquisa: FSS/UERJ-FAPERJ/CNPq. 2006.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)