

GUILHERME SOUZA CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE

**EDUCAÇÃO E PRÁTICA MÉDICA CAPITALISTA:  
LIMITES E POSSIBILIDADES**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção de grau de Mestre. Curso de Pós-Graduação em Educação, Setor de Educação da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vera Regina Beltrão Marques

CURITIBA  
2002

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>CAPÍTULO 1 O MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA E A CONSTRUÇÃO DO HUMANO</b> .....	6
1.1 A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO HUMANO .....	6
1.1.1 O Conceito de Saúde na Perspectiva da Construção do Humano .....	9
1.2 O MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA .....	14
1.2.1 As Forças Produtivas .....	15
1.2.2 As Relações de Produção .....	16
1.2.3 A Reprodução do Modo de Produção Capitalista .....	21
1.2.4 Conseqüências da Necessidade de Acumulação do Capital sob o Capitalismo .....	25
<b>CAPÍTULO 2 A PRÁTICA MÉDICA NO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA, SUAS DETERMINAÇÕES E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A REPRODUÇÃO</b> .....	28
2.1 A PRÁTICA MÉDICA, A PRODUÇÃO E A REALIZAÇÃO DE MAIS VALIA .....	52
2.2 MEDICINA E REPRODUÇÃO: A CRISE DA MEDICINA E AS REFORMAS CONSERVADORAS .....	55
<b>CAPÍTULO 3 A EDUCAÇÃO NO MODO DE REPRODUÇÃO CAPITALISTA</b> .....	71
3.1 A QUESTÃO PEDAGÓGICA, O MÉTODO .....	75
3.2 A TESE DA INADEQUAÇÃO .....	77
<b>CAPÍTULO 4 A EDUCAÇÃO MÉDICA</b> .....	89
4.1 DETERMINAÇÕES DA EDUCAÇÃO MÉDICA E SUAS RELAÇÕES COM A PRÁTICA MÉDICA .....	89
4.2 A APARENTE INADEQUAÇÃO DA EDUCAÇÃO MÉDICA .....	98
4.3 AS “NOVAS” PROPOSTAS DE MUDANÇA .....	100

4.4	AS PROPOSTAS ATUAIS DE MUDANÇA DA EDUCAÇÃO ARTICULADA A UMA “NOVA” PRÁTICA MÉDICA.....	106
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	120
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	123

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho configura um esforço de compreensão das relações entre o modo de formação do médico e seu modo de atuar em nossa sociedade, sob a determinação da lógica do modo de produção capitalista.

Em nossa sociedade encontramos elevado grau de sofrimento humano que se concretiza nos índices de violência, de doença, morte precoce ou sobrevivência em situação extremamente precária, ao lado de um extraordinário desenvolvimento tecnológico mais do que suficiente para permitir a produção capaz de suprir com folga as necessidades humanas, inclusive na área da saúde.

A necessidade de compreender os motivos desta aparente incongruência, no sentido de superá-los, contribuindo para o desenvolvimento de uma sociedade mais saudável, nos levou a realizar este estudo.

Algumas questões que nos inquietavam em torno deste tema orientaram o princípio desta caminhada, pois eram as hipóteses iniciais sobre as quais o estudo foi-se configurando e que enunciaremos resumidamente a seguir:

Primeira hipótese:

Deve haver algum problema na organização de nossa sociedade que, embora tenha atingido um estágio de desenvolvimento que permitiria uma vida com muito menor grau de sofrimento e muito maior grau de realização para todos, não efetiva esta possibilidade para a maioria das pessoas.

Segunda Hipótese:

A medicina pode contribuir, mais do que está contribuindo, para tornar esta sociedade mais saudável, aliviando a dor, prevenindo e tratando o adoecimento,

prolongando a vida, mantendo e recuperando as condições do corpo necessárias para a realização dos projetos de cada indivíduo.

Terceira hipótese:

A educação médica tem o poder de moldar a prática médica. Se devidamente modificada, a formação médica pode produzir os profissionais necessários para esta nova prática.

Quarta hipótese:

Os professores de medicina vêem saúde como ausência de doença, têm sua prática fundada neste conceito, transmitem isto aos alunos e estes, por sua vez, terão também uma prática médica centrada na doença, no biológico, desconsiderando a determinação social do processo saúde doença. Tratando as questões no âmbito individual, não enxergarão suas conexões com as dimensões particular e geral da realidade.

Este estudo tem como objetivos:

- analisar aspectos da organização da nossa sociedade, no sentido de compreender as causas da incongruência apresentada anteriormente;
- identificar as relações entre a prática médica e as características fundamentais desta sociedade;
- identificar as relações de determinação entre a educação e a prática médica;
- identificar a existência de aspectos da educação médica que a impedem de contribuir para a construção de uma sociedade mais saudável, que poderiam ser modificados.

Para tal, parti da minha visão (sincrética) de docente do curso de medicina na área da saúde coletiva, de médico que exerceu por mais de 15 anos a clínica pediátrica, especialmente no serviço público de saúde, das funções de direção e planejamento que exerci neste setor onde até hoje trabalho.

Tive oportunidade de iniciar minha carreira na Saúde Pública numa época de grande investimento na expansão do serviço público de saúde, vivenciando internamente a construção do Sistema Único de Saúde, alimentando, como muitos, uma esperança exagerada na solução dos problemas de saúde de nossa nação.

A frustração de ver o sonho, que foi por tanto tempo acalentado, naufragar nas ondas do neoliberalismo, mantém, em alguns, sempre acesa uma chama quase adolescente de indignação. Eu sou um deles e penso que se aqueles alunos, com os quais tenho a oportunidade de discutir os problemas de saúde, tiverem a oportunidade de vislumbrar que há outras formas muito mais saudáveis de organizar a sociedade, passarão também a mover-se no sentido de contribuir para a sua concretização.

É necessário, no entanto, ultrapassar a fase de sonho. A busca desta transformação deve estar pautada em conhecimentos e idéias fundadas na racionalidade, na ciência.

Buscando ultrapassar os limites da doxa, realizamos uma pesquisa bibliográfica que nos permitiu, além da compreensão mais profunda dos fenômenos até então tomados em sua aparência, a aquisição de um referencial teórico adequado para tal empreendimento.

Se o estudo propunha uma análise científica de aspectos da sociedade, haveríamos que adotar a ciência<sup>1</sup> que possuísse os elementos que permitissem tal análise: o materialismo histórico-dialético.

De posse desta fundamentação inicial e daquela obtida em autores que realizaram uma leitura dos aspectos relativos à educação e à prática médica a partir

---

<sup>1</sup> Seguimos aqui a concepção de Althusser, segundo a qual Marx forneceu-nos, pela primeira vez, os conceitos científicos capazes de nos dar a compreensão do que são as “sociedades humanas” e sua história. Situa, portanto a contribuição de Marx na ordem científica, ao abrir o “continente-História” ao conhecimento científico. ALTHUSSER, L. Sobre a reprodução. Petrópolis: Vozes, 1999.

desse mesmo referencial, parti para a análise das propostas atuais de mudança da formação médica, buscando reconhecer suas potencialidades positivas e negativas.

Trouxe, de minha visão inicial, alguns “vícios” de interpretação dos fenômenos, com os quais convivi, durante todo o trabalho. Foi sempre uma tarefa muito laboriosa livrar-me da “tese da inadequação” tanto da educação como da prática médica, pois aprendi, com os autores consultados, que não é por inadequação da educação que as práticas sociais não alcançam conferir o bem estar para o “conjunto da sociedade”, assim como não é por inadequação da medicina que o “conjunto da sociedade” não alcança níveis de saúde condizentes com nosso estágio de desenvolvimento científico.

É este percurso que procurarei relatar. Os passos, no sentido de desvelar ao máximo a essência dos fenômenos cuja aparência me incomodava, buscando vislumbrar movimentos possíveis no sentido de contribuir para modificar concretamente os aspectos patogênicos de nossa sociedade. Procurei, naturalmente, compreender as possibilidades da educação para esta mudança da prática e as possibilidades da prática médica de realizar mudanças na sociedade.

A exposição deste percurso está estruturada em capítulos nos quais buscamos apresentar os conceitos-chave que fundamentam nossa reflexão.

O primeiro capítulo trata da construção histórica do humano, do conceito de saúde sob esta perspectiva e das possibilidades da realização da saúde nas formações sociais erigidas sob o modo de produção capitalista. Nele procuramos refletir sobre o modo como a humanidade vai-se produzindo, ao criar seus meios de produção, ao produzir e ao ser modificada por sua própria produção, avançando a um novo patamar de humanidade. Buscamos, talvez pretensiosamente, a síntese de um conceito de saúde marxista, baseado neste entendimento materialista de uma realidade humana construída pela produção social, marcada, em cada momento da história, pelo grau de desenvolvimento dos meios de produção e pelas relações de produção que se estabelecem a partir daí.

No segundo capítulo procuramos caracterizar a prática médica predominante neste modo de produção, suas determinações e seu papel na reprodução deste modo de produção.

Buscamos analisar a constituição desta prática no seio da formação social capitalista. Tratamos, portanto, de buscar compreendê-la enquanto parte do processo produtivo, analisando o papel que desempenha na constituição das forças produtivas e na reprodução das relações de produção.

No terceiro capítulo debruçamo-nos sobre a compreensão da educação médica na formação social capitalista. Explicitado seu papel, na reprodução do modo de produção capitalista, buscamos desvendar alguns aspectos do método que nos parecem relevantes para o desempenho de tal papel.

Buscamos também, neste capítulo, destacar a função ideológica desempenhada pela educação e a importância da tese da inadequação nesta questão.

Apresentados os principais aspectos da educação “em geral” que interessam à nossa análise, objetivamos, no quarto capítulo, estabelecer um recorte dos aspectos da educação médica em particular.

Analisamos, então, as determinações mais específicas da educação médica, as características que assume na sociedade capitalista, a função que desempenha em relação à prática médica hegemônica e as antigas e as atuais propostas de mudança, buscando apontar suas potencialidades positivas e negativas.

## CAPÍTULO 1 O MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA E A CONSTRUÇÃO DO HUMANO

### 1.1 A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO HUMANO

O ser humano, para viabilizar sua existência, diferentemente dos outros animais, atua sobre a natureza, modificando-a.

Enquanto os animais obedecem ou subordinam-se às leis da natureza, o homem subordina as leis da natureza a seus desígnios.

A história da humanidade é a história da transformação da natureza pelos homens. O meio em que o homem vive é um meio ambiente social, construído pela humanidade através da transformação da natureza. É um meio antinatural, uma segunda natureza. Segundo KLEIN (1996), tudo o que caracteriza o humano é oriundo da sociedade, não da natureza. Afirmar que o homem é um ser social pressupõe admitir que

o homem é um ser antinatural por excelência, que precisa eliminar, opor-se radicalmente àquilo que é natural, àquilo que é espontâneo, e substituir todas as condutas, os comportamentos, os sentimentos, a inteligência por uma forma humana, ou seja, pela forma produzida pela sociedade na qual o sujeito se encontra inserido.

A humanidade, em cada momento da História, se organiza de uma determinada forma e imprime nos indivíduos daquela sociedade esta forma de ser. (KLEIN, 1996, p.90-91)

Esta ação transformadora do homem sobre a natureza é realizada através do trabalho. O trabalho humano diferencia-se do trabalho dos animais fundamentalmente porque os animais trabalham sempre da mesma forma, instintivamente, adaptando-se ao meio, obedecendo às leis da natureza. O homem,

por outro lado, concebe diferentes projetos e modos de realizá-los, subordinando a natureza e suas leis a seus interesses.

Uma aranha desempenha operações que se parecem com a de um tecelão, e a abelha envergonha muito arquiteto na construção de seu cortiço. Mas o que distingue o pior arquiteto da melhor das abelhas é que o arquiteto figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade. No fim do processo do trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador. Ele não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar sua vontade. (MARX, 1996, p.298)

O trabalho humano cria, assim, novas condições que influem, elas mesmas, sobre a construção do ser humano num novo patamar. O ser humano se constrói, se humaniza ao criar sua condição de existência.

Segundo MANACORDA (2000),

a atividade do homem se apresenta como humanização da natureza, devir da natureza por mediação do homem, o qual agindo de modo voluntário e consciente, como ser genérico ou indivíduo social, e fazendo de toda a natureza o seu corpo inorgânico, liberta-se da sujeição à casualidade, à natureza, à limitação animal, cria uma totalidade de forças produtivas e delas dispõe para desenvolver-se onilateralmente. (MANACORDA, 2000, p.53).

Para este autor, a onilateralidade é “a chegada histórica do homem a uma totalidade de capacidades produtivas, e, ao mesmo tempo, a uma totalidade de capacidades de consumo e prazeres, em que se deve considerar, sobretudo, o gozo daqueles bens espirituais, além dos materiais...”. (MANACORDA, 2000, p 81).

Segundo MARX e ENGELS, em A ideologia alemã, o que o homem é, coincide com sua produção, tanto com o que produz como com o modo pelo qual produz.

“O próprio homem se diferencia dos animais desde o momento em que começa a produzir seus meios de vida... Ao produzir seus meios de vida, o homem produz indiretamente sua própria vida material”. (MARX e ENGELS, p.19).

No entanto, o homem em sociedade é capaz de uma produção muito diversificada, de acordo com seus interesses e necessidades.

Se cada animal é capaz de instintivamente produzir o “seu produto específico”, o homem em sociedade é capaz de produzir os produtos de todas as espécies. Mas isto só é possível como fruto do trabalho social.

“A aranha tece, o urso pesca, o castor constrói diques e casas, mas o homem é simultaneamente tecelão, pescador, construtor e mil outras coisas combinadas de um modo que, devido a que ocorre na sociedade e só é possível através da sociedade...” (BRAVERMAN, 1987, p.71).

Cada indivíduo da espécie humana, isoladamente, não consegue realizar todas as atividades produtivas necessárias, mas a espécie como um todo o consegue. Isso se torna possível, através da divisão social do trabalho. Divisão esta que se torna característica inerente do trabalho humano enquanto trabalho social. “Trabalho executado na sociedade e através dela”. (BRAVERMAN, 1987, p.71).

Neste sentido, BRAVERMAN (1987), afirma que o trabalho como atividade proposital, orientado pela inteligência, é produto especial da espécie humana e esta, por sua vez, é produto especial desta forma de trabalho. Para GARCIA “...el trabajo útil, creador de valores de uso, se constituye en un estímulo que desarrolla las capacidades físicas y mentales del ser humano, es decir, en un productor de salud.” (GARCIA, 1982).

Tudo que se contrapõe a esta construção proposital, orientada pela inteligência, constitui, portanto, uma limitação para a construção do humano, uma restrição da vida humana em sua plenitude, ou seja, um prejuízo à saúde.

### 1.1.1 O Conceito de Saúde na Perspectiva da Construção do Humano

Nesta perspectiva, pensamos que a saúde deve ser entendida como a condição na qual o ser humano pode dispor, na plenitude, de sua potencialidade de desenvolvimento e realização, de autoconstrução enquanto sujeito humano.

Ou, segundo a definição apresentada por GARCIA, “...como el máximo desarrollo de las potencialidades del hombre de acuerdo al grado de avance logrado por la sociedad en un período histórico determinado.” (GARCIA, 1982).

Não nos referimos, portanto, a uma visão humanista, que conduziria à procura constante de uma natureza humana e à definição da condição que permitiria ao homem seu desenvolvimento máximo em um meio social determinado. Como já citamos, entendemos a “natureza humana” como historicamente construída pelo próprio homem, que deve, no entanto, ter condições de utilizar-se daquilo que já foi construído pela humanidade, no sentido de participar ativamente da continuidade desta construção, pois, como nos lembra Klein, “*as capacidades humanas não são inatas nem espontâneas, mas produzidas pelos homens em sociedade.*” (KLEIN, 1996, p.90).

Assim entendida, a saúde representa o processo no qual o homem é capaz de conceber idealmente sua existência, dispondo de uma base material que lhe permita realizar os movimentos necessários para buscar conferir concretude ao projeto idealizado. É a condição na qual o homem é capaz de humanizar-se.

Para poder realizar seus projetos, em primeiro lugar, o homem necessita obviamente estar vivo. Esta condição é necessária, mas, no entanto, não é suficiente. É preciso estar vivo e poder fazer uso de sua força de trabalho, concretizada pela funcionalidade de seu corpo, ter acesso à civilização, ao que foi construído até então pela humanidade em termos de trabalho, alimentação adequada, transporte, moradia, educação, serviços de saúde. Enfim, precisa ter

acesso a tudo que seja necessário para avançar na construção do humano e a liberdade necessária para utilizar sua capacidade de trabalho em favor de si e da sociedade.

Nesta tentativa de aproximação de um conceito marxista de saúde, não nos servem, portanto, conceitos de simples *ausência de doença*, seja esta *uma entidade externa* de natureza mágico-religiosa ou biológica que penetra o organismo humano, seja *uma perturbação da regularidade anátomo-fisiológica*. Entendemos que é possível ter saúde mesmo na presença de doença, desde que esta última não impeça ou atrapalhe o processo de humanização ao qual nos referimos anteriormente.

Não nos servem conceitos de *equilíbrio*, pois a existência humana é pautada na luta contra a natureza buscando transformá-la e subordiná-la a seus desígnios, é o processo de busca sistemática do desequilíbrio do mundo natural. Conseqüentemente, não nos servem também os conceitos ecológicos, segundo os quais saúde representaria o equilíbrio constante na inter-relação entre o agente, o hospedeiro e o ambiente, uma vez que naturaliza o social subtraindo-lhe a historicidade. A sociedade, historicamente construída, passa a ser encarada como um dos aspectos do meio ambiente natural, com o qual o homem (hospedeiro) deve procurar estabelecer uma relação de equilíbrio. Segundo BREILH e GRANDA (1989, p.21), *“esta interpretação deformada permite propor medidas corretivas biológico-ecológicas e em nenhum momento buscar transformações estruturais que atentem contra o equilíbrio do sistema”*.

Toda idéia, portanto, de adaptação como retorno ao “ponto de equilíbrio”, ao estado de homeostasia, destoa de nosso entendimento do que seja saúde, pois, como bem nos advertem LAURELL e NORIEGA (1989), muitos dos processos de adaptação não somente significam a sobrevivência em condições precárias, como também, até, podem converter-se em uma ameaça à própria sobrevivência. Como é

o caso da reação de estresse, o processo de adaptação talvez mais característico da nossa sociedade.

Mas o conceito de saúde fundado na idéia de equilíbrio teima em reaparecer, revestido de uma aparência de modernidade, embora mantendo sua essência reacionária. É o caso da idéia de “estado de completo bem estar físico, mental e social”, como no enunciado da Organização Mundial da Saúde - OMS do final da década de 40, onde bem estar social representa a adaptação ou a subordinação à ordem social estabelecida, sem ameaçar sua estabilidade, seu equilíbrio. Qualquer movimento no sentido contrário deve ser rotulado de doença e, portanto, deve ser tratado até a “cura”.

Citaremos abaixo um trecho da obra de NAVARRO (1979), que ilustra perfeitamente esta idéia de bem estar (adaptação) social e mental, servindo à manutenção da ordem social.

La América del capital conocía demasiado bien el valor y la importancia de controlar la medicina como um instrumento para despolitizar la rebelión, definiendo a los rebeldes como enfermos o desviados, función que todavía tiene hoy. Precisamente, Parsons, sociólogo profundamente conservador, el pensador más influyente de la literatura sociológica em lengua inglesa, describe y aprueba esta función de la medicina, cuando dice: La condición primordial (para un movimiento revolucionario) es la presencia entre la población de motivaciones alternativas que sean suficientemente intensas y se hallen amplia y adecuadamente distribuídas ... Esta motivación alternativa es un requisito previo para el desarrollo de un movimiento revolucionario. Pero, en sí misma, sólo es una forma potencial, susceptible de modificación ... Su fuerza puede dispersarse de muchas maneras, por medio de fantasías, definiéndola como criminalidad y como *enfermedades mentales y psicossomáticas*...

Mais modernamente, ou pós-modernamente, a idéia do equilíbrio reaparece na visão *holística* da saúde como a defendida por Fritjof Capra em "O ponto de mutação", que compreende a saúde como um fenômeno multidimensional, que envolve aspectos físicos, psicológicos e sociais, todos interdependentes. Esta idéia baseia-se na concepção sistêmica da vida, na qual os organismos vivos são sistemas auto-organizadores que têm um alto grau de estabilidade, a qual é

dinâmica e caracterizada por flutuações contínuas, múltiplas e interdependentes. A flexibilidade é a característica fundamental para o sistema ser saudável, isto é, dispor de opções várias para a interação com seu meio ambiente. Quanto mais dinâmico é o estado do organismo, maior será a flexibilidade, independentemente de sua natureza (física, mental, social, tecnológica ou econômica), o que dá capacidade ao sistema de adaptar-se às mudanças ambientais. A perda da flexibilidade (para adaptar-se ao meio ambiente) equivale à perda da saúde. A saúde, portanto, é vista como uma experiência de bem estar resultante do equilíbrio dinâmico que envolve os aspectos físico e psicológico do organismo, assim como suas interações com o meio ambiente natural e social.

É o velho conceito ecológico com sua aparência reformada, caracterizado pelo nivelamento de categorias biológicas, econômicas, sociais. Parte-se do pressuposto de que há um estado “natural” de equilíbrio ao qual os movimentos da vida devem dirigir-se. Segundo BREILH e GRANDA, neste tipo de enfoque,

ao separar artificialmente o sujeito social (fator homem) de sua produção (a cultura é classificada como um integrante do fator meio ambiente) se desvanece a origem social desses produtos que aparecem como um ser estranho, como um poder independente do produtor e que pode lesá-lo, sem que a própria organização do ‘fator humano’ tenha a ver com o problema. (BREILH e GRANDA, 1989).

Este tipo de raciocínio acaba por reduzir toda a explicação do processo de saúde e doença ao nível individual, restrito à sua dimensão biológica. Os processos particulares e gerais que sobredeterminam e explicam a ocorrência dos aspectos individuais e com os quais se relacionam num movimento dialético, quando não são omitidos, surgem deformados, tomados de maneira homogênea em relação a estes.

Embora no discurso médico, principalmente o veiculado pelo enunciado proposto pela OMS, prevaleçam os conceitos fundados na idéia do equilíbrio, é sobre o conceito de ausência de doença, que se assenta a prática médica hegemônica, prática esta voltada para a manutenção e recuperação das

regularidades anatômicas e fisiológicas do corpo. Estas regularidades, no entanto, têm que ser pensadas em função do uso do corpo e este uso é determinado pela função social que o corpo desempenha em cada momento histórico e em cada classe social, em um dado momento histórico. Permitir o uso do corpo para as funções sociais estabelecidas não nos parece aceitável como situação definidora de saúde, pois muitas das funções sociais impostas em determinadas formações sociais, aproximam em muito a existência humana de uma forma animal de sobrevivência.

Aceitando, então, mesmo que provisoriamente, saúde como a possibilidade de relação do homem com a natureza no sentido de transformá-la, uma relação com a sociedade no sentido de produzi-la, uma relação mediada pelo trabalho humano, expressão de uma vontade orientada a um fim, retornemos à análise da construção do humano, agora iluminada por esta conceituação.

Como vimos, o homem, no processo produtivo, em qualquer modo de produção, estabelece uma relação com a natureza e com os outros homens, produzindo sua forma eminentemente humana de ser, ou seja, uma forma de ser determinada pelas condições de produção.

No entanto, não deixa aí de ser integrado à natureza, sofrendo dela influências e sobre ela influenciando. Incidem então sobre o indivíduo, duas fontes integradas de “relações” quais sejam: as leis da natureza e as leis sociais.

Devemos ter sempre em mente, nesta reflexão sobre a saúde, que a natureza não deixa de agir sobre o corpo. Isto é evidente, por exemplo, quando constatamos a inevitabilidade, ao menos no quadro das condições atuais, da morte.

Entretanto, ao produzir suas condições de existência, o homem reage sobre os desígnios da natureza na exata medida do grau de desenvolvimento de suas forças sociais produtivas, fazendo recuar os limites da vida, as doenças, as incapacidades, graças à produção de condições mais humanas que incluem uma vida menos desgastante, com maiores condições de defesa da integridade física e

mental, bem como de instrumentos mais desenvolvidos de enfrentamento das situações onde se vê ameaçada esta integridade.

No entanto, contraditoriamente, ao mesmo tempo em que vence os limites impostos pela natureza, o mesmo desenvolvimento das forças produtivas pode desenvolver relações sociais que se caracterizam quer pela exploração do trabalho e, portanto, da força vital, quer pela exclusão dos sujeitos do usufruto das conquistas já alcançadas pela humanidade.

Como não pretendemos realizar esta discussão exclusivamente no âmbito das idéias, trataremos logo de discutir as possibilidades de realizar a saúde em nossa formação social.

Segundo ALTHUSSER (1999 p.42), *“uma formação social designa toda ‘sociedade concreta’ historicamente existente, e que é individualizada, portanto distinta de suas contemporâneas e de seu próprio passado, pelo modo de produção que domina aí”*.

Portanto, para compreendermos como funciona determinada formação social é necessário compreendermos seu modo de produção. É o que passaremos a fazer. Buscaremos, a partir do entendimento do que seja um modo de produção, refletir sobre o modo de produção dominante em nossa formação social: o modo de produção capitalista e sua determinação sobre a saúde.

## 1.2 O MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA

Segundo ALTHUSSER (1999, p.45), modo de produção é uma determinada maneira de produzir os bens materiais indispensáveis para a existência material das pessoas que vivem em uma determinada formação social. Maneira essa,

subordinada ao grau de desenvolvimento das forças produtivas e que comportam determinadas relações sociais.

Uma forma de 'produzir' é uma forma de 'combater a natureza' já que é da natureza, e somente da natureza, que toda formação social,..., extrai os produtos materiais necessários para a sua subsistência (alimentação, abrigo, vestuário, etc.), sua estagnação ou seu 'desenvolvimento'. (ALTHUSSER, 1999, p.45).

Modo de produção é, portanto, a maneira pela qual uma determinada formação social, enfrenta/combate a natureza para extrair desta os bens necessários para sua subsistência. Inclui todos os processos de trabalho, cujo conjunto articulado constitui o processo de produção.

O Modo de Produção consubstancia-se, de acordo com MARX, na unidade entre *Forças Produtivas e Relações de Produção*.

### 1.2.1 As Forças Produtivas

As Forças Produtivas de um determinado Modo de Produção são constituídas pela unidade do *objeto de trabalho* (a natureza nas suas diversas formas – desde as formas de energia a serem utilizadas para mover a produção, até a terra, os animais, as matérias primas), os *instrumentos de produção* (ferramentas, meios de transporte, rodovias...) e a *força de trabalho* (conjunto das diferentes formas de dispêndio de atividade dos indivíduos tecnicamente aptos a utilizarem os Meios de Produção existentes).

Ao conjunto formado pelo objeto de trabalho e pelos instrumentos de produção, Marx denomina meios de produção. O agrupamento destes dois fatores é importantíssimo, por destacá-los da força de trabalho, fato fundamental para

analisarmos uma sociedade de classes como é o caso das formações sociais capitalistas, onde os meios de produção não são possuídos pela classe detentora da força de trabalho.

## 1.2.2 As Relações de Produção

Nos limites definidos pelo caráter e grau de desenvolvimento das forças produtivas de uma determinada formação social, os homens estabelecem entre si relações de produção que acabam por regular (regulamentar/determinar) as próprias forças produtivas.

...na produção social de sua existência, os homens estabelecem relações determinadas, necessárias, independentes da sua vontade, relações de produção que correspondem a um determinado grau de desenvolvimento das forças produtivas materiais. O conjunto destas relações de produção constitui a estrutura econômica da sociedade, a base concreta sobre a qual se eleva uma superestrutura jurídica e política e a qual correspondem determinadas formas de consciência social. (MARX. Contribuição à Crítica da Economia Política).

Nas formações sociais capitalistas, as relações de produção, que garantem a produção dos produtos necessários para a reprodução e o desenvolvimento, garantem também a exploração da Força de Trabalho pelo Capital.

O modo de produção Capitalista resulta da divisão social em que uma pequena parcela da sociedade, a classe capitalista, é detentora dos meios de produção e o restante da população, a grande maioria, é detentora apenas de sua própria força de trabalho, que será vendida ao proprietário dos meios de produção, em troca das condições mínimas para sua sobrevivência e reprodução, o salário.

A produção é realizada por numerosos produtores e voltada para a venda, não para uso próprio. Segundo MARX, nas sociedades em que domina o modo de

produção capitalista *a riqueza aparece como uma imensa coleção de mercadorias*". (MARX, 1996, p.165).

Mercadorias, segundo MARX, são coisas que por suas propriedades satisfazem as necessidades humanas de qualquer espécie. "*A natureza dessas necessidades, se elas se originam do estômago ou da fantasia, não altera nada na coisa*". (MARX, 1996, p.165).

A mercadoria além do seu valor de uso, advindo de seu conteúdo material, possui, na sociedade capitalista, um valor de troca.

A análise destes dois aspectos da mercadoria pode ser encontrada no primeiro capítulo de O Capital.

A utilidade de uma coisa faz dela um valor de uso. Essa utilidade, porém, não paira no ar. Determinada pelas propriedades do corpo da mercadoria, ela não existe sem o mesmo. O corpo da mercadoria mesmo, como ferro, trigo, diamante, etc. é, portanto, um valor de uso ou bem. Esse seu caráter não depende de se a apropriação de suas propriedades úteis custa ao homem muito ou pouco trabalho. O exame dos valores de uso pressupõe sempre sua determinação quantitativa, como dúzia de relógios, vara de linho, tonelada de ferro, etc"... "O valor de uso realiza-se somente no uso ou no consumo. Os valores de uso constituem o conteúdo material da riqueza, qualquer que seja a forma social desta. Na forma de sociedade a ser por nós examinada, eles constituem, ao mesmo tempo, os portadores materiais do valor de troca. (MARX. O Capital, p.166).

No Capitalismo, a produção do capital prevalece e determina qualquer outro tipo de produção. A produção não está, portanto, dirigida prioritariamente para a satisfação das necessidades da humanidade, mas para a satisfação do mercado, para a geração de mais valor, para a extração e a realização da mais valia.

O Capital, detentor dos meios de produção, compra do trabalhador sua força de trabalho, mercadoria de que este último dispõe para trocar por aquelas outras, necessárias para satisfazer suas necessidades de sobrevivência e reprodução. Toda a produção está organizada para produzir mercadorias. E o que importa é o valor de troca das mercadorias, independente de seu valor de uso.

Todo o investimento de capital é realizado no sentido de gerar mais capital. Como a única forma de agregar valor às mercadorias é o trabalho, é da exploração deste que resultará o lucro. Da quantidade de valor agregada às mercadorias a serem transformadas pelo trabalho, aquela parcela da qual o Capital consegue apropriar-se, representa o lucro. Portanto, todo o trabalho realizado além do necessário para repor os custos dos meios de produção, representa o que MARX denomina de *mais-valia* (MARX, 1996, p 271). Desta forma, todo o esforço do Capital é no sentido de melhorar a produtividade da força de trabalho e reduzir seu custo. Em outras palavras, todo o esforço do Capital se dá no sentido de explorar ao máximo o trabalhador, extraindo o máximo de mais-valia. Isto ocorre não só porque o capitalista assim o deseja, mas por que se assim não agir, tende a ser engolido pela concorrência intercapitalista.

A exploração do trabalhador concretiza-se quando o capitalista não lhe paga por todo o trabalho realizado. O que o trabalhador recebe, como salário, representa o pagamento apenas de uma parcela de seu trabalho, necessária e suficiente para a sua própria reprodução e de seus filhos. O valor desta parcela, no entanto, equivale ao mínimo necessário para manter vivo o trabalhador e sua família, o que, na maioria das vezes, o impedirá de possuir, pela compra, as próprias mercadorias que produz.

Outro aspecto importante, a ser destacado neste modo de produção, é o fato de que o capital, além de apropriar-se dos meios de produção, dos produtos do trabalho, e da própria força de trabalho dos trabalhadores, apropria-se também da ciência. Segundo MANACORDA, *“a propriedade privada dos meios coletivos de produção, que é a apropriação de trabalho alheio, tem significado, também, apropriação privada da ciência e sua separação do trabalho”*. (MANACORDA, 2000, p 63).

Para obter a máxima produtividade, o capital, detentor agora dos fundamentos científicos da produção, concebe a forma de realizar o trabalho, a

escolha das técnicas, a determinação do ritmo, a organização do ambiente. Organiza os processos de trabalho dividindo cada processo de produção no maior número possível de operações, executadas por diferentes trabalhadores. O trabalhador, alienado já dos meios de produção, torna-se, assim, alienado também da concepção do trabalho, executando um trabalho fragmentado, sem sentido, unilateral. Um trabalho que atenta contra a qualidade do trabalho humano, já que aquilo que o caracterizava como tal, era, fundamentalmente, a possibilidade da concepção prévia do objeto a ser “construído”.

En el capitalismo, el trabajador no puede desplegar todas sus potencialidades en el grado que sería factible, según el desarrollo de las fuerzas productivas, y es así que su crecimiento físico y mental es coartado en relación a las posibilidades. Por consiguiente, cuando no existen las condiciones objetivas y subjetivas para que el trabajo sea estímulo de las potencialidades se convierte en un producto de enfermedad como sucede en las sociedades capitalistas.” (GARCIA, 1983, p.6).

Como já dissemos, quanto mais o Capital explorar o trabalhador, mais o Capital se expande. Como a expansão do Capital é condição precípua do Capitalismo, a exploração e a desigualdade são inerentes a este modo de produção e necessárias para o seu desenvolvimento. A exploração de uns pelos outros é a mola propulsora do sistema. Não pode haver, no Capitalismo, igualdade de possibilidades de acesso aos meios de produção, nem aos bens socialmente produzidos.

É por este motivo que convivemos diariamente com uma realidade muito bem descrita por CASTRO (2002), em discurso pronunciado no ato de comemoração pelo dia internacional dos trabalhadores em primeiro de maio, no qual destaca, na América Latina, a ilusão criada pela ideologia capitalista, que centenas de milhares de crianças que morrem, todos os anos, por desatenção e fome, milhões que não vão à escola e trabalham por salários miseráveis, limpam pára-brisas e sapatos, ou são objeto de comércio e exploração sexual, é democracia e respeito aos direitos humanos. Que centenas de milhões de seres humanos que vivem na

pobreza, apesar do imenso potencial de riqueza e dos recursos naturais que os rodeiam; o enorme número de desempregados, subempregados ou trabalhadores informais que vivem sem a menor ajuda, previdência social ou proteção; a desatenção médica a mães, crianças, idosos e população pobre em geral; a marginalização, as drogas, a insegurança e o delito, chamam-se democracia e respeito aos direitos humanos. Que os esquadrões da morte, as execuções extrajudiciais, torturas, desaparecimentos e assassinatos; que o suborno, a malversação e o desvio e roubo descarado dos bens públicos – enquanto escolas e hospitais são fechados, bens e recursos das nações são privatizados e muitas vezes presenteados a amigos e associados na corrupção, tanto internos, como externos – constituem a mais cabal expressão da democracia e dos direitos humanos. Pessoas analfabetas, ou cujos conhecimentos chegam apenas à terceira ou quarta série, ou que vivem em estado de pobreza, ou de pobreza extrema, ou que não têm emprego, ou vivem em bairros marginais, onde estão presentes as mais inconcebíveis condições de vida, ou perambulam pelas ruas e recebem o veneno constante da publicidade comercial, semeando sonhos, ilusões e desejos de consumo impossíveis, as quais somam enormes massas de cidadãos em luta desesperada pela vida, e cujas organizações são reprimidas ou não existem, podem ser vítimas de todo tipo de abusos, chantagens, pressões e enganos, e dificilmente podem ter condições de compreender os complexos problemas do mundo e da sociedade em que vivem.

Segundo CASTRO, não passa por suas cabeças que o sistema econômico, político e social que defendem é a negação total de qualquer possibilidade de igualdade, liberdade, democracia, dignidade humana e justiça.

As palavras de CASTRO referem-se a manifestações fenomênicas dos problemas inerentes ao modo de produção capitalista.

A sociedade capitalista é expressão das contradições de seu modo de produção. Por um lado atingiu um grau surpreendente de desenvolvimento de

conhecimentos e meios para superar os limites impostos à saúde pelas leis da natureza. Ao mesmo tempo criou mecanismos de exploração e exclusão que depauperam intensamente o organismo humano, mantendo aqueles contingentes da população que não lhe interessa reproduzir à margem dos progressos já realizados.

Segundo NAVARRO (1979, p 128), no capitalismo o direito do Capital de possuir a propriedade privada, suplanta todos os demais direitos, incluídos os direitos humanos.

### 1.2.3 A Reprodução do Modo de Produção Capitalista

O Capitalismo necessita, para sua reprodução, manter a exploração dos trabalhadores, manter um grande número de desempregados (exército de reserva) - cuja existência ameaça a preservação do trabalho daqueles que estão empregados, forçando-os a se submeterem às condições de trabalho e de vida em geral impostas pelo Capital – manter as condições de exploração ao nível internacional e, ao mesmo tempo, manter a imagem deste sistema como aquele que permite a todos alcançar uma vida plena de realização dos direitos humanos.

As formações sociais onde predomina o modo de produção capitalista deverão, portanto, reproduzir as condições que garantem a exploração da classe trabalhadora pelo capital. Reprodução das matérias primas, das máquinas e ferramentas e reprodução da força de trabalho.

Toda formação social, para sobreviver, precisa, em última instância, reproduzir suas forças produtivas - ou seja, seus meios de produção e sua força de trabalho – e suas relações de produção.

No capitalismo o trabalhador precisa estar apto para todos os dias poder vender sua força de trabalho colocando-a a serviço do Capital para a produção de mercadorias. Para tal, deverá ter acesso a tudo que seja necessário para reproduzir sua existência, em condições físicas e intelectuais para realizar o trabalho e para manter sua família, de onde sairão seus filhos, os futuros trabalhadores.

Os futuros trabalhadores deverão, ainda, ser educados tecnicamente, para poder executar o trabalho e ideologicamente inculcados com os valores que lhes fazem acreditar que a situação de explorado é legítima.

Para compreendermos como se viabiliza a continuidade da exploração do trabalhador pelo capital, buscaremos analisar sob outro aspecto as formações sociais.

Segundo MARX, a unidade “*forças produtivas - relações de produção*”, constitui a base econômica das formações sociais ou sua infra-estrutura. Sobre esta base econômica, e determinada por ela, constitui-se a superestrutura, instância formada pelos níveis jurídico-político (o Direito e o Estado) e ideológico (as diferentes ideologias).

A superestrutura exerce a função de garantir as condições de reprodução da base econômica. É determinada pela base econômica, mas exerce sobre ela também um efeito de determinação, no sentido de preservação e reprodução desta base econômica.

Uma vez que, sobre a conformação da base econômica da nossa sociedade, já realizamos um breve exercício analítico, compreendendo o significado e o papel das forças produtivas e das relações de produção, voltaremos nossa atenção agora para a superestrutura, buscando analisar também sua composição e sua relação com a base econômica.

O nível jurídico-político da superestrutura:

Segundo ALTHUSSER (1999), nas formações sociais onde predomina o modo de produção capitalista, o Direito é “*um sistema de regras codificadas (cf. Código Civil, código de Direito penal, de Direito Público, de Direito comercial, etc.) que são aplicadas, isto é, respeitadas e contornadas na prática cotidiana*”. Sua base jurídica é o Direito privado, cujas regras regulam as trocas mercantis, as quais repousam em última instância sobre o “direito de propriedade”.

As normas e códigos do Direito, portanto, visam garantir a todos, de forma igualitária, o direito à propriedade privada e o uso desta propriedade do modo que bem entender o seu detentor. Visam garantir ainda, que alguns sejam detentores da propriedade e a maioria não o sejam.

Estas regras, embora resultem em grande constrangimento da liberdade e do bem estar de grande parte das pessoas, são, na esmagadora maioria das vezes, obedecidas. O que garante esta obediência é a força de polícia do Estado e a força moral.

O Direito, portanto, implica em obrigação, sanção, repressão, exercidas pelo aparelho de repressão do Estado (polícia, tribunais, multas, prisões). Assim, a igualdade jurídica é garantida pela força de polícia do Estado.

Por outro lado, segundo MARX (Carta a Annenkov), “*os homens, ao estabelecerem relações sociais que correspondem a seu modo de produção material, criam também as idéias, as categorias – isto é, a expressão ideal, abstrata, dessas mesmas relações sociais.*”

Desta forma, nas sociedades onde predomina o modo de produção capitalista, de acordo com a ideologia jurídica, “*os homens são livres e iguais por natureza.*” (ALTHUSSER, 1999, p.94). O que obriga a obediência, neste caso, não é a força repressora explícita, mas a repressão expressa pela obrigação moral, a consciência, o dever.

O Direito, portanto, se apóia no Aparelho Repressor do Estado, na Ideologia jurídica e na Ideologia moral.

Numa sociedade de classes, o Estado é sempre o Estado da classe dominante. É uma espécie de máquina repressora que permite às classes dominantes, garantir sua dominação sobre as classes subalternas para submetê-las ao processo de extração da mais-valia.

A classe dominante detém o poder de Estado e o exerce através do aparelho repressor e dos aparelhos ideológicos de Estado.

Segundo ALTHUSSER (1999), aparelhos ideológicos de Estado são aquelas instâncias onde a ideologia de Estado – ideologia da classe dominante -- se realiza (escolar, familiar, religioso, político, sindical, da informação, da edição-difusão, cultural).

Ainda segundo este autor, Ideologia de Estado é o sistema que reúne os valores de que se vale a dominação da classe que detém o poder de Estado, para ludibriar os explorados e os agentes da exploração e da repressão, assim como os agentes da ideologização.

O principal Aparelho ideológico de Estado Capitalista é a escola, onde se dá a aprendizagem de alguns saberes, revestidos pela inculcação da ideologia da classe dominante. Ideologia esta que representa a escola como neutra, desprovida de ideologia.

Algumas outras práticas sociais também assumem importância na reprodução da ideologia, entre as quais destacaríamos, por ser objeto de nosso estudo, a prática médica. Prática esta marcada, desde seu início como prática capitalista, por uma forte contribuição à aceitação da ordem social requerida por este modo de produção.

Trataremos deste assunto com maior profundidade no capítulo seguinte, quando nos debruçaremos sobre a análise da prática médica no capitalismo, uma

vez que nos interessa ainda demonstrar algumas conseqüências para a saúde, da prioridade absoluta que assume o Capital nas formações sociais capitalistas.

#### 1.2.4 Conseqüências da Necessidade de Acumulação do Capital Sob o Capitalismo

Para NAVARRO (1987), a invasão, por parte do Capital, de todas as esferas de nossas vidas, tem conseqüências para a saúde de nossa população, atinentes às esferas da produção e do consumo.

A esfera da produção é marcada pela alienação e mal estar do produtor. A divisão do trabalho, cada vez mais estrita, leva à maior especialização e privação do trabalhador da capacidade de controlar o processo de produção. Os trabalhadores sentem-se cada vez mais incapazes de configurar e determinar o processo de trabalho. Muitos destes sentimentos de impotência e mal estar traduzem-se por problemas psicossomáticos subjacentes à maioria dos problemas que se apresentam visíveis no dia a dia dos serviços de saúde.

Para a maioria dos cidadãos o trabalho é opressivo e não libertador e, apesar da enorme importância que tem para a vida cotidiana da maioria da população, poucos estudos são realizados sobre a relação entre a satisfação ou o tipo de trabalho e a saúde, demonstrando o poder do Capital em direcionar as pesquisas.

O trabalho rotinizado despoja a pessoa do sentimento de realização a que ela aspira. O que, segundo NAVARRO, contribui para o uso de drogas entre os trabalhadores que *“se evaden al reino de la ilusión, para eludir una realidad insuportable”*. (NAVARRO, 1979, p.39).

A influência da divisão técnica e social do trabalho, com imposição daqueles de maior risco e menor satisfação para as classes sociais subordinadas, se expressa também em questões como a incidência de ataques cardíacos, que é muito maior entre os trabalhadores manuais que em qualquer outro estrato da sociedade.

Para a maioria, o trabalho não é uma fonte de realização criadora e de auto-expressão, mas um meio de alcançar a auto-realização no mundo do consumo. No entanto, o mundo do consumo e seu “estilo de vida” estão primordialmente determinados pelo mundo da produção.

O estilo de vida depende fundamentalmente do meio em que vivemos, da liberdade de escolha entre algumas opções e da informação sobre as vantagens desta ou daquela opção.

No que concerne ao ambiente, o trabalho e a relação do homem com ele, é fundamental. A esmagadora maioria dos trabalhadores, porém, não tem controle algum sobre seu trabalho e conseqüentemente sobre suas vidas e sua saúde. É por este motivo que, na sociedade capitalista, as ações de saúde centradas na educação para a mudança dos estilos de vida individuais, constitui um erro grosseiro. Resulta de uma análise superficial da questão, que leva a admitir uma independência e uma liberdade do indivíduo frente à sociedade, o que é uma ilusão.

O estilo de vida está determinado, realmente, pelo trabalho e pelo ambiente econômico e político no qual se vive.

*“Mientras vuestro trabajo siga siendo enojoso y desagradable, no puede haber ninguna verdadera ‘calidad de vida’, aunque tengáis dos o tres días a la semana de ‘cultura’ y relajación”.* (NAVARRO, 1979, p.42).

No Capitalismo, novas doenças e epidemias surgem no mundo da produção com implicações no mundo do consumo.

es una característica del capitalismo contemporáneo la de que los problemas de salud, cuya existencia y reproducción son debidas al proceso de producción, se extienden y alcanzan al mundo del consumo, además de *convertirse en los problemas de la vida cotidiana.* (NAVARRO, 1979, p.45).

Acidentes, mortes e doenças devidas ao trabalho assumem neste modo de produção uma dimensão impressionante. Os trabalhadores são freqüentemente expostos a substâncias nocivas, muitas das quais letais, nos ambientes de trabalho.

Segundo NAVARRO (1979), a expectativa de vida é menor entre os trabalhadores braçais e trabalhadores em geral do que nos detentores dos meios de produção.

Até mesmo as populações vizinhas aos processos produtivos que geram resíduos ou que manipulam produtos tóxicos, têm sofrido contaminação por estes produtos.

No mundo do consumo, os exemplos da prioridade da acumulação do capital sobre o bem estar são inúmeros.

A própria determinação da dieta, ocorre de acordo com os interesses da produção agrícola. Há baixo investimento na segurança dos trabalhadores e mesmo consumidores de produtos, por parte das indústrias, que preferem investir naquilo que apresente a possibilidade de retorno econômico imediato, uma vez que a saúde e bem estar das pessoas não são de seu interesse prioritário.

Para NAVARRO (1979), “ *la competencia por alcanzar lo inalcanzable parece ser la marca de nuestra población, lo que crea mucha ansiedad y frustración en el proceso*”. (NAVARRO, 1979, p. 48).

Segundo esse mesmo autor, as pressões, tensões, insatisfações, inseguranças e medos, gerados no mundo da produção e do consumo e que são reproduzidos pelos órgãos de legitimação e informação, determinam um padrão de conduta em nossa sociedade em que as tensões emocionais e as angústias vão se tornando cada vez mais comuns.

Passaremos agora a analisar de que forma caberá a medicina responder a estas demandas todas, geradas por este modo de produção.

## CAPÍTULO 2 A PRÁTICA MÉDICA NO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA, SUAS DETERMINAÇÕES E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A REPRODUÇÃO

Iniciaremos a reflexão sobre a prática médica, a partir de algumas colocações de Juan Cesar Garcia, em estudo realizado em 1972 sobre a educação médica na América Latina.

Segundo este autor, a prática médica está ligada à transformação histórica do processo de produção econômica e se articula de forma diferente na estrutura social segundo este modo de produção.

No *modo de produção escravista* a medicina se inscreve no tempo do ócio. As relações de produção tinham como base a propriedade escravista, ou seja, a propriedade dos meios de produção e da força de trabalho, os escravos. Neste modo de produção se desenvolve a divisão social do trabalho em manual – a cargo dos escravos e cidadãos mais pobres - e intelectual – patrimônio dos grupos dominantes. O tempo livre, das camadas mais altas da sociedade, é onde se constitui a cultura, o esporte e é nesta região social que floresce a medicina, tanto nos aspectos teóricos quanto práticos. Ao centrar-se no tempo livre, a prática médica gera um conhecimento parcializado. A cirurgia hipocrática, por exemplo, era fundamentalmente corretiva, pois refletia a experiência adquirida pelo cirurgião no ginásio onde fraturas, luxações, e outras lesões devem ter sido muito freqüentes. Segundo José S. Lasso De La Vega, citado por GARCIA, durante a época de Platão, a prática médica para as enfermidades dos escravos, se caracterizava por um tratamento “veterinário”, realizado por praticantes. Para as enfermidades agudas dos homens livres e ricos, destinava-se um tratamento expedito e resolutivo. Um

tratamento pedagógico e biográfico era destinado, nas doenças crônicas, aos ricos, que podiam permitir-se o luxo deste ócio.

No *modo de produção feudal*, a medicina se enlaçava com a religião. A enfermidade era considerada como uma participação na graça de Deus. Cuidar do enfermo era uma obrigação cristã. O cuidado médico, no entanto, não significava atenção médica, uma vez que a doença devia ser sofrida e as ações para deter o processo eram consideradas como ciência pagã.

No final da Idade Média, havia três tipos de assistência médica: aquela destinada aos poderosos, realizada pelos protomédicos, graduados nas mais importantes universidades; para os artesãos e burgueses, havia médicos e cirurgiões de boa formação técnica; para os pobres, destinava-se o trabalho dos curandeiros, barbeiros e, quando as cidades os amparavam, podiam refugiar-se e morrer nos hospitais e hospícios.<sup>2</sup>

No *modo de produção capitalista*, o econômico tem papel preponderante na estrutura social. Sem a posse dos meios de produção, o trabalhador tem que vender sua força de trabalho para sobreviver. A medicina se define, então, como a atividade cujo objeto é a conservação e adaptação da força de trabalho. Segundo GARCIA (1972), o sistema de atenção tem sob seu controle a parte humana da atividade de produção, o trabalho.

Por trata-se do modo de produção que predomina em nossa formação social, buscaremos situar a prática médica hegemônica nesta formação social, para

---

<sup>2</sup> No princípio da colonização brasileira a elite era atendida por médicos com formação acadêmica. Como o número de médicos era extremamente diminuto, predominava, no entanto, a assistência prestada por terapeutas populares. A disputa entre os médicos acadêmicos, os cirurgiões, barbeiros, entre outros, era mantida não só pela insuficiente oferta de trabalho médico acadêmico, como pela credulidade que os demais profissionais que se dedicavam à assistência desfrutavam na sociedade brasileira. Durante muito tempo, até o final do século XIX e início do século XX, a indiferença da população pelo título reconhecido oficialmente, era reforçada pela similitude das terapias e dos resultados obtidos pelos acadêmicos e pelos terapeutas populares. (História, Ciências, Saúde: Manguinhos. V.1, n.1 (jul – ago, 1994) . Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, 2004.)

então compreender suas relações com os demais níveis, ou seja, a relação da Medicina com o Econômico, o Político e o Ideológico.

Segundo AROUCA (1975, p.210), trata-se de relacionar a Medicina com a produção em geral, com o poder e com o mundo das representações que cimem este modo de produção.

É a partir da reprodução da força de trabalho que se pode compreender a articulação estrutural da prática médica no modo de produção capitalista.

Assim podemos iniciar a análise destacando o fato de que o trabalho médico, no modo de produção capitalista, é determinado pelo significado que tem o corpo, objeto deste trabalho, neste modo de produção.

Segundo SCHRAIBER (1989, p.69), o trabalho médico busca permitir “usos do corpo técnica e socialmente adequados às especificidades de cada modo de produção”.

Cada modo de produção confere diferentes significados ao corpo e também uma valorização social diferente, por consequência, diferente valorização do estado de normalidade.

O trabalho médico, tomando como parâmetro o modo de produção, visa reconduzir o trabalhador à condição de executar o seu trabalho neste mesmo modo de produção. Sempre é bom lembrar que muitas das características do modo de produção capitalista, não parecem, no entanto, muito “saudáveis”. Segundo MARX, neste modo de produção,

... todos os meios para desenvolver a produção redundam em meios para dominar e explorar o produtor, mutilam o trabalhador, reduzindo-o a um fragmento de ser humano, degradam-no à categoria de peça de máquina, destroem o conteúdo de seu trabalho, transformando em tormento; tornam-lhe estranhas as potências intelectuais do processo de trabalho na medida em que a este se incorpora a ciência como força independente, desfiguram as condições em que trabalha, submetem-no constantemente a um despotismo mesquinho e odioso, transformam todas as horas de sua vida em horas de trabalho e lançam sua mulher e seus filhos sob o rolo compressor do capital. (MARX. O Capital, Livro I, v.2, op. cit., p. 748-749).

O uso do corpo, o conceito de saúde, a finalidade do trabalho médico, o modo como serão realizadas a manutenção e recuperação do corpo, são determinados com base neste modo de produção, prestando-lhe o suporte necessário.

A prática médica toma como objeto o corpo enquanto estrutura anátomo-fisiológica, no sentido de mantê-lo e recuperá-lo. Manter e recuperar as regularidades estruturais e funcionais que representam a situação biológica de normalidade.

Os parâmetros de normalidade, como dissemos, não se restringem à esfera do biológico. O uso que socialmente os indivíduos fazem deste corpo também é parâmetro de normalidade. No Capitalismo, como é no corpo que se materializa a força de trabalho, este constitui valor de uso para o Capital. A garantia, portanto, da atividade produtora do corpo é elemento de acumulação do capital.

Neste modo de produção, a manutenção e recuperação do corpo, enquanto força de trabalho, constitui uma necessidade a ser socialmente assegurada, finalidade primordial do trabalho médico.

A regularidade anátomo-fisiológica do corpo, ao mesmo tempo em que é valor de uso para seus possuidores (a acuidade auditiva, por exemplo), representa a possibilidade de realizar o valor de troca deste corpo enquanto força de trabalho. Força de trabalho esta que é valor de uso para o Capital, garantindo-lhe a sua própria reprodução.

Assim, a valorização e o significado do corpo para as diferentes classes sociais se dá de forma diferente, o que faz com que as necessidades sociais em relação à manutenção e recuperação do corpo e a forma como elas são satisfeitas sejam diferentes conforme a classe social.

Quando destinada aos contingentes de trabalhadores, a prática médica visará à manutenção e reposição das capacidades físicas para a produção. Quando

destinada à classe dominante, a concepção de saúde se expressa mais pela otimização das condições físicas, enfatizando o gozo dos prazeres da vida e a ostentação corporal em termos estéticos.

No entanto, diante da necessidade que tem o capitalismo de ocultar a divisão de classes, também as formas como as necessidades de recuperação do corpo são satisfeitas devem ser apresentadas como igualmente asseguradas na sociedade, enquanto direito social igual para todo o cidadão. Manter e recuperar o corpo, transformado em necessidade social homogênea, dá suporte à ideologia da igualdade e escamoteamento da divisão de classes.

A partir da concepção de igualdade dos cidadãos, os corpos e suas situações de normalidade são concebidos no plano ideológico como homogêneos para toda a sociedade. A importância da manutenção/recuperação não é apresentada como particular em referência às classes sociais, mas como interesse da Nação, já que o corpo tem significado para o Estado, valor de uso para a produção da riqueza nacional.<sup>3</sup>

Como os corpos e seu uso são tidos como socialmente iguais, a manutenção e recuperação dos mesmos, finalidade do trabalho médico, também é apresentada como igual para o “conjunto da sociedade”. Esta ilusão é possível principalmente porque os desempenhos profissionais (técnicos e sociais) são apresentados como uniformes. É a mesma intervenção técnico-científica que é realizada para todos.

---

<sup>3</sup> segundo SCHRAIBER (1989), principalmente num primeiro momento, na transição para o Capitalismo, manter e recuperar o corpo era fundamental para aumentar a riqueza e poder nacionais. Uma nação populosa poderia contar com um exército numeroso e um grande número de trabalhadores, necessários para a produção. No sentido de garantir um grande contingente populacional os agentes do trabalho médico realizam ações de caráter coletivo de controle sanitário, controle demográfico, controle das epidemias, controle do espaço urbano. O campo de intervenção da medicina naquele momento histórico, não se caracteriza pela extensão do cuidado médico individual, já que se amplia da demanda espontânea e individual do doente para a intervenção ativa e reorientação do doente, dos cuidados com a doença e sobre as condições de vida. A prática médica nas epidemias dirigidas ao coletivo e ao meio, orientando a reorganização do espaço urbano, identifica-se com os interesses do Estado de preservação do contingente populacional, conferindo ao médico o status de intelectual orgânico com autoridade e poder reconhecidos pela sociedade.

No capitalismo, a medicina configura-se como uma prática uniforme. Os diversos modos de intervir sobre a saúde são unificados sob uma única prática, a prática médica, sob a responsabilidade de um único agente, o médico.

As profundas diferenças que, no feudalismo, delimitavam claramente os campos de atuação dos físicos - responsáveis pela “medicina interna”, caracterizada pelo trabalho de interpretação teórica dos fenômenos mórbidos - e dos cirurgiões, que atuavam sobre a superfície do corpo, mediante uma ação “prática”, desaparecem.

Os trabalhos do físico e do cirurgião se fundem para configurar um único trabalho médico, fundado em conhecimentos científicos, transmitidos nas escolas médicas. A prática médica estará agora voltada unicamente para a cura do corpo (manutenção e recuperação de sua regularidade anatômica e funcional) que deve ser preservado enquanto força de trabalho.

Vale ressaltar as mudanças ocorridas em relação ao significado dos hospitais no Capitalismo e sua importância para a constituição da prática médica neste modo de produção.

Os hospitais, na sociedade feudal, eram locais de acolhimento para pessoas desamparadas, para pessoas doentes, sem domicílio, que seriam acompanhadas e confortadas no seu sofrimento e na sua evolução para a morte.<sup>4</sup>

Nas formações sociais capitalistas os hospitais passam a ser local em que se busca a cura. Ao mesmo tempo são locais de exclusão do convívio social mais amplo, daqueles doentes portadores de doenças contagiosas, protegendo do contágio a população, e espaço de proteção dos portadores de doenças mais complexas das “más práticas de saúde” (as práticas não realizadas por médicos, mas por “charlatões”). Proteção que segundo FOUCAULT (1980), começa a ser

---

<sup>4</sup> “O hospital era, na sociedade feudal, [...] instrumento de assistência aos pobres, lugar de práticas caritativas e assistenciais que, exercidas por religiosos, e eventualmente médicos contratados, objetivavam sobretudo a salvação espiritual dos que aí se recolhiam, tanto quanto dos que exerciam essas práticas”. (SCHRAIBER, 1989, p.81).

percebida como necessária, pois *“o público é vítima de uma multidão de indivíduos pouco instruídos que, por sua autoridade, se erigem em mestres da arte, distribuem remédios ao acaso e comprometem a existência de vários milhares de cidadãos”*.

(FOUCAULT, 1980, p.73).

No sentido da redefinição da prática médica, no espaço do hospital, o trabalho dos clínicos e dos cirurgiões torna-se hierarquicamente igual.<sup>5</sup> Clínicos e cirurgiões constituem-se em elementos de um trabalho cooperativo cuja divisão técnica está marcada pela indicação terapêutica.

Há uma base comum dos procedimentos que uniformiza a intervenção terapêutica sobre o indivíduo, a partir da observação coletiva dos casos, registro sistemático dos dados, estudo individual e comparativo dos casos, estudo e intervenção sobre o meio.

O caráter de cooperação da prática médica hospitalar irá beneficiar tanto a Clínica Médica, quanto a Clínica Cirúrgica. Esta última, marcada até então por um caráter exclusivamente prático, avança significativamente ao incorporar fundamentos científicos.

Por seu lado, na Clínica Médica,

... as concepções acerca da enfermidade serão reformuladas, ao mesmo tempo em que são transformados os procedimentos dessa prática, processando-se ambas as mudanças na direção do corpo: a enfermidade vai sendo progressivamente concebida como doença do corpo – assim se dissipando sua distinção por referência ao dano físico -, e os procedimentos clínicos encaminham-se para uma caracterização mais manual. (SCHRAIBER, 1989, p.92).

A doença, até então tida como uma entidade separada, passível de classificação em famílias, gêneros e espécies (visão ontológica), é identificada com as estruturas do corpo. Ocorre a passagem da medicina das espécies patológicas para a clínica anátomo patológica.

Ao mesmo tempo, no entanto, *“a enfermidade é concebida como natureza, mas uma natureza resultante de uma ação particular do meio no indivíduo: as bases*

---

<sup>5</sup> No modo de produção feudal, o trabalho do cirurgião afigurava-se mais compreensível, por sua ação e resultado visíveis diretamente. A medicina interna, por outro lado, revestia-se de certo mistério, por operar sobre aspectos não visíveis, já que pertencentes ao interior indecifrável do corpo humano. Isto fez do cirurgião e do físico (clínico), na sociedade medieval, figuras antagônicas cuja prática era fundada respectivamente na humilde técnica artesanal do primeiro, antepondo-se ao saber erudito e meio místico do segundo. “Assentadas sobre as características particulares dos respectivos objetos de trabalho, tais distinções legavam ao físico uma posição, quer no conjunto da sociedade feudal, quer na prática médica, hierarquicamente superior aos cirurgiões, mediante a valorização social atribuída a seu trabalho”. (SCHRAIBER, 1989, p. 77).

*sobre as quais se desenvolvem no indivíduo as diferentes espécies patológicas residem nas condições do meio*". (SCHRAIBER, 1989, p.88).

Neste sentido o hospital se presta de forma especial à prática médica, pois é um espaço coletivo cujo meio pode ser controlado e onde o doente pode ser bem vigiado. Segundo FOUCAULT (1980, p.226), "*um espaço coletivo e homogêneo*".

O controle do paciente, o controle do meio, o acompanhamento da evolução da doença e da resposta terapêutica, são extremamente facilitados com a prática hospitalar.

Os procedimentos hospitalares são caracterizados como procedimentos individuais, com base no estudo comparativo dos casos e no estudo e controle do meio. Segundo SCHRAIBER (1989), o espaço hospitalar é visto como um espaço coletivo composto por espaços individuais e espaço coletivo individualizado e isolado do meio social.

Isto possibilita a observação do coletivo como o conjunto das observações individuais. Como casos totalmente isolados e controlados em sua individualidade, livres das influências da totalidade social, a qual permanece do lado de fora do hospital.

Daí a tomada dos casos exclusivamente enquanto casos individuais e de suas situações de vida apenas tomada nos aspectos biológicos.

Como as concepções de normal e patológico estão relacionadas à manutenção ou alteração das regularidades anatômicas e fisiológicas do corpo, o conhecimento do coletivo pode-se dar pela forma de generalizações técnicas e científicas, iguais para o conjunto dos corpos.

Assim, as concepções de saúde e doença

são elaboradas como concepções gerais, fundadas não apenas a partir dos casos individuais, como principalmente, nestes, fundadas na individualidade essencial dos fenômenos que intervêm em suas situações biológicas, com o que são apresentados como concepções neutras e iguais para o conjunto dos indivíduos. (SCHRAIBER, 1989, p.95).

Conceber saúde e doença como fenômenos que ocorrem de forma homogênea para o conjunto dos indivíduos representa, ainda segundo esta autora, a reprodução, no saber médico, das concepções elaboradas acerca do corpo na ideologia dominante no modo de produção capitalista, uma vez que

... na medida das sucessivas reduções das determinações sociais do corpo, os significados particulares dos corpos, e das situações de normalidade, são elaborados em uma concepção de igualdade social, onde o conjunto dos corpos é tido como socialmente homogêneo e composto de individualidades apenas tecnicamente distintas. Deste modo, as concepções ideológicas, através de sua reprodução no saber médico, encontram nas concepções médicas uma elaboração mais acabada, a qual, pelo caráter técnico e científico de que se reveste, legitima, para o conjunto da sociedade, a própria concepção de igualdade social e aquela referida ao corpo-instrumento de trabalho. (SCHRAIBER, 1989, p.95-96).

Retomando a questão da caracterização da prática médica no capitalismo como uma prática uniforme, cabe ressaltar que esta uniformidade observa-se em relação à prática médica feudal, pois há, no modo de produção capitalista, distinções no trabalho médico e, portanto, no saber que os fundamenta e na valorização da posse deste saber.

Quanto mais permeado pela tecnologia e pelo aprofundamento e especificidade do conhecimento especializado, maior status social este trabalho assume. Trabalhos médicos de maior generalidade como o do clínico geral, do pediatra, do ginecologista, são vistos como menos nobres e são menos remunerados do que aqueles dos ultra-especialistas.

Fruto da divisão do trabalho médico, constituem-se monopólios de saberes particulares com a conseqüente criação de hierarquia entre os diversos detentores da posse destes saberes.

*“As relações que se estabelecem entre os médicos são também relações de dominação/subordinação, exercidas através da autoridade do saber”.* (SCHRAIBER, 1989, p.97).

NAVARRO (1979), considera que a profissionalização, a especialização e a conseqüente hierarquização da força de trabalho em saúde estão destinadas a aperfeiçoar o modelo de controle sobre os distintos componentes desta força, assim como o conhecimento e a prática médica. Assinala ainda que este padrão de controle *“se halla primordialmente determinado por el Capital, y sólo secundariamente – y muy secundariamente, desde luego – por la profesión médica”*. (NAVARRO, 1979, p.26).

O trabalho médico, neste modo de produção, embora tenda para a estruturação que o trabalho em geral assume (cooperação, divisão do trabalho, alienação do controle dos meios de produção etc), mantém uma dimensão artesanal, como requisito imperativo para a manutenção da autonomia da qual depende seu sucesso.

Sob as tensões criadas por estas determinações diversas, é que o trabalho médico irá se configurar como prática liberal, que, porém, ao longo de sua existência concreta no capitalismo, irá perdendo tais características, mantendo, no entanto, esta imagem, através da ideologia.

O próprio médico, na atualidade, realiza uma apreensão ideológica de sua prática individual como bem sucedida por meio da vontade e do empenho pessoal, desconsiderando, desta forma, que as opções pessoais significam na verdade atos socialmente definidos.

O conjunto da prática médica vai-se submetendo gradualmente ao domínio globalizante das relações capitalistas. Torna-se cada vez mais difícil, para o médico, apresentar-se perante a sociedade como um artesão, que goza de um status diferenciado, produtor e vendedor de seus serviços, submetido tão-somente a relações mercantis simples.

NOGUEIRA (2001), afirma que sobre os princípios da livre escolha, liberdade terapêutica, individualização na relação médico-paciente em termos técnicos e econômicos, a medicina liberal clássica emerge e floresce na fase

concorrencial do capitalismo como prática de um produtor autônomo em regime de livre concorrência. Confrontando-se com as práticas que acarretam assalariamento, concebe a si própria como “medicina liberal”, com isto conotando uma dignidade e uma liberdade especiais, teoricamente ausentes nas práticas assalariadas promovidas pelo Estado e pelos órgãos previdenciários dos trabalhadores.

Entretanto, na medicina liberal clássica, o médico é primariamente um servidor da classe dominante; para sua subsistência depende da realização do valor de sua força de trabalho, numa troca de serviços por rendas auferidas pelos vários segmentos da burguesia e das “camadas médias”; através da assistência pública e das instituições filantrópicas atende trabalhadores e indigentes. O ponto vital é o uso de sua força de trabalho especialmente habilitada, num serviço baseado no trabalho vivo.

O autor procura distinguir a medicina atual, fundada ainda nos princípios do liberalismo, mas que se erige em uma outra conjuntura político econômica, caracterizando-a como prática neoliberal.

Segundo NOGUEIRA (2001), a ideologia médica neoliberal nasce a partir de um movimento político de profissionais que procura conscientemente preservar as características e o espaço da prática médica privada, entendida como uma modalidade de “pequena produção”, portanto, dotada de relativa liberdade de mercado e de autonomia do produtor. Surge na fase monopolista do desenvolvimento capitalista, marcada, no setor saúde, pelos mecanismos reguladores do mercado desses serviços, estabelecidos graças ao sistema de previdência e também caracterizada pela penetração definitiva das relações capitalistas tanto na área de produção de insumos médicos, quanto na de prestação de serviços.

Ideologicamente essa medicina neoliberal caracteriza-se justamente pela defesa tenaz de relações individualizadas entre médico e paciente, o que lhe parece que só pode ser garantido pela manutenção de um razoável grau de liberdade de

mercado entre o grupo de pequenos produtores. O médico neoliberal aparece, assim como o liberal, como um servidor da classe dominante, mas seu serviço, em vez de assumir a forma mercantil simples (troca de M por D) diretamente, funda-se numa lógica de produção capitalista.

A medicina neoliberal introduz dois aspectos novos em relação à medicina liberal clássica: a inclusão da classe trabalhadora com alvo da assistência médica que presta e a transformação de pequeno produtor artesanal em microempresário

já que o rendimento dessa pequena produção capitalista não resulta apenas de pagamentos pelo usufruto da força de trabalho do médico (como ocorria na medicina liberal clássica) ou do dentista, mas também de lucros, apropriação da mais-valia social, porque estão implicadas, no fundo, relações capitalistas; além do mais, o médico e o dentista, a partir deste momento, colocam-se como *parceiros* mercantis do capital industrial produtor de insumos de saúde e esse 'serviço' prestado na circulação e realização do valor de mercadorias requer em contrapartida alguma forma de remuneração. (NOGUEIRA, 2001, p.45).

Segundo SCHRAIBER (1993), há duas categorias de fatores limitantes da autonomia individual da prática médica: a uniformidade e a diferenciação.

A uniformidade se dá desde a forma de captar a clientela, da disponibilidade do médico ao paciente, do vínculo que se estabelece na relação entre estes dois agentes, da forma de cobrança pelo serviço, até a questão da decisão individual no sentido da definição dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos a serem instituídos.

A diferenciação se dá, por exemplo, quanto ao tipo de clientela, definida às vezes pela localização do serviço, no centro ou no bairro, ou pela especialidade.

A trajetória percorrida pela prática médica hegemônica nas formações sociais capitalistas tem demonstrado, entretanto, a clara configuração de uma medicina composta pelo agrupamento de trabalhos parcelares, de especialistas que utilizam intensamente os recursos tecnológicos. Além disto o grau de especialização e de incorporação da tecnologia, tem sido cada vez mais valorizado como parâmetro de qualidade dos serviços.

... tanto os equipamentos quanto a organização institucional correlata da produção de serviços, virão substituir, como valor maior na qualificação da prática, a experiência clínica pessoal ou o local de fixação do consultório. Com isso se deslocam para os especialistas, para os médicos novos e atualizados, para os técnicos antes mais hábeis que observadores pacientes, para o hospital e todos os seus equipamentos, e para a empresa médica e todas as suas 'facilidades', os fatores que comporão o critério principal na diferenciação dos serviços. (SCHRAIBER, 1993, p.96).

A prática médica liberal perde seu espaço para uma “medicina tecnológica”, marcada pela intensa incorporação de tecnologia – o que significa, de modo geral a perda da posse dos meios de produção pelo agente do trabalho médico -, pela circunscrição da atuação clínica a áreas cada vez mais específicas pelo aprofundamento dos conhecimentos correspondentes, configurando as especializações.

...a especialização que aparece no início... com uma *relativa* importância por qualificar o desempenho pessoal, a partir da plena configuração da medicina tecnológica, principalmente como decorrência da presença do equipamento, mostra-se como única via que o médico tem para firmar-se profissionalmente, deslocando definitivamente o não-especialista do mercado. (SCHRAIBER, 1993, p.99).

Atualizar-se significa, então, aproximar-se da especialização, o que acarretará melhora do desempenho e conseqüente ganho de clientela.

Em muitos casos, porém, a especialização como forma de aproximação da prática mais atual, e mais valorizada socialmente, não é viável, restando como alternativa a simples incorporação de equipamentos e procedimentos muitas vezes realizados por terceiros.

Embora reconhecendo a importância da especialização para caminhar para se manter atualizado, esta nem sempre será alternativa compatível com o exercício profissional já estabelecido. Assim sendo, a forma de atualizar a prática preferencialmente adotada dar-se-á através da introdução do uso mais sistemático dos equipamentos diagnósticos – representado pelo uso direto dos aparelhos ou pelo uso dos recursos de serviços de terceiros (laboratórios clínicos, serviços radiológicos), e também através da introdução do uso dos instrumentos terapêuticos novos, sejam eles equipamentos, fármacos industrializados ou mesmo

o hospital. Este último deslocará o consultório e o domicílio definitivamente, como forma mais apropriada de espaço terapêutico. (SCHRAIBER, 1993, p.101).

Também o Estado, visando à extensão e à racionalização da assistência médica, interfere na organização do sistema, constituindo importante fator determinante da prática médica, quando não intervindo diretamente na prestação de serviços, criando novas formas de captação da clientela, pela compra ou financiamento da assistência realizada por terceiros, organizando o acesso, definindo o preço do serviço, os limites do uso da tecnologia, as relações entre as diversas especialidades e serviços.

A medicina tecnológica, no entanto, determina modificações também na intimidade do ato médico. Prolongando o tempo tecnológico e encurtando o tempo desarmado, mais simples, mais pessoal, mais barato, aumenta a produtividade ao mesmo tempo em que desvaloriza a relação médico-paciente, ao tornar menos importantes uma anamnese<sup>6</sup> e um exame físico que levariam a supor de forma indireta a presença de determinadas alterações anatômicas e fisiológicas. A tecnologia agora permite “ver” o que a clínica sugeria.

Segundo SCHRAIBER (1993), a prática médica trata agora de novas realidades clínicas, que a própria tecnologia faz aparecer, alterando radicalmente o tempo, a forma e o espaço das manifestações do sofrimento do doente.

Pela própria parcialização do trabalho médico, fruto, como já discutimos, da especialização, diferentes práticas médicas irão se configurando. Diferenças que às vezes nos trazem a dúvida quanto a serem classificadas como uma mesma profissão, como aquelas referentes às práticas de saúde pública, ou de serviços diagnósticos, entre outros, que se caracterizam por grande afastamento da clínica.

---

<sup>6</sup> Anamnese: informação acerca do princípio e evolução de uma doença até à primeira observação do médico. (FERREIRA, A B H, 1995. Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira).

Estando agora composta por práticas bastante diversas, também no plano da aparência a medicina viria a sofrer transformações, eliminando a possibilidade concreta da manutenção daquela imagem de homogeneidade.

Tentando, no entanto, resguardar sua identidade social, o pensamento médico buscou formular uma representação do trabalho que restituísse o homogêneo. Para tal a medicina procura manter uma representação comum da prática médica com a elaboração de um núcleo essencial comum. Um fazer fundado num saber técnico, vinculado fundamentalmente à ciência biológica, que a localiza no “mundo natural”.

A anamnese, o exame físico, os recursos diagnósticos e terapêuticos, são instrumentos universais, que dão um padrão uniforme ao ato médico, configurado pela clínica.

Apesar de mantida a imagem de homogeneidade através deste núcleo comum às diversas parcelas do trabalho médico, a diferenciação vai-se acentuando, determinada socialmente não só pelo desenvolvimento científico e conseqüente incorporação de tecnologia, mas pela própria organização social, pela ação do Estado intervindo no acesso, dando maior ou menor possibilidade para a iniciativa privada.

O trabalho médico *“é prática social, onde as possibilidades de ação técnica dependem de sua articulação com os demais trabalhos sociais, sendo as características de cada trabalho definidas no êxito com que se dá a articulação”*. (SCHRAIBER, 1993, p.175).

Neste sentido, como já dissemos, instala-se um contraste na sociedade capitalista entre o trabalho médico - que busca preservar a “liberdade” do trabalho artesanal, trabalho este que *“permanecia sob imediato controle dos produtores, nos quais estavam encarnados o conhecimento tradicional e as perícias de seus ofícios”*

(BRAVERMAN, 1987, p.61) - e as estruturações dos demais trabalhos cuja necessidade histórica peculiar é a cooperação<sup>7</sup>.

Retomaremos agora esta questão para melhor compreendê-la.

A reorganização das práticas sociais no capitalismo significou sua reconstituição sob a forma de coletivização do processo de trabalho.<sup>8</sup> Por isso vários trabalhos afins foram unificados em uma única forma social de realização.

Antes da parcialização dos trabalhos, com a unificação e uniformização, destruiu-se a arte de ofício do artesão.

Na medicina, este movimento resultou na configuração de uma prática técnica única, a prática médica, realizada apenas pelo médico, regulamentada e subordinada a uma só forma de saber – a ciência das doenças -, adquirida na escola médica.

Para o trabalho manual em geral, a unificação e padronização significou a alienação do trabalhador por referência ao controle dos processos de trabalho e do saber que fundamentava a execução do trabalho.

No parcelamento do trabalho em diversas tarefas, perde o trabalhador a possibilidade de controle sobre a concepção do projeto de produção dos produtos.

Esta concepção, passa a ser apropriada pelo trabalhador intelectual, que detém o saber científico, fruto da sistematização e desenvolvimento dos saberes que fundamentavam o trabalho artesanal.

Na medicina, no entanto, os trabalhadores, os médicos, são, ao mesmo tempo, produtores diretos e intelectuais.

---

<sup>7</sup> Chama-se cooperação a forma de trabalho em que muitos trabalham juntos, de acordo com um plano, no mesmo processo de produção ou em processos de produção diferentes mas conexos. (MARX. C. O CAPITAL, 1890).

A cooperação significa para o capital a ampliação da força produtiva do trabalho, a “criação de uma força produtiva nova, a saber, a força coletiva” (MARX. O Capital, v. I, p.375).

<sup>8</sup> “...se o capitalismo aparece como necessidade histórica de tornar social (socializado, coletivizado, repartido no conjunto social) o processo de trabalho, a *cooperação* dentro do processo de trabalho é a forma peculiar que aquele modo de produção necessita para a existência do capital. A cooperação significa para o capital a ampliação da força produtiva do trabalho, maior lucro por meio das regras que impõe: divisão em trabalhos parcelares que ampliam a escala do processo de trabalho, aumentando a produtividade e a quantidade de mais-valia produzida, seja porque divide, seja porque aliena o trabalhador do controle do processo”. (SCHRAIBER, 1993, p. 26).

Na verdade, também na medicina o saber separou-se do saber fazer. O saber está no conhecimento científico (ciências médicas) que fundamenta a prática médica, como os conhecimentos de Anatomia e Fisiologia. A diferença em relação aos outros trabalhos está no monopólio do saber e do saber fazer.

Desta forma, na medicina, a prática técnica revestiu-se da qualidade de trabalho intelectual, permitindo aos médicos *“constituírem-se em produtores diretos dos quais não seria possível alienar a concepção e o controle dos processos de trabalho”*. (SCHRAIBER, 1993, p.182).

Isto sem dúvida contribui decisivamente para conferir o respeito que a sociedade em geral tem por este trabalho, explicando em parte o poder e a influência deste profissional, na reprodução da ideologia dominante.

A medicina, ao atuar sobre as consciências, produz coesão social, por instaurar disciplinas normalizadoras da vida na sociedade.

O sofrimento do doente suscita uma intervenção quando representa um obstáculo para levar adiante a vida em sociedade. Com a instituição da medicina como “a” forma de cuidar da saúde, instaura-se a obrigatoriedade de recorrer a ela para este cuidado, pois, apesar da imagem de liberdade de escolha, a liberdade de procura pelo recurso médico estará delimitada pela opção entre procurar o médico ou morrer.

Assim, a procura pelo cuidado à saúde, fica restrita ao interior dos serviços médicos, cuja porta de entrada é o consultório, território da prática clínica, fundada em meios que delimitam e transformam o corpo doente com base no conhecimento sobre doenças.

...essa passagem para o plano do conhecimento teórico, em que a realidade do doente passa a explicar-se como doença, implica operações de entendimento do real nas quais o modo de ser da vida social deverá ser explicado e orientado por normas biológicas, apreendidas e definidas pela ordem científica. Com isto se introduz na explicação científica uma redução das múltiplas determinações sociais a uma razão natural, que omite as diferenças e particularidades das situações sociais. (SCHRAIBER, 1993, p.185).

Nas ciências médicas, as doenças são categorias nosológicas que expressam os diversos tipos de irregularidades anatômicas e funcionais. Através destas irregularidades a Patologia faz corresponder as situações de impedimento do viver.

Assim, a ciência da medicina reconstruiu na doença a problemática do doente, operando uma articulação entre a vida real e a ciência tal que os sofrimentos experimentados pelos sujeitos sociais, e que na medicina estão presentes como subjetividades singulares, encontraram nas estruturas do corpo humano as formas de sua objetivação e generalização. Estas são, sobretudo, formas capazes de 'naturalizar' esse objeto social, apagando nesse plano as diferenças relativas às diversas situações do constituir-se doente no conjunto da sociedade. Baseada em problemáticas sociais distintas, portanto, a ciência vem formulando, no conhecimento das doenças, um saber atinente a quaisquer doentes. Universalizada, a prática médica transforma os doentes, nesta dimensão em que os afasta do social concreto, em *indivíduos socialmente iguais*. (SCHRAIBER, 1993, p.186).

Vamos dar um exemplo que nos parece esclarecedor. Para remover a ferrugem dos cascos dos navios em reparo, o meio mais barato é o jateamento com areia, já que este produto encontra-se com abundância, é facilmente obtido e, portanto, tem custo muito baixo. Acontece que o jateamento com areia libera partículas minúsculas de sílica livre que, inaladas pelo trabalhador, alojam-se em seus pulmões, causando a silicose – doença pulmonar irreversível, progressiva, que, freqüentemente, leva jovens trabalhadores à morte por insuficiência respiratória.

Esta doença não acomete trabalhadores intelectuais, nem trabalhadores mais qualificados que tenham oportunidade de evitar atividades como a que citamos. Esta doença acomete exatamente aqueles indivíduos com baixa qualificação e restritas alternativas de trabalho que lhe permitam “ganhar a vida”.

Fica claro porque os indivíduos das diferentes classes sociais não são igualmente acometidos por esta doença.

Mas a medicina propõe-se a enfrentar a silicose, que, como entidade nosológica deverá ser bem conhecida, independente da origem social do corpo que a “carrega”.

A ciência legitima o conhecimento das doenças como única forma de explicação da realidade, colocando as outras como não neutras, não científicas, uma vez que não se referem de modo exclusivo ao “natural”.

O sofrimento do indivíduo é reduzido e traduzido em um corpo doente. O que requer, naturalmente, a intervenção do médico sobre este corpo.

Analisemos com maior profundidade a questão da medicina tecnológica e a perda da posse dos meios de produção pelo agente do trabalho – o médico.

Se, num primeiro momento, como dissemos, a medicina sofreu, como os demais trabalhos na sociedade capitalista, uma uniformização, na seqüência, pelo parcelamento do trabalho, fruto da especialização, do aprofundamento do saber em cada especialidade, da introdução maciça da tecnologia, foram ocorrendo as diferenciações cada vez mais acentuadas, configurando a medicina tecnológica.

Na medicina tecnológica, os médicos têm reduzido seu papel de mentores do desenvolvimento das forças produtivas, em favor da assunção realizada pela indústria de equipamentos ou químico-farmacêutica, perdendo, em geral, a própria posse dos meios de produção.

A posse dos meios de produção, pela elevada incorporação de tecnologia, torna-se financeiramente impossível para a maioria dos médicos. Os meios de produção pertencerão agora a grandes corporações, cooperativas, hospitais ou ao Estado, constituindo verdadeiros intermediários entre o médico e o paciente.

DONNANGELO caracteriza muito bem esta situação de constrangimento na qual o médico se vê colocado quando afirma que

...sem perder o controle técnico sobre o seu trabalho, o médico deve, entretanto, subordiná-lo ao modo como se encontram estruturadas as relações entre a clientela e as instituições, e entre estas e os demais médicos ou outros profissionais, e ao

tipo de controle que a instituição exerce sobre os instrumentos de trabalho. (DONNANGELO, 1975, p.73).

Incrementa-se o assalariamento médico, com a conseqüente redução da remuneração, obrigando o profissional a estabelecer vários vínculos, dispondo de menos tempo para realizar o trabalho em cada local, resultando, entre outras coisas, em queda na qualidade do próprio serviço.

A atração da clientela institucionaliza-se, redefinindo o tipo, o volume e a aderência dos pacientes aos médicos individuais, reorientando a própria relação médico-paciente. Haverá um aumento do volume da produção, com a conseqüente queda do tempo de cada unidade de produção.

Este redimensionamento da consulta como unidade de produção nada mais é do que expressão da redefinição do processo de intervenção com a superação da clínica como meio básico de trabalho.

O acúmulo de informações ao mesmo tempo em que amplia as possibilidades de interpretação e intervenção, inviabilizam o domínio, pelo profissional, da totalidade do conhecimento médico, potencializando a tendência à especialização – divisão técnica do trabalho médico, resultado da inovação técnico-científica.

NAVARRO,(1979, p.24) não concorda que a especialização seja fruto do progresso tecnológico. Afirmar que a especialização é fruto da necessidade de aperfeiçoamento do controle do Capital sobre o trabalho. Aumenta-se o controle buscando aumentar a produtividade.

Assim como nas fábricas, foi sendo desenvolvida na medicina do capitalismo, uma progressiva divisão de tarefas fragmentadas e simplificadas – embora marcadas pela utilização de recursos tecnológicos cada vez mais avançados em termos de incorporação de conhecimentos científicos – executadas por trabalhadores cada vez menos qualificados e menos conhecedores da globalidade do processo produtivo e, conseqüentemente, incapazes de controlá-lo.

Também, do mesmo modo como nas fábricas, paralelamente, criou-se um corpo de médicos assalariados, também fragmentados em várias especialidades - os burocratas dos serviços públicos e privados e os intelectuais da indústria médico-farmacêutica - responsáveis pelo controle dos outros trabalhadores, pela sistematização e aperfeiçoamento da fragmentação do trabalho e pelo aperfeiçoamento dos medicamentos, instrumentos e máquinas.

Isto caracteriza, segundo NAVARRO (1979),

la 'proletarización' de la medicina, por la que los médicos pierden cada vez en mayor medida su autonomía profesional, y, en su mayor parte, se convierten en gerentes muy bien pagados del equipo sanitario, sometido a una autoridad superior, es decir, a los administradores del Capital o de su órgano, el Estado. (NAVARRO, 1979, p.36).

A especialização aumenta a complementaridade e dependência entre os especialistas, em termos de compreensão da totalidade dos processos. O predomínio das ações complementares e dependentes entre diferentes especialidades, estabelece obrigatoriamente a cooperação. Cooperação, porém, entre desiguais. As diversas especialidades são marcadas por diferentes valorizações pela quantidade de tecnologia ou conhecimento agregado, além daqueles outros trabalhadores que assumem as parcelas menos valorizadas do trabalho médico, como fisioterapeutas, enfermeiros, nutricionistas etc.

A presença objetivadora da tecnologia potencializa o olhar do médico, radicalizando a racionalidade clínica, aumentando o poder de reproduzir as ideologias que explicam a saúde/doença como fenômenos individuais e naturais.

Originalmente os exames complementares visavam confirmar o diagnóstico, subordinados que estavam à clínica. Agora, sob a lógica do diagnóstico precoce, antes mesmo do aparecimento dos sintomas, intervindo nos fatores predisponentes, localizados na fase pré-patogênica da história natural das doenças, os exames ganham importância e subtraem espaço da anamnese e do exame clínico.

Se o olhar do médico se amplia, a lente tecnológica permite também a todos enxergar com maior clareza, o que a clínica “desarmada” apenas sugeria. Pacientes e outros agentes do trabalho têm agora maior capacidade de controle – intervenção, regulação, determinação - sobre o trabalho médico.

No entanto a autonomia e a exclusividade do trabalho médico são parcialmente preservadas, na medicina tecnológica, pelo elevado grau de conhecimento científico que o ato médico exige.

Para o paciente, ao mesmo tempo em que aumenta a viabilidade potencial do autocuidado, diminui a viabilidade concreta de realizá-lo, pois o conhecimento médico é cada vez mais especializado e profundo nas diversas áreas em que se fragmentou.

A especialização da medicina tecnológica é representada como uma prática “mais científica”. Como se ocorresse uma visualização mais ampla do natural do doente, antes dificultada pela ausência de tecnologia e pelo alto grau de subjetividade da prática fundada na clínica.

A especialização fragmenta e a medicina “ensina” ao doente perceber seu sofrimento no nível das estruturas e funções do corpo, não do todo orgânico individual.

Buscamos até aqui, para iluminar a compreensão dos fatores determinantes da configuração assumida pela prática médica nas formações sociais capitalistas, relacionar suas especificidades aos aspectos mais gerais da produção e da reprodução das relações sociais que dão suporte a este modo de produção.

Segundo DONNANGELO e PEREIRA (1979, p.31), analisar a especificidade assumida pela prática médica na sociedade de classes implica, primeiro, romper com a concepção de neutralidade, buscando identificar, em todos os aspectos da prática, as formas pelas quais ela exprime as determinações próprias a essa estrutura.

Não há neutralidade científica. Segundo KLEIN (2002), a prática científica está atrelada aos interesses das classes sociais, os quais apresentam-se opostos, derivados das condições concretas que definem sua existência social.

Aos proprietários dos meios de produção interessa a manutenção do modo de produção capitalista, aos trabalhadores, destituídos da posse daqueles meios, interessa a mudança radical deste modo de produção.

O confronto destes interesses inconciliáveis determina os limites e possibilidades da ciência hegemônica.

É preciso, portanto, aprofundar a análise para além da função técnica da medicina, explicitando seu significado econômico, político e ideológico, a partir de uma nova perspectiva.

Já dissemos que o “normal e o patológico” são definidos pelo uso social do corpo, que, por sua vez, depende do desenvolvimento histórico das forças produtivas, do grau em que os indivíduos obtêm seus meios materiais de existência, do modo como o fazem, do desgaste que isto implica sobre seus corpos.

Sob esta perspectiva, a prática médica é orientada no sentido de disciplinar ou normalizar o uso deste corpo.

Envolta numa imagem de uniformidade, esta prática apresenta diferentes matizes conforme a classe social a que se destine.

Estas diferenças diante da estrutura de classes se conformam pelo significado que o corpo assume nas diferentes classes sociais, e se expressam pela inclusão, exclusão, pelo acesso a diferentes instituições e pelas diferentes ações dirigidas às diversas clientela.

Apesar disto, pela transfiguração ideológica necessária para a reprodução das relações de produção nas formações sociais capitalistas, a medicina tende a revestir-se de um caráter de neutralidade. Transfiguração esta facilitada pela notável incorporação de tecnologia ao ato médico.

O considerável desenvolvimento do aparato científico e tecnológico subjacente à prática médica, e, conseqüentemente, a possibilidade de enfatizar na medicina, como atividade profissional específica, o caráter de cientificidade e a sua imediata função social – aplicar-se cientificamente ao objetivo da cura – constitui apenas uma das vias pelas quais se introduz a concepção de neutralidade da prática. (DONNANGELO e PEREIRA, 1979, p.29).

É, portanto, ainda segundo esta autora, a continuidade do processo de acumulação capitalista ou da reprodução das condições - econômicas e político ideológicas – da produção, que constitui o ponto de referência mais amplo para a análise da medicina como prática social na estrutura capitalista.

Assim, se o objeto do trabalho médico é o corpo, cabe lembrar que este corpo só se define no conjunto das relações sociais e que a prática médica sobre este corpo, define sua capacidade física e normatiza as formas de sua utilização. Desta forma a medicina reproduz as condições materiais necessárias para a produção econômica e participa da determinação do valor da força de trabalho.

Em nossa sociedade, ao invés de significar a possibilidade de buscar realizar os mais nobres projetos de vida, saúde significa a capacidade de produzir mais valia para os proprietários dos meios de produção. Isto explica o descaso no cuidado da saúde dos velhos, pobres e todas as parcelas da população excluídas dos circuitos principais de produção e consumo, que não vendem sua força de trabalho. Explica também o zelo extremo com que os médicos do trabalho cuidam para que os trabalhadores não “resolvam” adoecer, na busca frenética pela redução do absenteísmo no trabalho e melhoria da produtividade.

Segundo POLACK, citado por DONNANGELO, “*a norma do trabalho impregna o julgamento dos médicos como um ponto de referência mais preciso que um valor biológico ou fisiológico mensurável. A sociedade atribui portanto ao trabalho um valor de norma biológica*”. (DONNANGELO e PEREIRA, 1979, p.35).

A medicina assume assim, nas formações sociais capitalistas, importante papel na normatização das condutas de diferentes classes sociais. Põe-se a regular a vida privada, em particular das classes sociais “inferiores”. É, segundo

BOLTANSKI, citado por DONNANGELO (1979, p.42), a dimensão “pedagógica” da prática médica, expressão parcial do processo de reprodução das relações de classe.

## 2.1 A PRÁTICA MÉDICA, A PRODUÇÃO E A REALIZAÇÃO DE MAIS VALIA.

Buscaremos agora analisar as formas pelas quais a medicina contribui ou participa dos mecanismos de produção ou de realização da mais-valia, na exploração direta do trabalho médico, na reposição da força de trabalho e no consumo de materiais e equipamentos industriais.

Resultando de complexos e onerosos processos de produção industrial e realizando, através de seu consumo na prática médica, a mais valia produzida em outros setores, os novos meios de trabalho instauram um vínculo direto e específico entre a medicina e os objetivos básicos da produção econômica. (DONNÂNGELO, 1979, p.20).

Um aspecto central na configuração e determinação da prática médica no modo de produção capitalista é o fato de que, no cuidado médico realizado neste modo de produção, estão envolvidos a distribuição e o consumo de equipamentos médicos e medicamentos.

É no cuidado médico que ocorre a realização do valor das mercadorias produzidas na indústria médico-farmacêutica. O médico, portanto, constitui-se em elemento fundamental para o consumo dos produtos, pois uma tomografia computadorizada ou uma radiografia nada valem para o consumidor sem a interpretação do médico e a posterior prescrição.

Como o cuidado médico é um setor de consumo de instrumental e medicamentos, a produção destas mercadorias produz, “além do objeto de consumo, o modo e o instinto de consumo”. (AROUCA, 1975, p.214).

Assim, segundo AROUCA (1975), a forma de cuidado médico é determinada pela produção de objetos médicos, sendo no nível desta produção que se dá a reprodução deste setor do Capital.

Além disso, o trabalho médico participa da reprodução da força de trabalho, através dos serviços de atenção materno-infantil, garantindo a existência de trabalhadores e de um exército de reserva, disponíveis para mover a produção nas gerações futuras. Participa da manutenção e recuperação da força de trabalho, permitindo que o trabalhador que trabalhou hoje, esteja também amanhã em condições de trabalhar.

Para o trabalhador poder realizar o valor de troca de sua força de trabalho, precisa ter condições de utilizá-la, de modo a “mover os meios de produção”. É a medicina, através do trabalho médico, que realiza este julgamento nos exames que selecionam os trabalhadores em condição de vender sua força de trabalho.

Selecionando, mantendo e recuperando a força de trabalho, aumentando a sua produtividade, diminuindo os riscos a que ela está submetida, a Medicina participa da organização do processo produtivo, diminuindo o tempo de trabalho necessário e aumentando a mais-valia produzida. Desta forma, o cuidado médico é um trabalho que cria valores, contribui para a diminuição relativa do seu valor (tempo de trabalho necessário) e para o aumento dos valores que ela cria (mais-valia). (AROUCA, 1975, p.219).

Ou seja. O valor da força de trabalho é determinado pelos meios indispensáveis para a existência e reprodução do trabalhador, entre os quais o trabalho médico.

No entanto, ainda segundo Arouca, o trabalho médico ao contribuir para o aumento da produtividade, permite aumentar a mais-valia relativa e ao manter o trabalhador em boas condições anatômicas e fisiológicas, permite que este estenda a jornada de trabalho (horas extras), aumentando também a mais-valia absoluta.

Assim, o consumo do cuidado médico não aumenta o valor da força de trabalho reduzindo a mais-valia. Pelo contrário. Permite que a força de trabalho seja mais explorada, aumentando a mais-valia.

Para AROUCA, ao contribuir para reproduzir a força de trabalho ou para manter o exército de reserva, o trabalho médico é indiretamente produtivo. Na relação comercial direta, médico-paciente, pode ser improdutivo enquanto trabalho médico, mas realiza o valor das mercadorias (equipamentos médicos, medicamentos etc) consumidas no exercício de sua prática.

GONÇALVES (1979), discorda de Arouca quanto à afirmação do trabalho médico como produtivo, pois, entende que, embora contribua para manter a mercadoria força de trabalho em condições de ser consumida pelo Capital, o trabalho médico não produz, por si só, uma mercadoria.

Para GONÇALVES, mesmo quando o médico é assalariado diretamente por uma empresa de prestação de serviços médicos, ou assalariado diretamente por uma indústria para cuidar dos funcionários, seu trabalho é improdutivo (não gera mais-valia). O médico passa a ser explorado diretamente como os trabalhadores em geral, o que permite ao Capital apropriar-se de uma parcela da mais-valia global produzida pelo trabalho produtivo, mas seu trabalho, à semelhança do trabalho comercial, não gera valor.

Discordamos de GONÇALVES, uma vez que para MARX a produção capitalista não é apenas produção de mercadorias, ela é essencialmente produção de mais-valia.

Por tornar bastante clara esta questão, citaremos um trecho do capítulo 14, do Capital onde MARX exemplifica esta questão com o trabalho do professor que nos parece bastante similar ao trabalho do médico neste aspecto.

Só é produtivo o trabalhador que produz mais-valia para o capitalista, servindo assim à auto-expansão do capital. Utilizando um exemplo fora da esfera da produção material: um mestre-escola é um trabalhador produtivo quando trabalha não só para desenvolver a mente das crianças, mas também para enriquecer o

dono da escola. Que este invista seu capital numa fábrica de ensinar, em vez de numa de fazer salsicha, em nada modifica a situação. O conceito de trabalho produtivo não compreende apenas uma relação entre atividade e efeito útil, entre trabalhador e produto do trabalho, mas também uma relação de produção especificamente social, de origem histórica, que faz do trabalhador o instrumento direto de criar mais-valia. (MARX, 2001, p.578).

A compreensão, portanto, da tendência ao assalariamento do médico, determinada em muito pela impossibilidade financeira da posse dos meios de produção, só pode ser obtida se analisada sob a ótica de sua subordinação às leis do capitalismo.

No Capitalismo todas as esferas da sociedade, incluindo a saúde, devem estar submetidas ao regime capitalista. Portanto, o cuidado com a saúde deve também possibilitar a apropriação de mais-valia.

Como existe uma limitação do poder de compra dos indivíduos usuários e um custo dos “insumos” (meios de produção) cujo valor deve ser realizado no consumo do cuidado, o fator que pode ser controlado e racionalizado é o trabalho médico. Para isto é necessário transformar este trabalhador independente em trabalhador do qual se possa utilizar para apropriar-se de mais-valia, o trabalhador assalariado.

## 2.2 MEDICINA E REPRODUÇÃO: A CRISE DA MEDICINA E AS REFORMAS CONSERVADORAS

A crise da medicina ocidental é parte integrante da crise mais ampla do capitalismo contemporâneo, demarcada, segundo NAVARRO (1979), pela crise de legitimação e acumulação do Capital, com a conseqüente crise das sociedades ocidentais e seus sistemas de saúde.

A crise da Medicina em particular, tem se explicitado por seu intenso crescimento acompanhado da ineficácia para resolver os principais problemas de saúde.

Segundo NAVARRO (1979), as principais características desta crise - crescimento e ineficácia - são devidas às necessidades criadas pelo processo de acumulação do Capital, somadas às demandas expressadas pela população trabalhadora. Estas necessidades, por serem geradas pelo Capital e pelo Trabalho, estão intrinsecamente em conflito.

As necessidades do Capital, e a invasão pelo Capital de todas as esferas de nossas vidas, criam cada vez mais problemas de saúde que requerem um aumento dos serviços sociais em geral e de saúde em particular. Desta forma se impõe à medicina a tarefa de realizar o impossível. De resolver os problemas que estão fora de seu controle. Esta é a causa da ineficácia da medicina. Os problemas são criados pelo processo de acumulação do Capital e se incumbe a medicina de resolvê-los no âmbito restrito da ação médica. Esta é, segundo NAVARRO (1979), a causa real da ineficácia médica.

Mesmo que a medicina se mostre ineficaz neste sentido, desempenha uma importante função legitimadora: cria a falsa consciência de que o que é um problema coletivo e, portanto, político, determinado pelo processo de produção e de consumo nas sociedades capitalistas, pode ser resolvido mediante a intervenção terapêutica individual. Despolitiza assim o que é um problema essencialmente político. O que exige uma resposta coletiva é apresentado como um problema individual que demanda uma resposta individual.

*“Esta es la función ideológica de la medicina, es decir, la legitimación de las relaciones de clase en nuestra sociedad”.* (NAVARRO, 1979, p.51).

A sociedade capitalista cria, portanto, ao lado da necessidade de consumo para realizar a mais-valia, necessidades que não pode satisfazer, uma vez que são fruto do próprio funcionamento do sistema. Para a sobrevivência do sistema é

necessário que haja a máxima exploração das classes dominadas, gerando necessariamente desigualdade de acesso aos bens que esta sociedade pode produzir.

A face desta desigualdade está estampada nas parcelas da população vitimadas pela fome, pelas doenças carenciais, doenças mentais, doenças ocupacionais, violência etc.

Num processo de transfiguração ideológica, no entanto, o problema é colocado fora do processo produtivo e situado em esferas “sociais” como a educação, a saúde, a previdência. O processo produtivo, causa desta falência em suprir as necessidades sociais, é apresentado como solução. Cria-se a idéia de que aumentando a produção todo o conjunto da sociedade poderá ter acesso aos bens produzidos. “Esquecendo-se” de dizer que numa sociedade dividida em classes, não há um conjunto, mas alguns conjuntos com interesses opostos – as classes sociais.

Este mecanismo ideológico permite apresentar a idéia segundo a qual a solução para os problemas de saúde, educação etc, devam ser encontradas no interior destes setores.

Os diversos problemas de saúde, síntese de múltiplas determinações originadas pelo modo de produção capitalista, são apresentados como fruto da falência do setor da saúde. Sob esta ótica é a Medicina que se encontra em crise, uma vez que não consegue proporcionar uma vida saudável para o “conjunto da sociedade”, e é no interior da Medicina que as soluções deverão ser encontradas.

Diante do que poderíamos denominar de tese da inadequação da Medicina ou da crise deste setor da sociedade, diversas propostas de reforma são apresentadas, tendo como eixo norteador comum, indicar alterações a serem efetuadas no interior deste setor da sociedade que, isolado do todo social, pode ser alterado deixando intocado o modo de produção.

Desta forma, são muito bem conhecidas, atualmente, as deficiências da Medicina que precisam ser corrigidas para que o “setor saúde” obtenha, como

resultado de suas intervenções, a melhora da saúde da população, mesmo que esta saúde signifique a manutenção/recuperação do corpo como força de trabalho.

O governo brasileiro, num esforço coordenado dos Ministérios da Saúde e da Educação, tem recomendado e criado incentivos financeiros para que os serviços de saúde e as instituições formadoras assumam determinadas características que se supõe necessárias para qualificar a prática médica, adequando-a às necessidades de saúde da população.

Quanto a isto cabe lembrar desde já que numa sociedade de classes não podemos nos referir a necessidades de saúde da população (conjunto da população), uma vez que, como já dissemos, as necessidades de classe são distintas e muitas vezes antagônicas.

Segundo BREILH, *“o Estado burguês define e implementa as necessidades sanitárias em plena congruência com os interesses dos setores hegemônicos e, naturalmente, ao fazê-lo se opõe ao avanço da conquista social das verdadeiras necessidades”*. (BREILH, 1991, p.173).

Num documento recente da Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, poderíamos dizer que esta questão é quase que declarada, pois o que se propõe são *“mudanças que visem a adequação dos graduandos, conhecimentos e serviços prestados pelas instituições acadêmicas às necessidades do SUS”*. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2001).

Não são mais as necessidades de saúde das classes sociais que compõem a população, mas as necessidades do Sistema Único de Saúde que devem ser consideradas. Sistema este que hoje, no concreto, tende cada vez mais a cuidar precariamente da saúde/doença de uma população precarizada, excluída do circuito principal de produção e consumo.

Vivemos atualmente uma situação de grande retrocesso nas políticas compensatórias de Estado, situação esta materializada pela globalização e

hegemonia das políticas neoliberais, com o desmonte dos Estados de bem-estar social – Welfare State.<sup>9</sup>

Um problema estrutural do Capitalismo tem sido apresentado como uma situação de crise, o que implica a idéia de transitoriedade. Pode ser que esta forma de apresentação da “crise” seja transitória, mas a questão de fundo, estrutural do Capitalismo, se mantém. Com o desenvolvimento das forças produtivas, o incremento de tecnologia, principalmente representada nos últimos tempos pela intensa automação e informatização dos processos de produção, o Capital, mesmo às custas de um gasto inicial maior com os meios de produção, consegue reduzir o custo dos produtos. A tecnologia permite produzir mais, com menor tempo de trabalho, possibilitando ainda substituir trabalho vivo por trabalho morto, reduzindo esta parcela do custo das forças produtivas. Num primeiro momento ocorre uma conseqüente possibilidade de elevação dos lucros, pois a mercadoria é produzida por um custo inferior em maior quantidade. A concorrência intercapitalista, no entanto, força a redução do preço, já que o custo real do produto reduziu, pela menor quantidade de trabalho vivo necessária para sua produção.

Instaura-se desta forma um aparente paradoxo: a economia em força de trabalho levando à redução da taxa de lucro. Vejamos como isto ocorre.

No modo de produção capitalista, o que agrega valor às mercadorias é o trabalho. É da exploração da força de trabalho, pela extração da mais-valia, que o

---

<sup>9</sup> Segundo DRAIBE (1989), tanto o conceito de Welfare State quanto as formas de concretiza-lo e implementa-lo nas diversas nações não são unívocos e admitem variações segundo as correntes teóricas a que se filiam seus estudos. Alguns elementos comuns podem, no entanto, ser assinalados, para que possamos caracterizar de modo bastante genérico o seu significado. “Primeiramente, a referência à ação estatal na organização e implementação das políticas sociais independe do grau em que se efetiva a participação do Estado em cada uma delas. Em segundo lugar, e em decorrência, está envolvida na concepção de Welfare State uma determinada relação entre o Estado e o Mercado, na qual o primeiro tende a alterar o livre movimento assim como os resultados socialmente adversos do segundo. Em terceiro lugar, está a noção de substituição de renda, quando esta é perdida temporária ou permanentemente, dados os ‘riscos’ normais próprios das economias de mercado: a perda da capacidade de trabalho por condições de velhice, doença, maternidade ou na situação de desemprego. Mas também – principalmente na tradição anglo-saxã – a manutenção ou integração da renda, tomado como referência um patamar mínimo considerado satisfatório para o atendimento das necessidades sociais vitais dos indivíduos e das famílias. Ou seja, contemplam-se também aqueles que estão fora do mercado ou a ele marginalmente incorporados. Nesta acepção, as políticas de Welfare têm como referência menos o trabalhador contributivo, antes o conjunto dos cidadãos; por sua vez, estes têm nelas a garantia do exercício de um direito e não a expressão de uma ação benevolente do Estado. Direito social, no caso, referido às necessidades vitais social e culturalmente consideradas: a alimentação, a atenção à saúde, a educação e a habitação”...

Capital acumula valor. Quando o Capital reduz a necessidade de força de trabalho para a produção, reduzindo o custo da produção, pela menor quantidade de trabalho necessária, reduz também a sua própria fonte de extração de mais-valia. Mata a galinha dos ovos de ouro.

Diante da inexorável queda da taxa de lucros, o Capital necessita ampliar os espaços de exploração e intensificar a exploração dos espaços sociais já explorados. É para viabilizar esta “nova” exploração que surge o ideário neoliberal<sup>10</sup>.

MARX e ENGELS em *o Manifesto Comunista*, texto escrito em 1848, já apontavam que “*A necessidade de um mercado constantemente em expansão impele a burguesia a invadir o globo. Necessita estabelecer-se em toda a parte, explorar em toda a parte, criar vínculos em toda a parte*”.

Os Estados de bem-estar social, que se materializaram pela constituição de Estados burgueses fortes, com um fundo público ampliado, o que permitia o controle monopólico dos setores estratégicos da economia, desmercantilizando a reprodução da força de trabalho e assegurando desta forma a reprodução das condições de exploração e, em última instância, a reprodução do modo de produção capitalista, passam a representar uma ameaça à liberdade dos cidadãos e à vitalidade da concorrência, da qual depende, na visão dos neoliberais, a prosperidade de todos.

A desigualdade, uma taxa “natural” de desemprego, um volumoso exército de reserva que permitisse manter os salários bastante baixos, foram rerepresentados como valores positivos e saudáveis.

As raízes da crise, afirmavam Hayek e seus companheiros, estavam localizadas no poder excessivo e nefasto dos sindicatos e, de maneira mais geral, do movimento operário, que havia corroído as bases de acumulação capitalista com suas pressões reivindicativas sobre os salários e com sua pressão parasitária para que o Estado aumentasse cada vez mais os gastos sociais.

Estes dois processos destruíram os níveis necessários de lucros das empresas e desencadearam processos inflacionários que não podiam deixar de terminar numa crise generalizada das economias de mercado. O remédio, então, era claro: manter

---

<sup>10</sup> O neoliberalismo nasceu logo depois da II Guerra Mundial, na região da Europa e da América do Norte onde imperava o capitalismo. Foi uma reação teórica e política veemente contra o Estado intervencionista e de bem-estar. (ANDERSON, 1995).

um Estado forte, sim, em sua capacidade de romper o poder dos sindicatos e no controle do dinheiro, mas parco em todos os gastos sociais e nas intervenções econômicas. (ANDERSON, 1995, p.10).

A queda tendencial da taxa de lucro, “erro inato do metabolismo capitalista”, é apresentada pela ideologia capitalista como consequência da perda temporária do rumo do Estado capitalista, rumo este que será corrigido com a receita neoliberal.

Seguindo esta vaga neoliberal, as políticas públicas, entre as quais as de saúde, passam de um momento orientado pelos princípios da democratização e da universalização vivido com maior intensidade nos anos 70 e 80, para um momento atual marcado por medidas racionalizadoras de contenção dos custos setoriais.

A revisão dos estados de bem-estar significa, em verdade, a remercantilização da reprodução da força de trabalho, permitindo a penetração sem restrições (ou com mínimas restrições) do Capital nestes setores do mercado até então reservados, em maior ou menor grau, pelos diversos Estados.

Neste contexto, os organismos internacionais de financiamento, aos quais os países periféricos como o Brasil estão atrelados, passaram a ditar novas regras, de teor basicamente racionalizador, muitas das quais conflitantes com as determinações constitucionais e os interesses da maioria da população.

Segundo SOARES, citado por TOMMASI (1996), nos anos 80, a eclosão da crise de endividamento abriu espaço para uma ampla transformação do papel até então desempenhado pelo conjunto dos organismos multilaterais de financiamento e em especial pelo Banco Mundial. Aqueles passaram a figurar como agentes centrais do gerenciamento das precárias relações de crédito internacional e o Banco Mundial ganhou importância estratégica na reestruturação econômica dos países em desenvolvimento por meio dos programas de ajuste estrutural. De um banco de desenvolvimento, indutor de investimentos, o Banco Mundial tornou-se o guardião dos interesses dos grandes credores internacionais, responsável por assegurar o

pagamento da dívida externa e por empreender a reestruturação e abertura destas economias, adequando-as aos novos requisitos do Capital globalizado.

O Banco Mundial exerce profunda influência nos rumos do desenvolvimento mundial devido ao volume de empréstimos, à abrangência das áreas de atuação e ao caráter estratégico na reestruturação neoliberal dos países em desenvolvimento.

O objetivo dos programas de ajuste é assegurar o pagamento da dívida e transformar a estrutura econômica dos países de forma a fazer desaparecer características julgadas indesejáveis e inconvenientes ao padrão de desenvolvimento neoliberal.

Por meio das condicionalidades, o Banco Mundial começou a implementar um amplo conjunto de reformas estruturais nos países endividados, pautadas em uma concepção 'mais adequada de crescimento': liberal privatista, de abertura ao comércio exterior e ortodoxa do ponto de vista monetário. Estas políticas que atendem em termos gerais às necessidades do capital internacional em rápido processo de globalização, foram batizadas no final dos anos 80 de 'Consenso de Washington'. Embora alguns componentes desses programas tenham variado ao longo do tempo, são cinco os seus eixos principais:

1. equilíbrio orçamentário, sobretudo mediante a redução dos gastos públicos;
  2. abertura comercial, pela redução das tarifas de importação e eliminação das barreiras não-tarifárias;
  3. liberalização financeira, por meio da regulação das normas que restringem o ingresso de capital estrangeiro;
  4. desregulamentação dos mercados domésticos, pela eliminação dos instrumentos de intervenção do Estado, como controle de preços, incentivos, etc.;
  5. privatização das empresas e dos serviços públicos.
- (SOARES, p.23).

A avaliação da performance do Banco Mundial é extremamente negativa. Financiou um tipo de desenvolvimento econômico desigual e perverso socialmente, que ampliou a pobreza mundial, concentrou renda, aprofundou a exclusão e destruiu o meio ambiente.

No Brasil vem exercendo profunda influência no processo de desenvolvimento.

Durante o período de expansão da economia que perdurou até o final dos anos 70, o Banco Mundial promoveu a “modernização” do campo e financiou um conjunto de grandes projetos industriais e de infra-estrutura no país, que contribuíram para o fortalecimento de um modelo de desenvolvimento concentrador de renda e danoso ao meio ambiente.

Nos anos 80, com a emergência da crise de endividamento, o Banco Mundial e o FMI começaram a impor programas de estabilização e ajuste da economia brasileira, através da intervenção direta na política econômica interna muitas vezes associada a influências na própria legislação brasileira.

Segundo SOARES citado por TOMMASI (1996), as políticas recessivas acordadas com o FMI e os programas de liberalização e desregulamentação da economia, estimulados pelo Banco Mundial, levaram o país a apresentar, no início dos anos 90, um quadro de agravamento da miséria e da exclusão social sem precedentes neste século, com cerca de 40% de sua população vivendo abaixo da linha da pobreza.

As “recomendações” do Banco Mundial para a educação e para a saúde no Brasil, configuram políticas compensatórias mínimas de alívio da pobreza, que têm sido denominadas de cesta básica. Para ALMEIDA (1999), medidas de racionalização da atenção, visando universalizar o acesso à atenção básica de saúde, num contexto de escassez de recursos. Conforme várias análises, uma tentativa de oficialização da iniquidade.

Relataremos sucintamente o que preconiza o Banco Mundial em relação às ações que em seu relatório são classificadas como sanitárias e de assistência à saúde.

As recomendações do Banco Mundial, para a saúde, nos países “em desenvolvimento”, formam um conjunto mínimo de ações que, segundo o próprio banco, com baixo investimento, obtém resultados expressivos no alívio à pobreza. O banco desaconselha investimentos públicos em ações complexas, que, muito

onerosas, obtêm baixo retorno em termos de impacto sobre as doenças. Estas ações devem ficar, segundo o relatório do banco, no âmbito da iniciativa privada (provavelmente pela maior possibilidade de lucro).

Vejamos o que o banco recomenda para a constituição do “pacote básico”:

As condições locais variam, mas um pacote sanitário básico deve incluir:

- Programa Ampliado de Imunização, incluindo suplementação com micronutrientes
- Programas sanitários escolares para tratar as verminoses e a deficiência de micronutrientes; e também para transmitir noções de higiene
- Programas para esclarecer o público sobre planejamento familiar e nutrição, sobre a conveniência de automedicar-se ou buscar tratamento, e sobre o controle de vetores e doenças
- Programas para reduzir o consumo de tabaco, álcool e outras drogas
- Programas de prevenção da AIDS com ênfase nas DST.

(BANCO MUNDIAL, 1993, p.113-114).

No que diz respeito à assistência médica, o pacote básico proposto pelo banco segue critérios de escolha de caráter claramente econômico/financeiro.

...na seleção dos componentes do pacote essencial os fatores mais importantes deveriam ser a eficácia relativa das intervenções, em termos de custos, o âmbito e a localização dos problemas de saúde que afetam a população, e também a disponibilidade de recursos. (BANCO MUNDIAL, 1993, p.119).

Em todos os países, o pacote clínico essencial deveria incluir cinco conjuntos de intervenções clínicas: atendimento a gestantes e parturientes; serviços de planejamento familiar; tratamento infantil; tratamento de tuberculose; e acompanhamento caso a caso de doenças sexualmente transmissíveis (DST). (BANCO MUNDIAL, 1993, p.119).

Seguindo uma orientação de cunho meramente econômico, o banco chega a desaconselhar investimentos públicos em áreas como de tratamento de água e esgotamento sanitário.

Em relação à assistência das doenças que requerem intervenções mais complexas, recomenda que o pagamento seja “do próprio bolso” já que estas questões, segundo o banco, compõem usualmente o perfil de morbidade das pessoas menos desfavorecidas.

Para um país que obteve, num processo vitorioso de intensa luta democrática, uma legislação que garantiria a formação de um Sistema Único de Saúde, marcado por princípios como integralidade, universalidade, igualdade, controle social, estas determinações soam inaceitáveis. Especialmente porque, devido justamente às medidas de ajuste econômico impostas, além de persistirem graves desigualdades nas condições de vida e saúde, verifica-se um considerável aumento da demanda por serviços e se aprofundam as iniquidades de acesso aos mesmos.

Neste panorama, fundadas em princípios emprestados da Higiene, da Medicina Preventiva, da Medicina Integral, da Medicina Social ou Comunitária, rearticulam-se sob novas roupagens, propostas de cunho reformista-conservador. Citaremos algumas destas características que nos parecem importantes para demonstrar sucintamente a origem do ideário das propostas atuais.

Embora na Europa do século XVIII já ocorressem práticas higiênicas, no final do século XIX a Higiene organiza-se, como prática social, em torno da necessidade do cuidado dos cidadãos pelo Estado, dando aos comerciantes as garantias e estabilidade necessárias para os seus negócios como forma de aumentar a riqueza e poder da Nação.

Marca importante da vertente higienista é o estabelecimento de *normas* a serem seguidas, buscando enquadrar o comportamento das pessoas aos novos modos de organizar a sociedade. Os homens seriam doentes por ignorância bastando, portanto, “educá-los”!

Para cada idade a higiene possui normas que, se aplicadas, fariam com que cada indivíduo se mantivesse com saúde até a morte natural.

A Higiene centra nas medidas higiênicas a solução dos problemas cujas origens estão nas próprias condições de existência.

Representando uma visão de mundo ideológica que no conjunto de suas representações abstrai as causas para afirmar uma solução **normativa**,

discursando sobre as alternativas de mudança das condições de existência, dentro da própria estrutura que determina estas mesmas condições de existência. (AROUCA, 1975, p.87).

A medicina preventiva nasce nos Estados Unidos, como um movimento ideológico, fruto de uma leitura liberal dos problemas de saúde para cuja solução as práticas médicas vinham mostrando-se insuficientes. Parte da definição desta crise na atenção médica, que deve ser resolvida ao nível dos próprios médicos, sob a ameaça da intervenção estatal.

Fundada no conceito ecológico de saúde e na história natural da doença, naturaliza o *social* incluindo-o no “meio ambiente natural”, escamoteando sua construção histórica.

Introduz a idéia do ciclo econômico da saúde (circularidade da causação: doença > pobreza > doença) na figura da espiral onde coloca como categorias homogêneas, os fatores biológicos, econômicos e sociais, sem estabelecer uma relação de hierarquia entre estas determinações. Com esta distorção ideológica é possível criar a idéia de que agindo sobre qualquer ponto, move-se a espiral. Agindo sobre a educação, por exemplo, melhora-se a saúde, a condição econômica etc.

A Medicina Preventiva procura ainda o descentramento do biológico, a inclusão da família como unidade fundamental no cuidado, a antecipação da prática de saúde ao aparecimento da doença.

Se a Medicina Preventiva ficava no campo das idéias, a Medicina Social ou Comunitária, caracterizou-se por constituir práticas alternativas ou paralelas de atenção, visando a extensão e a racionalização da atenção médica.

A Medicina Comunitária também iniciou nos EUA após o movimento preventivista, com interesse em aliviar tensões sociais, dando ênfase nas ciências da conduta, mas sem tocar no “mandato social da assistência médica convencional”.

Primava pela extensão da medicina sob a forma de serviço individual a populações até então excluídas. Propunha o trabalho médico coletivo, com a

inclusão de outras categorias profissionais, visando a prestação de uma assistência tecnologicamente simplificada.

Trazia ainda no bojo de seu ideário a ampliação das funções sociais do médico, colocando no interior do ato médico a “responsabilidade” da mudança. O que na verdade constituiu uma forma de manutenção, não de mudança. Uma alternativa à intervenção estatal na assistência nos EUA e uma alternativa à alteração nas relações sociais em nosso país.

Colocando como limite da intervenção no social a comunidade, impede-se a reflexão sobre a sociedade como um todo. E se não houver uma comunidade organizada, fará parte do trabalho formá-la enquanto comunidade, estimular a “participação comunitária” – os mutirões, o autocuidado - para a superação dos problemas.

Se voltarmos nosso olhar para a atualidade, veremos despontar como estratégia central de reformulação oficial da assistência à saúde – leia-se estratégia de extensão e racionalização dos gastos com a assistência - o Programa de Saúde da Família - PSF.

Citaremos a seguir algumas das principais características do PSF, extraídas de manuais inspirados nas orientações do Ministério da Saúde.

A prática da saúde da família é voltada para o indivíduo em cada um dos momentos de sua vida. O profissional do PSF compreende a doença em seu contexto pessoal, familiar e social. A convivência contínua lhe proporciona esta compreensão e o aprofundamento do vínculo de responsabilidade para com a solução dos problemas e para a manutenção da saúde dos indivíduos, jamais perdendo de vista suas relações com o mundo que o cerca, com o qual interage, permanentemente, tendo como aspecto fundamental na sua prática o *trabalho em equipe*.

Sendo que suas atribuições são:

1. Conhecer a área nas suas dimensões e transformações no território-família;
2. Participar do processo de planejamento das ações e da organização do processo de trabalho das Unidades do PSF;
3. Oportunizar os contatos com as famílias de sua área adstrita para abordar os aspectos de promoção e de prevenção específica, inclusive os ligados ao processo de educação sanitária, visando a manutenção da saúde da referida população;
4. Priorizar e vigiar a população mediante risco;

5. Registrar e analisar os dados das famílias, buscando monitorar sua área de atuação;
  6. Incentivar a participação do usuário e orientar quanto à importância da continuidade do acompanhamento pelo serviço de saúde;
  7. Realizar ações educativas, individuais familiares e coletivas para a incorporação de hábitos saudáveis e do auto cuidado, intra e extra-clínica.
  8. O médico de família “*é um advogado do usuário em relação à política pública e em relação a cuidados de saúde*”. Tem “*corresponsabilidade com o sistema de saúde para o manejo de recursos finitos (gestão de exames, pedidos de referência, práticas novas)*”.
- (CURITIBA. SMS, 2001, p.153).

Nestas poucas citações ficam evidentes os aspectos herdados da higiene, medicina preventiva, medicina integral, medicina comunitária e seu direcionamento francamente conservador.

As intervenções deverão ocorrer nos limites da família ou, quando muito, de uma comunidade, e a relação com o Estado dar-se-á mediada pelo médico de família, espécie de filtro e fio condutor das manifestações populares.

A simplificação do ato médico, a utilização de equipe multiprofissional que inclui um elemento novo, o agente comunitário – “profissional” sem formação específica na área da saúde, com um vínculo empregatício precarizado, uma remuneração pífia e uma qualificação bastante superficial – a grande carga de responsabilização dos indivíduos pela sua própria saúde, a localização destes serviços nas áreas de maior precariedade urbana, a utilização quase exclusiva pela parcela da população pobre, sobrando - excluída do circuito principal de produção e consumo - faz lembrar em muito tanto os princípios da higiene, da medicina preventiva, da medicina comunitária, quanto as recomendações do Banco Mundial para a saúde nos países em processo de “ajuste econômico”. Segundo MERHY & FRANCO (2002) “*a origem desta agenda que colocou o PSF na ordem do nosso dia, não é tão isenta assim e nem tão ingênua. Tem a marca dos projetos neoliberais de modo indiscutível*”.

Os princípios enunciados pela saúde da família sem dúvida apresentam aspectos positivos e muitos dos médicos que ali trabalham são militantes devotados

da “causa da saúde”. Isto não modifica, no entanto, o caráter conservador desta política, acorde com a necessidade de estender a assistência como estratégia de alívio à pobreza e de racionalização dos gastos, assim como de fragilização do controle social, pela “domesticação” dos movimentos sociais.

Estando localizada na Saúde Pública, fazendo parte, portanto das políticas públicas de Estado, seria ingênuo esperar que propostas como esta viessem para intervir nas raízes dos problemas de saúde. Estas se localizam no próprio modo de organizar a produção na sociedade, cuja manutenção é a razão da existência deste Estado. Nascem, portanto, justamente para viabilizar a manutenção do modo de produção, aliviando tensões sociais, e propondo soluções paliativas, pautadas numa leitura ideológica da causalidade dos problemas de saúde.

Nesse sentido, a estratégia da organização da assistência através da saúde da família é apresentada por intelectuais como MENDES (1996), um de seus grandes defensores, como vítima de um grande dilema, que seria o culpado por seus possíveis fracassos: a ausência de recursos humanos, para a sua viabilização, para o que seria necessário instituir um mercado atrativo através de uma remuneração digna e reorientar, qualitativamente, o fluxo de recursos humanos, capacitando-os para a saúde da família.

Esta forma de ver a questão, muito em voga na atualidade, tem motivado incentivos e manifestações de apoio tanto por parte do Ministério da Saúde quanto das entidades formadoras.

Parece haver um grande consenso em torno da necessidade de se adequar a educação médica no sentido de originar uma prática que obtenha melhores resultados.

Buscaremos, a seguir, analisar os principais aspectos da educação em geral e da educação médica em especial, nas formações sociais capitalistas, no sentido de iluminar a reflexão sobre suas possibilidades e limitações na determinação de

uma nova prática médica e da contribuição para a melhoria da saúde das diferentes classes sociais.

### CAPÍTULO 3 A EDUCAÇÃO NO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA

A educação, no modo capitalista de produção, é o preparo técnico dos trabalhadores, no sentido da aquisição dos conhecimentos necessários para, ao relacionar-se com os meios de produção, produzir as mercadorias. Mas é, ao mesmo tempo, a inculcação de um modo de representar a relação que os homens estabelecem a partir deste modo de produção - as relações de produção capitalistas, relações de exploração - como sendo naturais. Ou seja, a educação é, ao mesmo tempo, transmissão de saber e de uma ideologia, determinados pelo modo de produção estabelecido.

É preciso “educar” trabalhadores, para o desempenho de diferentes funções determinadas pela divisão social e técnica do trabalho, provendo-os dos diferentes saberes necessários para cada função. É preciso também “educá-los” para a assunção destas diferentes funções, assim como para a assunção das normas sociais que regem as relações que se estabelecem entre os diferentes trabalhadores, e entre os trabalhadores e os agentes da exploração capitalista.

A educação, tanto enquanto transmissão de conhecimentos técnicos, quanto de uma determinada visão de mundo, ocorre na totalidade dos espaços sociais.

A educação é imanentemente presente à totalidade histórica e social e coopera no processo de incorporação de novos grupos e de indivíduos, o que é feito também mediante a interiorização de uma visão de mundo já existente e preexistente aos indivíduos. Essa visão de mundo já interpretada, existente na própria prática social dessa sociedade, é passada adiante nas próprias práticas sociais e sob a forma de costumes, idéias, valores e conhecimentos. (CURY, 1992).

Nas formações sociais capitalistas, a escola assume papel de destaque na função educativa, dando margens, segundo SCHRAIBER (1989), a dois tipos de

imprecisões: redução da Educação à educação escolar e redução da educação escolar ao ensino do saber, suprimindo a dimensão ideológica da educação.

Estas imprecisões, se não reconhecidas, poderão desencadear uma série de conclusões distorcidas, já que mediadas pela ideologia, do papel desempenhado pela educação e pelo trabalho na produção do conhecimento e na determinação de uma instância pela outra.

A razão de tais imprecisões pode ser identificada por se constituir a escola, no modo de produção capitalista, em local eleito para a qualificação do trabalhador, reproduzindo uma determinada qualificação do trabalho. Além disso, em razão de uma transfiguração ideológica da qualificação em qualificação apenas técnica, torna-se possível tomar-se a Educação pela educação escolar e esta última pelo ensino do saber. O que ocorre nesse processo de sucessivas reduções é simultaneamente conferir, de um lado, uma equivalência do conceito *qualificação do trabalhador* ao conceito *qualificação do trabalho* (demonstrada pelo uso indiferente, em muitos estudos, do termo *qualificação do trabalhador*, ora aplicado ao processo educacional, ora ao processo de produção), e, de outro lado, conferir a ambos os conceitos um significado em que há dominância da capacitação técnica. (SCHRAIBER, 1989. p.22).

A qualificação do trabalhador é fruto do processo educacional. É este processo que deixa o trabalhador em condições de relacionar-se com os meios de produção “movendo-os”, com o seu trabalho, para a produção das mercadorias. A qualificação do trabalho, por outro lado, resulta fundamentalmente da divisão social do trabalho em um determinado modo de produção. É no processo de produção que o trabalho se qualifica, que se percebem novas necessidades, se desenvolvem novos modos de produzir e se criam novas necessidades de qualificação para o trabalhador. À Educação cabe, então e só então, sistematizar, elaborar e reproduzir o conhecimento criado na instância da produção.

Segundo SCHRAIBER (1989), não é através da Educação que a qualificação do trabalho é criada e, a partir daí, incorporada ao processo de produção, mas, ao contrário, a qualificação é definida, “*enquanto qualificação do trabalho, no processo de produção, a qual é reproduzida no processo educacional enquanto qualificação do trabalhador.*”

Estes dois conceitos – qualificação do trabalho e qualificação do trabalhador – não devem ser entendidos como se tivessem uma dominância “técnica”. Ambos incluem um âmbito técnico. A qualificação do trabalho por que cria saberes específicos e a qualificação do trabalhador por que incorpora estes saberes criados no trabalho.

O aspecto técnico, porém, encontra-se sempre subordinado ao sistema de valores dominantes, pois é a partir destes que se valorizam mais ou menos os diversos saberes.

No entanto, a ideologia dominante no modo de produção capitalista, a ideologia da classe dominante,

tem a característica, particular a esse modo de produção, de transfigurar as relações de produção em relações que se estabelecem devido à competência técnica individual, tornando possível, dessa forma, tomar-se a qualificação do trabalho pela qualificação do trabalhador e esta por sua capacitação técnica. (SCHRAIBER, 1989, p.24).

É assim, segundo a referida autora, que a Educação se deixa transparecer reduzida à educação escolar e esta reduzida ao ensino do saber, elidindo seu aspecto ideológico, mostrando-se, aos olhos desarmados, como ensino de um saber neutro.

Buscando sintetizar e ressaltar os aspectos que consideramos fundamentais desta reflexão, mesmo sob o risco de incorreremos na repetição, podemos dizer agora que, em nossa sociedade é no trabalho que o conhecimento se produz e que as práticas produtivas se determinam. À educação cabe sistematizar os conhecimentos já produzidos, reproduzi-los, transmitindo-os aos trabalhadores que servirão, em última instância, à reprodução do próprio processo produtivo.

A reprodução das relações de produção está alicerçada pelo poder de Estado (do qual é detentora a classe dominante), através da repressão e pela

ideologia dominante (ideologia da classe dominante), que se realiza através dos Aparelhos Ideológicos de Estado, entre os quais se destaca o aparelho escolar.

Nas formações sociais onde predomina o modo de produção capitalista, a escola assume papel preponderante na educação ao transmitir não só o saber necessário para o fazer, mas a ideologia da classe dominante. É, portanto, através desta compreensão das práticas educativas, não somente como o processo de transmissão dos saberes, mas também e principalmente pela diferente valorização dos atos e atores que compõem o processo educativo, que se compreende o papel desempenhado pela educação na reprodução das relações de produção.

Estas relações de produção, relações de submissão, realizam-se também no interior da educação. A imposição e a aceitação da autoridade pela posse do saber e as relações de dominação/subordinação que disso decorre, o caráter seletivo e classificatório da educação, que transmite diferentes saberes a trabalhadores de diferentes classes, que servirão para ocupar os diferentes espaços criados pela divisão social e técnica do trabalho - sob a aparência de que esta seleção/classificação se deve à competência técnica individual – nada mais são do que a expressão da totalidade do modo de produção capitalista no espaço particular da educação.

A educação, portanto, em sua “função ideológica”, transmite a idéia da igualdade social, onde as desigualdades existentes são apresentadas como diferenças devidas à maior ou menor capacitação técnica de cada um, em função do esforço individual. Oculta, desta forma, a luta de classes, a exploração das classes subordinadas pela classe dominante, a verdadeira gênese da desigualdade.

Neste ponto parece-nos importante compreender de que armas e artifícios se vale a Educação para realizar esta ilusão. De que forma faz engolir a ideologia em lugar da ciência.

### 3.1 A QUESTÃO PEDAGÓGICA, O MÉTODO

A educação, no modo de produção capitalista, realiza esta transfiguração ideológica ao manter a interpretação da realidade ao nível da aparência. Restringindo as análises ao nível da manifestação dos fenômenos, sem buscar compreender os fundamentos científicos que os determinam, naturalizando a ordem social, ou seja, suprimindo seu caráter histórico.

O estudo da realidade é, muitas vezes, limitado à busca dos elementos que a constituem, através de um processo de análise, sem que se torne a reconstruir o concreto pensado através da síntese.

O homem conhece através de sua ação sobre as coisas. As coisas em si, que compõem a natureza, só se tornam objeto do conhecimento humano quando o homem atua sobre elas, dando-lhes significado, ao transformá-las para satisfazer suas necessidades.

A educação, no modo de produção capitalista, ao mesmo tempo em que revela, oculta o real, impedindo ou dificultando a compreensão das coisas pelo homem, uma vez que o leva a refletir sobre a “aparência” do real.

O conhecimento ocorre, verdadeiramente, quando o homem, a partir da apreensão dos conhecimentos que a sociedade construiu ao longo do tempo, interage com a natureza no sentido de transformá-la para a satisfação de novas necessidades.

O processo do conhecimento ocorre quando o homem transforma a natureza “em” si em natureza “para si”, conferindo significado às diversas coisas através de sua prática.

Este processo se inicia a partir de uma leitura sincrética da realidade, que, no entanto, deverá ser superada, pela compreensão das leis que regem a manifestação dos fenômenos.

Uma vez compreendidas estas leis e elaboradas enquanto uma teoria que explica a manifestação dos fenômenos, o homem adquire a possibilidade de utilizar este novo conhecimento (leis) para modificar a natureza adequando-a a suas necessidades e desejos.

É na aproximação do homem ao concreto, que a aprendizagem é desencadeada.

O concreto aqui percebido, concreto sensorial, é segundo GERMER (2001) *“uma abstração, uma representação mental de aspectos da realidade. Não há ainda a compreensão dos elementos que constituem e definem aquela realidade, nem das interconexões entre estes elementos”*. É, portanto, uma representação caótica da realidade, já que fruto de uma visão sincrética da mesma. Uma representação mental de elementos da realidade empírica, tal como esta se reflete de modo direto no pensamento.

A partir desta aproximação inicial, seguida por outras sucessivas aproximações, o sujeito cognoscente identificará os aspectos mais relevantes que compõem esta realidade, num movimento de análise, uma vez que extrai e isola do todo as partes sobre as quais “pensa”.

Estas partes serão então *“elaboradas pelo pensamento a partir do concreto sensorial, na forma de conceitos ou abstrações simples”*. (GERMER, 2001, p.5).

Na compreensão dos conceitos, das inter-relações entre eles e as leis que regem o movimento dessas inter-relações, o processo do conhecimento passa a ser, predominantemente, um processo de síntese integradora. Ocorre então uma construção do real a partir das bases teóricas apreendidas. Uma construção do real como totalidade articulada segundo as leis que regem seu movimento. Assim, o movimento do conhecimento retorna ao concreto, não mais caótico, mas “concreto pensado”. Que, segundo GERMER (2001), não é o próprio real, mas a representação lógica do real.

Compreendidos e elaborados no pensamento os fundamentos teóricos, o homem adquire autonomia em relação à natureza. Adquire as condições necessárias para subordinar a natureza e suas leis a seus desígnios. Adquire, portanto, condições de transformar a natureza ou reconstruí-la.

Desta forma, segundo KOSICK (1976), o homem constrói o mundo da concreticidade sobre o qual poderá atuar, ao destruir a pseudoconcreticidade, esfera inatingível por sua ação concreta.

É por manter a interpretação da realidade ao nível da aparência dos fenômenos, uma realidade idealizada, ou seja, mediada pela ideologia, que a educação hegemônica em nossa formação social reduz a possibilidade de mudança da ordem vigente.

### 3.2 A TESE DA INADEQUAÇÃO

Pode-se concluir do que foi até aqui apresentado, que há uma certa inadequação da educação, pois esta, no modo de produção capitalista, não proporciona os resultados esperados, quanto à mudança da realidade, não resultando em uma melhora significativa na condição de vida para o conjunto da sociedade.

Corremos então o risco de aligeirar nossa análise e logo concluir que algumas mudanças no interior da Educação seriam necessárias e suficientes para torná-la adequada, ou seja, para que esta tivesse como resultado a alteração dos processos de trabalho e a formação e colocação de profissionais melhor capacitados, com maior possibilidade de acesso aos benefícios todos que a sociedade produz.

Esta leitura da realidade, ingênua e distorcida, deve, no entanto, ser aprofundada desde logo.

Como já vimos, a educação é um dos processos de reprodução da estrutura social. Na educação esta reprodução ocorre através da reprodução e transmissão do conhecimento – ensino do saber – e através da elaboração de um sistema de valores dominantes – reprodução da ideologia dominante.

No ensino do saber a Educação realiza a reprodução de saberes específicos, produtos da divisão técnica do trabalho em um determinado modo de produção.

Na reprodução da ideologia dominante – ideologia da classe dominante – a educação realiza a organização do consenso ideológico sobre a divisão social do trabalho neste mesmo modo de produção.

Estes dois aspectos, no entanto, ocorrem conjuntamente, já que a reprodução da estrutura social significa a reprodução das relações de produção. Manutenção, portanto, da divisão social do trabalho e conseqüentemente manutenção da divisão técnica, do trabalho, uma vez que esta é historicamente subordinada e determinada pela divisão social estabelecida em uma determinada formação social.

Tanto através do ensino do saber, quanto da reprodução da ideologia dominante, a Educação reproduz os dois aspectos da divisão do trabalho – divisão técnica e divisão social. Ensino do saber e reprodução da ideologia dominante estão determinados pelo modo de produção dado e a Educação “*se realizará em processos distintos e específicos a cada modo de produção*” (SCHRAIBER, 1989). Determinada, portanto, pelo modo de produção.

Nas formações sociais capitalistas cria-se a imagem de que a educação deveria ser adequada às necessidades do conjunto da sociedade, mascarando a questão de que, numa sociedade de classes, as necessidades são necessidades de

classes. Não há como generalizá-las como necessidades do “conjunto da sociedade”.

As contradições geradas pela luta de classes são transfiguradas em inadequações da educação, que se traduzem por insatisfação quanto ao conteúdo e práticas educativas. Cria-se assim o que SCHRAIBER (1989) denomina de “tese da inadequação”

Segundo esta tese há uma inadequação do processo educativo por referência às necessidades sociais.

A inadequação é definida por aquela autora como uma defasagem qualitativa e/ou quantitativa da formação escolar para as necessidades sociais.

Estas defasagens nem sempre aparecem de forma explícita e quando aparecem, o fazem em forma de necessidades homogêneas para toda a sociedade, “*expressão do interesse social comum*”. (SCHRAIBER, 1989).

A inadequação é apontada como fruto de desajustes próprios do processo educativo escolar, como resultado de práticas educativas e conteúdos defasados em relação ao progresso da produção.

Para a solução, portanto, destas questões, bastariam reformas curriculares ou inovações da técnica didática ou ainda extensão da rede escolar.

Prevalece a idéia de que existem problemas internos à escola, a serem resolvidos através de reformulações do processo educativo escolar.

Segundo SAVIANI (1984), do ponto de vista da classe dominante é a escola que não está funcionando bem e, sendo assim, é preciso reformá-la.

Para SCHRAIBER (1989), esta idéia está fundada na compreensão da Educação como um processo socializador autônomo (em um sentido absoluto), por referência ao modo de produção e às relações de produção. É o que SAVIANI (1984) denomina de teoria não-crítica, onde a escola assume uma função de equalização social. Ou seja, o processo educativo, apesar de sofrer a influência da

produção econômica, seria de tal forma independente, que, ao ajustar-se, poderia também influir no desenvolvimento da produção econômica.

*“Ajustar-se e influir dependeriam, portanto, apenas de reformas de conteúdo e práticas educativas”*. (SCHRAIBER, 1989).

Segundo esta autora, este tipo de idéia é possível por que, nas formações sociais capitalistas, a educação assume a imagem de autonomia em relação à estrutura social, tida como um dado *a priori*, um fato não discutido, principalmente quanto à sua relação com a delimitação das necessidades sociais.

Daí em algumas vezes a ausência de referência direta, na definição da relação Educação/Sociedade, a necessidades próprias de determinadas estruturas sociais. A educação pode assim ser apenas um processo genérico de desenvolvimento da personalidade humana, sendo este o interesse comum, extensivo até mesmo a todas as sociedades e, portanto, independente de estruturas sociais determinadas. (SCHRAIBER, 1989, p.27).

Entendendo, no entanto, a educação como processo que não pode ser considerado isolado do todo social, mas pelo contrário, determinado e explicado pela estrutura social, perceberemos que os conteúdos e as práticas educativas são frutos (criação histórica) do modo de produção capitalista e, portanto, com especificidades determinadas pela estrutura de classes deste modo de produção.

O papel da educação no modo de produção capitalista não é só o de suprir as necessidades de produção econômica, mas elaborar, reproduzir e legitimar a ideologia dominante, ideologia da classe dominante.

Não há, portanto, uma inadequação da educação às necessidades do “conjunto da sociedade”, já que as necessidades sociais, são necessidades de classe.

A insatisfação, segundo SCHRAIBER (1989 p.28), é em relação à “crise da imagem” da escola na sociedade capitalista. A escola é apresentada e legitimada como meio de promoção social, mas não consegue obter este resultado.

O modo de produção capitalista, que modela a educação para a própria reprodução, ao mesmo tempo gera os problemas cuja solução espera que a educação apresente.

*“Apresentar a promoção social como o sentido social da escola, senão único, ao menos como principal, constitui na realidade uma transfiguração ideológica da participação que a escola possui na reprodução das relações de produção”.* (SCHRAIBER, 1989, p.28).

Não queremos com isto afirmar que não existam inadequações que devem ser corrigidas no interior da escola, mas responsabilizá-las pelas falhas na promoção social do conjunto da sociedade é que nos parece inadequado.

Com base nesta transfiguração é que, nas sociedades capitalistas concretas, podem ocorrer inadequações a serem reformuladas, sem que se mexa na estrutura social, na divisão de classes, origem dos problemas que se pretende solucionar.

Como já vimos, no Capitalismo a separação do trabalhador de seus meios de produção, com a posse destes pela burguesia, faz com que o trabalhador não tenha controle sobre o produto, o processo de produção e sobre a conversão dos meios de produção em capital.

A produção capitalista requer um processo de trabalho em que se aumente constantemente a divisão do trabalho e cada vez mais se dinamizem e desenvolvam técnicas e instrumentos de trabalho.

O trabalho é fruto do trabalhador coletivo, resultado da cooperação de vários trabalhadores sob o comando de um mesmo capital. Neste processo, cada trabalhador é um trabalhador parcial, com as destrezas e qualidades que sua atividade exige enquanto fragmento do trabalhador coletivo.

O desenvolvimento da tecnologia, a simplificação, a ampliação do parcelamento e a especialização, gerados pela necessidade constante de melhora da produtividade, criam exigências de diferentes graus de formação do trabalhador –

desde aquele sem qualquer conhecimento ou habilidade especial, até o altamente especializado - que, em decorrência disso, será diversamente valorizado.

Neste modo de produção, portanto, não é necessário que o trabalhador conheça todos os passos e técnicas da transformação da matéria-prima inicial em produto final. O incremento de tecnologia reduz a necessidade de qualificação do trabalhador. Diferentemente do que ocorria na manufatura, onde apesar da divisão do trabalho do artesão em operações mais simples, cada parte do trabalho dependia ainda da habilidade e conhecimento do trabalhador, na maquinaria ocorre a retirada do saber do trabalhador direto para o Capital. A exigência sobre o trabalhador passa, segundo MARX, da especialização de manipular uma ferramenta parcial, para a especialização de servir a uma máquina parcial.

A habilidade especializada e restrita do trabalhador individual, despojado, que lida com a máquina, desaparece como uma quantidade infinitesimal diante da ciência, das imensas forças naturais e da massa de trabalho social, incorporados ao sistema de máquinas e formando com ela o poder do patrão. (MARX. K. O Capital, livro I, v.l. I, p.483).

Ocorre, neste modo de produção a rigorosa separação do trabalho intelectual e manual. Para o Capital torna-se essencial conhecer, com o maior rigor possível, a natureza e as leis que regem seu movimento, no intuito de dominá-las e assim melhorar a produção.

Por seu lado, com a separação dos meios de produção, o trabalhador fica separado e até oposto a este saber.

A apropriação da ciência pelo Capital, configurando um monopólio do saber, transforma a posse do saber em poder de dominação e submissão de uma classe sobre a outra. Esta dominação é ideologicamente sustentada, pela desvalorização do trabalho manual e valorização do trabalho intelectual.

Podemos dizer, portanto, que no Capitalismo a educação tem suas características determinadas pela fragmentação da qualificação e do saber, pela

separação do trabalho manual do trabalho intelectual, pela valorização do trabalho intelectual e desvalorização do trabalho manual e pelo estabelecimento de uma hierarquia de qualificação do trabalho, na medida de sua maior ou menor pendência para o trabalho intelectual.

A produção capitalista é movida pelo trabalhador coletivo que, para cada trabalhador é visto como a soma dos trabalhos parciais desenvolvidos pelos trabalhadores individualmente. Esta fragmentação do trabalho, que ocorre na estrutura produtiva gera, ao nível supra-estrutural, uma concepção de seu caráter coletivo que obscurece as relações sociais enquanto relações de classe.

*“Essa concepção específica toma o coletivo como a soma dos trabalhadores individuais, e é reforçada pelo estatuinto do Estado como a soma dos indivíduos - cidadãos, ‘idênticos’, ‘desconectados’ e ‘isolados’, unificados na universalidade política do Estado-Nação”.* (SCHRAIBER, 1989, p.42).

Assim, numa sociedade dividida em classes, a coesão é garantida pelo ocultamento desta divisão através das práticas supra-estruturais dominantes.

Se o mascaramento das relações de produção (enquanto relações de classe), garante a coesão social, consiste, no jurídico-político, na dissolução da classe em indivíduos, consiste, simultaneamente, nesta mesma região, no reagrupamento dos indivíduos na unidade nacional. [ ] O conjunto dos indivíduos passa a ser o povo-nação, cuja unidade é representada pelo Estado, defensor do interesse geral, e não do interesse de classe. [ ] Suas instituições estão organizadas em torno dos princípios de liberdade e da igualdade dos ‘indivíduos’ ou ‘pessoas políticas’. (SCHRAIBER, 1989, p.43).

Desta forma o Estado capitalista moderno se apresenta como expressão do interesse geral de toda a sociedade, obtendo a legitimação ideológica da igualdade de direitos.

Segundo esta autora, é através da ideologia também que, pela dissolução das classes em indivíduos, o Estado capitalista realiza a transfiguração das relações sociais em relações que se estabelecem devido à competência individual.

Isto permite a conversão das situações de classe em diferenças hierárquicas de competência, fruto da capacitação principalmente técnica do trabalhador. Portanto, as desigualdades, a partir da igualdade dos indivíduos, se devem a diferenças hierárquicas conquistadas pela competência individual do trabalhador.

Na imposição e legitimação desta leitura ideológica a escola desempenha um papel de grande importância.

A escola, um dos aparelhos ideológicos de Estado, sob a aparência da unificação, se mantém diversificada em relação às classes sociais, no que tange à capacitação do trabalhador e à valorização da posse do conhecimento.

A unificação do sistema de ensino, pelo mascaramento das relações de classe e a igualdade dos indivíduos, somados à concepção da competência individual, contribuem para manter a divisão de classe. A escola na verdade reproduz as relações de classe.

A questão da competência individual não pode ser reduzida à diversificação da qualificação, resultado direto da divisão técnica do trabalho. Expressa, na verdade, a divisão trabalho intelectual/trabalho manual e a diferente valorização e dominação do trabalho intelectual sobre o trabalho manual.

Portanto, a separação/oposição do trabalho intelectual/manual não é apenas a separação dos portadores ou não do saber, mas a diferente valorização dos que detém a posse do saber.

Da mesma forma, a hierarquia de qualificação do trabalhador não exprime relações entre diferentes capacitações técnicas, mas, *“pela própria origem e determinantes da separação e oposição do trabalho manual/intelectual, relações de classe”*. (SCHRAIBER, 1989, p.45).

A aparência da unificação se dá pela uniformidade das estruturas educacionais e dos conteúdos e é isto que permite apresentar a educação em relação às necessidades do conjunto da sociedade.

Da mesma forma, a Educação reduzida à educação escolar e esta ao ensino do saber, permite equiparar a qualificação do trabalhador à qualificação do trabalho. Assim é possível atribuir à educação escolar o suprimento direto do padrão de diversidade de qualificação do trabalhador e atribuir à educação escolar o poder de *“transformar o padrão de produção mediante novas qualificações do trabalhador no interior da escola”*. (SCHRAIBER, 1989, p.46).

A escola é apresentada como produto do modo de produção e, ao mesmo tempo, instrumento de alteração do padrão de produção e consumo e, conseqüentemente, da estratificação social.

A educação como produto do modo de produção forma os trabalhadores necessários para o atual estágio de produção. Como instrumento tem o papel de preparar para as necessidades futuras e estender a todos a possibilidade de participação na mudança social.

Assim a educação viabilizaria o desenvolvimento econômico e social, o desenvolvimento das capacidades individuais em iguais condições e propiciaria a colocação de profissionais num mercado de trabalho de iguais oportunidades, apenas na dependência da capacidade individual. Com isto, cada indivíduo, na dependência de seu esforço, teria como possibilidade uma mobilidade social que permitiria alterar a estratificação social.

Os limites, no entanto, da Educação como produto/instrumento de mudança social, passa pela adequação da mesma à ordem social capitalista.

A escola falha no que seria seu papel: desenvolver o indivíduo para promover as mudanças sociais necessárias para o alcance de um padrão ideal de desenvolvimento que toma como base este mesmo modo de produção.

Embora apresentada em relação às necessidades do conjunto da sociedade sob a aparência da unificação pela uniformidade das estruturas educacionais e dos conteúdos, a escola atende aos interesses da classe dominante e contribui para a manutenção da estratificação social.

A escola não capacita o trabalhador manual, transmitindo-lhe o saber técnico necessário para o desempenho de suas funções, ensina a disciplina, o respeito à autoridade. O trabalhador manual adquire a essência de seu saber no próprio processo de trabalho.

Segundo SCHRAIBER (1989, p.55), o papel da escola não é qualificar diferentemente o trabalhador manual e o trabalhador intelectual, mas qualificar o intelectual e desqualificar o manual, sujeitá-lo.

Mesmo assim, como a escola se apresenta como possibilidade de promoção social, o trabalhador manual busca ali sua qualificação, embora, na maioria das vezes, abandone-a precocemente.

No entanto a escola não consegue ser um instrumento de mudança (promoção social), uma vez que - ao lado da aparência da unificação, pela uniformidade do sistema de ensino - através de mecanismos de seleção, exclui a maioria da possibilidade de ascensão social. A promoção encontra-se identificada com a posse e o monopólio do saber.

A seleção é apresentada como necessária para a promoção, pois esta se dá como ascensão nas hierarquias de competência técnica. Sem a seleção, portanto, não haveria promoção.

Seleção e promoção, *“resultando da separação e oposição do trabalho manual/intelectual, significam a reprodução da separação e oposição dos trabalhos, sendo, portanto, ambas, mecanismo de reprodução das relações de classe”*. (SCHRAIBER, 1989, p.58).

A promoção se apresenta como possibilidade para todos, mesmo aceitando-se a necessidade da seleção, por que a seleção se apresenta transfigurada ideologicamente como resultado da capacidade individual.

Concebendo-se a capacidade individual, na ideologia dominante, como uma qualidade ‘natural’, tem-se uma ‘explicação’ para formar diferentes competências técnicas, já que o processo de formação de competências (educação escolar) seria igual para todos. Portanto, seria enquanto produto da capacidade individual que

resultaria o selecionamento no qual se funda a promoção. (SCHRAIBER, 1989, p.59).

Desta forma a “capacidade individual” se presta como trunfo ideológico para explicar as falhas objetivas da promoção, ocultando o que de fato é a seleção cuja base é a existência e reprodução das classes, ou seja, divisão do trabalho, do saber, separação do trabalho intelectual do manual.

Devemos atentar ainda para o seguinte: para que resulte em promoção, a competência deve corresponder um valor que se atribui ao saber no mercado de trabalho.

No plano da divisão técnica do trabalho, a competência individual não assume um caráter seletivo e promocional, uma vez que a competência individual só se pode exprimir pelo trabalho coletivo, que restringe ou amplia as possibilidades de desempenho individual.

O caráter seletivo e promocional só ocorre porque a formação de competência na escola está deslocada da divisão técnica para a reprodução da divisão social.

A escola, responsável pela qualificação técnica, deveria assegurar aos mais capazes a garantia de troca desta qualificação pela ascensão social.

No entanto, esse processo de reprodução e distribuição do trabalhador nas hierarquias ocupacionais, diz respeito à reprodução dos lugares no conjunto da divisão social do trabalho que ocupam os agentes da produção, à reprodução desses agentes e sua distribuição nos lugares. Ou seja, diz respeito à reprodução das classes sociais. E a escola não cria a divisão de classes ou muito menos comanda sua reprodução, senão que apenas contribui para essa divisão e sua reprodução ampliada. (SCHRAIBER, p.61).

As classes sociais se determinam no processo de produção. A reprodução das classes é fruto da luta de classes e é esta reprodução de classes que delimita sua reprodução pela escola, tanto na contribuição desta para a reprodução dos lugares quanto da distribuição dos agentes do trabalho.

A escola só eliminaria as contradições travestidas de inadequações se eliminasse o modo de produção capitalista, origem das suas contradições.

## CAPÍTULO 4: A EDUCAÇÃO MÉDICA

### 4.1 DETERMINAÇÕES DA EDUCAÇÃO MÉDICA E SUAS RELAÇÕES COM A PRÁTICA MÉDICA.

Após estas reflexões acerca da educação em geral, parece-nos interessante analisar os aspectos que a educação médica adquire em nossa formação social capitalista, suas determinações mais diretas e sua parcela de contribuição para a determinação/manutenção da prática médica, para, quem sabe, diante disto, podermos vislumbrar os espaços possíveis de transformação.

A princípio cabe lembrar que, também a educação médica em particular, não ocorre como processo isolado, uma vez que está subordinada à estrutura econômica predominante na sociedade onde se desenvolve.

A educação médica prepara a mão de obra necessária para ocupar os postos de trabalho disponíveis pelo mercado configurado em nossa formação social. Ou seja, está a serviço da reprodução da força de trabalho médica, produzindo médicos para realizar a prática médica hegemônica.

A prática médica, como já dissemos, tem, em nossa formação social, a finalidade de manter e reproduzir a força de trabalho, assim como assegurar a permanência de um exército de reserva; realizar o valor das mercadorias produzidas pela indústria médico-farmacêutica; e manter o manto ideológico que oculta a saúde/doença como expressão das contradições características de uma sociedade de classes.

A manutenção e reprodução da força de trabalho significam, na verdade, a manutenção ou recuperação das regularidades anatômicas e fisiológicas necessárias para manter a força de trabalho em condições de ser explorada e a

manutenção ou recuperação das regularidades anatômicas e fisiológicas da mulher e das crianças, visando a reposição da força de trabalho que for se desgastando ou extinguindo por invalidez ou morte.

Pela grande importância sobre a configuração da formação e, também, da prática médica ocidental, não podemos deixar de citar o trabalho de FLEXNER (1910).

No final do século XIX, momento histórico onde se iniciava o cientificismo, também a Medicina era tomada pelo marcante domínio da ciência, como resposta das classes capitalistas para a transformação dos problemas sociais em problemas técnicos.

A época era marcada por novas descobertas como o reconhecimento dos agentes etiológicos, por grande entusiasmo pelo desenvolvimento tecnológico. Novas teorias sobre a prevenção de doenças propiciavam profundas reflexões sobre os problemas de saúde pública que afetavam a Europa e os Estados Unidos da América.

Novas propostas de organização dos serviços e da formação médica foram, então, desenvolvidas.

Dentre as centenas de documentos elaborados com propostas de mudanças no ensino médico, o trabalho de FLEXNER obteve notório destaque, desencadeado pelo pesado investimento das fundações privadas americanas, que alocaram cerca de 300 milhões de dólares para sua implementação no período de 1910 a 1930.

O quadro do ensino médico nos EUA era marcado pela existência de um grande número de escolas médicas, que surgiam sem controle, independentes de vínculos com universidades, oferecendo cursos de medicina sem base científica sólida, desprovidas da estrutura necessária para tal ensino. Havia cursos de até um ano de duração e curandeiros que se mantinham à revelia das práticas médicas engendradas pela medicina capitalista.

Tendo como objeto a avaliação do ensino médico no Canadá e EUA, o trabalho de Abraham FLEXNER, publicado em 1910 *pela Carnegie Foundation for the Advanced of Teaching*, que se tornaria mundialmente conhecido como “Relatório Flexner”, passaria a influenciar o ensino e a prática médica em vários pontos do mundo e no Brasil em particular.

FLEXNER recomendou o fechamento de 124 das 155 escolas de Medicina dos Estados Unidos da América, por julgá-las inadequadas.

Propôs, então, uma reforma do ensino médico, fundada em princípios como uma formação sólida nas ciências básicas, através de disciplinas como anatomia descritiva e topográfica, fisiologia, bioquímica, patologia, farmacologia, histologia, embriologia e bacteriologia, durante os dois primeiros anos do curso. Instaurou-se assim, no curso de Medicina, um ciclo básico precedendo um ciclo profissionalizante e o desenvolvimento de um verdadeiro culto à ciência, à tecnologia e à doença, não à saúde.

Disto resultou uma desvalorização das ações de prevenção e promoção da saúde e a despreocupação com o impacto das ações sobre a saúde da população. Segundo NOVAES (1990), o trabalho de FLEXNER não enfatiza idéias que vinculam a formação em saúde pública com as necessidades das comunidades, já que sua preocupação estava dirigida principalmente para a excelência técnica de especialidades clínicas orientadas ao indivíduo. Esta característica do modelo flexneriano acarretou a instalação de serviços e agregação de tecnologias sem qualquer organização de sistemas.

Outro aspecto central defendido por FLEXNER era que a aprendizagem deveria ocorrer em ambiente intra-hospitalar e as escolas médicas deveriam possuir seu próprio hospital. A assistência ambulatorial limitava-se, para FLEXNER, a certos casos que não são internados, como pequenas cirurgias e tratamentos triviais, pois considerava o controle e acompanhamento dos casos, em ambulatório, insatisfatório

e, portanto, a utilização de unidades periféricas ao hospital, impróprias para o ensino.

O professor de Medicina deveria ser o médico chefe do hospital; o professor de cirurgia, o cirurgião chefe; o professor de patologia, o patologista do hospital e o estudante, parte da máquina hospitalar. Deste modo, na ausência do hospital universitário, a escola não conseguiria sequer organizar seu próprio corpo docente.

Na busca pela excelência científica, o corpo humano, à semelhança de uma máquina, para ser bem compreendido, deveria ser didaticamente dividido em seus componentes, suas peças. Identificada a peça que apresentava problemas, bastaria consertá-la.

Para cada peça deste mecanismo foram se desenvolvendo conhecimentos cada vez mais específicos, resultando em campos especializados de atuação. Segundo FLEXNER as várias especialidades deveriam ser sistemática e minuciosamente desenvolvidas e, o número de especialidades aumentaria, na medida em que aplicações variadas e efetivas recomendassem sua diferenciação.

Seguindo o modelo Flexneriano, de modo geral os cursos de medicina são ainda, em nosso meio, fundados nas ciências biológicas, físicas e químicas, buscando capacitar os alunos nos conhecimentos sobre o corpo normal, em como manter ou recuperar as regularidades anatômicas e funcionais e no domínio das técnicas para desvendar as alterações destas regularidades, além daquelas destinadas a intervenção no corpo, para recolocá-lo nos parâmetros de normalidade. As relações dos corpos com a sociedade, em geral, não é estudada, a não ser marginalmente em algumas escolas e mesmo assim, naturalizada. O social muitas vezes aparece como atributo do indivíduo (escolaridade, renda, profissão etc.).

Um outro aspecto fundamental da formação médica em nosso meio é sua função na circulação das mercadorias relacionadas à prática médica. A formação médica é decisiva para a realização do valor das mercadorias produzidas pela indústria médico-farmacêutica. Na grande maioria das vezes, é através de um ato

médico inicial com a emissão da receita ou da solicitação de exames complementares, do encaminhamento para a realização de consultas e procedimentos especializados, que o consumo por parte do paciente se viabiliza.

O ensino médico é o ensino de uma prática “consumidora” das mercadorias produzidas pela indústria médico-farmacêutica.

O ensino médico nesta sociedade é o ensino da prática hospitalar, mesmo que descentralizada em clínicas e ambulatórios menores, mas intensamente invadidos pelo consumo de tecnologia, produtos, equipamentos, medicamentos, cada vez mais sofisticados.

O ensino médico busca reproduzir uma prática fundada num conceito de saúde e doença que diz respeito ao indivíduo-cidadão, livre e igual perante elas. Os corpos, enquanto estruturas anatômicas e fisiológicas regidas pelas leis da biologia, são todos iguais.

Se Oculta a questão de que o próprio conceito de saúde é definido pelo uso que se faz deste corpo nas sociedades concretas. O modo como os corpos-força de trabalho relacionam-se com os meios de produção para movê-los.

A qualificação do trabalho médico tem, assim, um caráter uniforme, pela posse e monopólio desse saber. No entanto, o parcelamento do saber e a diferenciação das qualificações com as conseqüentes especializações, diversificam a qualificação e a valorização social dos diferentes especialistas.

Quanto à organização curricular, caberia destacar que o curso é organizado a partir do agrupamento de várias disciplinas, correspondentes a campos de conhecimentos específicos. Além das determinações mais gerais, ligadas aos interesses da reprodução e controle da força de trabalho e da realização do lucro da indústria médico-farmacêutica, as disciplinas e seus conteúdos são, também, determinados pela vocação e interesses do corpo clínico do “hospital-escola”, ou pela necessidade de realizar determinados serviços (como os de pronto-socorro, por exemplo), a um baixo custo.

Cada disciplina, ainda, funciona dentro do curso como um campo autônomo do conhecimento, com um fim em si mesma. A separação usualmente existente entre disciplinas básicas e profissionalizantes faz com que aquelas consideradas básicas, estejam constantemente divorciadas da perspectiva de fundamentar a prática médica<sup>11</sup>. A própria disciplina possui atividades práticas voltadas a seus objetivos “internos” de aprendizagem, muitas vezes de difícil conexão com as atividades futuramente desenvolvidas pelos médicos.

A necessidade de um ensino prático é sentida nos princípios da reorientação da prática médica no Capitalismo. No início, porém, esta formação prática ocorre separada do ensino teórico universitário, em instituições que recebiam a denominação de Clínicas. A prática médica hospitalar ao se aproximar da clínica, supera seus aspectos contemplativos e adota a mesma denominação. Surge uma nova clínica que se caracteriza pela *“tomada progressiva do corpo por objeto efetivo, e único, do trabalho médico”*. (SCHRAIBER, 1989, p.102).

A partir de então, é na prática hospitalar onde se dá, fundamentalmente, a qualificação do médico. A educação médica, no entanto, não ocorre num hospital qualquer.

...a qualificação profissional não se dará no conjunto das práticas hospitalares, mas em uma prática hospitalar necessariamente organizada de modo específico. Tal exigência se deve à própria valorização do trabalho intelectual, exatamente porque separado e oposto ao trabalho manual, fazendo com que a única qualificação do trabalhador socialmente valorizada seja a que se realiza na forma de uma educação separada da produção em geral. (SCHRAIBER, 1989, p.102).

Como, no modo de produção capitalista, a educação organiza-se num processo educativo específico, que é a educação escolar, cria-se, para a educação médica, o hospital-escola, local onde a prática hospitalar, apesar de organizar-se

---

<sup>11</sup> Segundo GARCIA (1972), a relação entre a educação e a prática médica variou historicamente. Antes da criação das universidades medievais, o estudo da medicina só era possível através do trabalho como discípulo-ajudante ou aprendiz de médico. A aprendizagem e o trabalho encontravam-se intimamente relacionados. Durante a Idade Média, para a medicina interna, e no século XVIII para a cirurgia, ocorre a separação entre a educação médica e o trabalho médico, que perdura até hoje. Esta separação teve origem com a divisão do trabalho em manual e intelectual, colocando o discípulo-ajudante numa categoria social cuja tarefa fundamental é a aprendizagem sem nenhuma intervenção na solução dos problemas de saúde da população.

segundo as características de produção do serviço médico, subordina-se às finalidades do processo educativo.

Embora a educação médica se organize enquanto prática escolar através da constituição do hospital-escola, o faz também através da instituição da escola médica, agregada ao hospital.

O “momento escola” (SCHRAIBER, 1989), no entanto, é separado do hospital, antecedendo-o e não caracterizando uma produção de serviços médicos.

Os objetivos das ciências básicas, objeto do momento escola, embora subordinados aos objetivos gerais da formação do médico, guardam uma relativa autonomia em relação à prática médica propriamente dita. Esta relativa autonomia das ciências naturais estabelece os fundamentos de uma prática médica circunscrita aos limites do corpo biológico isolado da totalidade social.

“Esquecendo” que o conhecimento é produzido na relação que o homem estabelece com a natureza através do trabalho, buscando transformá-la para satisfazer suas necessidades, as ciências básicas são alçadas a um patamar de “pureza”, nas palavras de PISTRÁK (2000), “a ciência em si mesma”, com total independência da prática médica.

Desta forma, várias disciplinas não estabelecem necessariamente uma relação com as demais e muito menos com os aspectos da vida das pessoas-pacientes que estejam externos ao meio ambiente hospitalar.

O processo de aprendizagem não se completa. Ocorre um processo inicial de análise a partir da ótica daquele campo de conhecimentos (disciplina), que não se encaminha para processos de sínteses integradoras. Mesmo quando se realizam sínteses parciais (internas ao campo de conhecimento da disciplina), as sínteses globais ou totalizadoras não ocorrem.

Assim, essa análise, apoiada na exterioridade, vê as partes como universos separados uns dos outros. Esses *todos*, tomados como instâncias e níveis autônomos, sem que estabeleçam entre eles relações internas em uma totalidade

contraditória, acabam sendo, na análise, privilegiados arbitrariamente... (CURY, 1992, p.34).

Como diz KOSIK (1976), o fenômeno ao mesmo tempo revela e oculta a essência. A análise que permanece ao nível de sua manifestação, do objeto sensorial, ao não referi-lo à essência, ao seu processo de produção, oculta o global. Parte de uma representação do real, buscando identificar os elementos constitutivos deste real, num processo de análise, mas não reconstrói o concreto pensado num processo de síntese globalizante.

É assim que os corpos podem ser considerados em seu aspecto puramente biológico, desprovido de história e de uma inserção social. É assim que cada aspecto da realidade socialmente construída pode ser observado isoladamente como se existisse de forma autônoma em relação ao todo social e tomado como natural.

Segundo BREILH (1989), isto pode ser observado claramente no campo da epidemiologia.

A epidemiologia tradicional apresenta as limitações do método positivista: parte do objeto sensorial, tratando de encontrar os elementos que integram esse objeto através de um processo de análise e não torna a reconstruir o concreto pensado através da síntese. Seu ponto de partida são **abstrações** denominadas **fatores** que de uma forma isolada se supõe intervir com maior ou menor força no aparecimento do problema estudado.

A tuberculose, por exemplo, seria fundamentalmente o resultado da concorrência de **múltiplos fatores**, que compartilhariam uma “responsabilidade causal” sem que a dinâmica unitária e interrelações entre essas diversas manifestações (“fatores”) fique explicada. No caso deste exemplo, aspectos como a desnutrição, a aglomeração, o desgaste no trabalho etc., seriam apresentados como fatores estáticos e isolados sem uma explicação que leve em conta seu movimento e unidade. BREILH (1989, p. 18).

Outra limitante conceitual e metodológica é a que se expressa na tendência da epidemiologia tradicional de interpretar a sociedade como um agregado de elementos homogêneos, de caráter basicamente natural e que em termos modernos, seria o chamado caráter ecológico da sociedade e do meio ambiente em que esta se desenvolve. Ao converter as expressões externas, ecológicas ou naturais em critérios de explicação dos fenômenos, consegue-se fazer desaparecer a determinação econômico-social dos mesmos.

Essa manobra artificial de **naturalização** ou **ecologização** dos problemas atua como base teórica para delinear do ponto de vista epidemiológico, que as leis que os regem e as ações que se fazem necessárias são de tipo fundamentalmente

ecológico e biológico, deslocando a consideração dos fundamentos econômicos sobre os quais se desenvolve a vida social. Assim, em lugar de interpretar os processos sociais (e entre eles a saúde-doença) como expressões de certos modos de produção, das classes sociais em que se divide a sociedade, e em lugar de explicar as razões pelas quais cada classe social está exposta a diferentes **riscos** de adoecer e possibilidades de manter a saúde, se inventa um sistema ecológico equilibrado, no qual o equilíbrio (i. e. não-mudança) passa a ser sinônimo de normalidade ou bom funcionamento (i. e. saúde), portanto, tudo o que rompe o equilíbrio é considerado como patogênico ou anormal (i. e. doença). Ao não considerar que a sociedade está dividida em classes, deixa de lado esta categoria científica e considera a população como um conglomerado homogêneo no qual as diferenças se reduzem a variações secundárias, fundamentalmente de caráter biológico (i.e. sexo, idade, etc.) ou a outras variações de caráter individual (i.e. ocupação, salários, etc.). (BREILH, 1989).

Quanto à impropriedade e insuficiência de se limitar a análise dos fenômenos relacionados à saúde-doença ao nível biológico e individual, LAURELL e NORIEGA (1989, p. 101), afirmam que é preciso perceber o nexos biopsíquico como expressão concreta na corporeidade humana do processo histórico num momento determinado. E quanto à questão de como pensar o fato de que a biologia humana adquire historicidade, adverte que não é ao nível dos processos celulares ou subcelulares, que a historicidade do biológico se manifesta mais claramente, mas nos níveis de integração maiores. Ressalta ainda que “o significativo não é opor o indivíduo (um só) com o grupo (muitos), mas destacar que, enquanto a inserção social deste determina os modos de andar a vida, é a coletividade constituída a partir de sua inserção social que encarna o nexos biopsíquico historicamente específico”. (LAURELL e NORIEGA, 1989, p.103).

## 4.2 A APARENTE INADEQUAÇÃO DA EDUCAÇÃO MÉDICA

A educação médica cumpre seu papel de qualificar os médicos necessários para mover a produção dos serviços de saúde. Serviços estes que, articulados ao domínio do econômico, no modo de produção capitalista, devem gerar ou realizar

mais-valia, como, por exemplo, ao consumir produtos da indústria farmacêutica ou de equipamentos médicos.

Diante, porém, do crescimento vertiginoso dos custos da assistência médica, devido principalmente ao constante incremento tecnológico, não acompanhado pela melhoria das condições concretas de saúde, devida a esta assistência, imputa-se à educação médica a responsabilização por esta falência.

Na verdade também a prática médica tem cumprido sua função precípua no capitalismo, qual seja, permitir a circulação de mercadorias, gerar valor. Não tem conseguido, no entanto, diante dos insucessos inevitáveis na manutenção e recuperação da saúde do “conjunto da população”, manter sua imagem de prática adequada à satisfação daquelas necessidades de saúde.

Esta crise aparente se manifesta, segundo AROUCA, citado por PAIM (1976), da seguinte forma:

1. setor saúde encontra-se em uma crise de realização decorrente do alto custo do atual conhecimento médico;
2. A medicina contemporânea caracteriza-se pela crescente corporificação do conhecimento em tecnologia de alta densidade de capital, exercida por agentes altamente especializados, diversificados e prestigiados, em que, cada vez mais o ato médico se transforma na técnica e no instrumento, provocando uma cobertura populacional;
3. setor saúde possui, como fator preponderante, o diagnóstico e a terapêutica, e centra suas ações sobre os ‘complexos de efeitos’, produzindo constantemente uma população necessitada de serviços médicos;
4. ensino médico participa da crise da realização do setor, na medida em que continua formando profissionais com as características anunciadas, mas simultaneamente, define sua crise específica ao questionar a adequação de seus graduados às necessidades da população. Como decorrência deste questionamento cria-se uma crise ideológica consubstanciada na revisão dos procedimentos educacionais, de avaliação, e do paradigma hospitalar como centro do setor educacional.

Vale lembrar que as causas dos resultados insatisfatórios obtidos pela prática médica vigente repousam, em primeiro lugar, na incapacidade deste setor em resolver os problemas que tem origem na estrutura geral da sociedade. Em segundo lugar, porque o trabalho médico tem a finalidade precípua da produção e consumo

de valores de troca e em menor grau a produção de valores de uso. Ou seja, o fim não é atender às necessidades de saúde concretas da população usuária, mas, principalmente, realizar a mais-valia produzida na indústria afeta ao setor e manter a força de trabalho em condições de ser explorada.

Nos tempos atuais, com a substituição intensa do trabalho vivo por trabalho morto nos processos produtivos, até mesmo a manutenção e recuperação da força de trabalho, perdem, em parte, importância enquanto valor de uso para o Capital.

Há, no entanto, uma necessidade real de que a prática médica seja efetiva, em alguma medida, diante dos diferentes interesses colocados em cena na luta de classes. A classe dominante, para manter sua hegemonia, satisfaz certos interesses das classes subalternas.

A prática médica tem, assim, o papel de reduzir as tensões oriundas da desigualdade social. Para este fim, porém, bastam, em geral, ações de baixa complexidade e baixo custo, inseridas em políticas de alívio à pobreza, que não alcançam satisfazer totalmente as necessidades de assistência das camadas mais pobres da população.

É principalmente a parcela da população de melhor poder aquisitivo que consome, mediante pagamento direto ou indireto (planos de saúde), as práticas médicas marcadas pela intensa utilização de produtos, medicamentos, aparelhos e procedimentos de alto custo.

O encarecimento da assistência pela introdução intensa da tecnologia, saudável para o setor da indústria médico-farmacêutica, reduz a possibilidade de lucro das seguradoras (planos de saúde), ou da própria manutenção da oferta dos serviços, diante das limitações de pagamento por parte dos segurados.

Devido a esta concorrência intercapitalista, surgem dificuldades de realização de algumas esferas do Capital, que são também apresentadas sob a aparência de crise do setor saúde. As causas desta crise aparente são imputadas a

uma prática médica insatisfatória, conseqüência de uma educação médica inadequada.

É com base nestes pressupostos que devemos analisar a atual situação do setor em nossa formação social e as propostas de reforma da educação médica que daí advêm.

### 4.3 AS “NOVAS” PROPOSTAS DE MUDANÇA

No Brasil vivemos, atualmente, no setor saúde, um momento marcado por grande esforço para reorganizar e incentivar a atenção básica, como estratégia central de substituição do modelo tradicional de atenção à saúde, centrado na doença, no atendimento hospitalar, permeado por intenso consumo de tecnologia.

Os médicos, formados para o modelo tradicional, têm-se mostrado pouco adequados para esta “nova” prática.

As diretrizes curriculares propostas, segundo documentos do próprio governo<sup>12</sup>, redirecionam os cursos de medicina, orientando-os para a formação de um médico generalista, com postura ética e humanista, senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, voltado para a proteção, promoção da saúde e prevenção das doenças, capacitado para atuar nos níveis primário e secundário de atenção e resolver os problemas mais comuns, além do primeiro atendimento às situações de emergência.

O Ministério da Saúde anuncia, como uma de suas prioridades essenciais, a atenção básica, mediante a qual pretende ordenar a formação de recursos humanos para a saúde. Neste sentido, busca, atualmente, induzir mudanças curriculares,

---

<sup>12</sup> Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina. Secretaria de Políticas de Saúde – Ministério da Saúde. Secretaria de Educação Superior – Ministério da Educação. Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS. 2002.

visando deslocar o eixo central do ensino médico, da idéia exclusiva da doença, incorporando a noção de integralidade do processo saúde/doença e da promoção da saúde, com ênfase na atenção básica. Visa, também, propiciar a ampliação dos cenários e da duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde, além de favorecer a adoção de metodologias pedagógicas ativas e centradas nos estudantes, visando prepará-los para a auto-educação permanente, num mundo de constante renovação da ciência.

Embora nos anos 90 observe-se uma intensificação dos estudos e debates sobre a educação médica em nosso país, as mudanças ora propostas pelo governo brasileiro, têm origem bem mais remota e fazem parte de uma realidade que não se restringe ao Brasil, uma vez que ocorrem, em variados graus, nos demais países da América Latina e de outros continentes.

A influência sobre a educação médica na América Latina, de início, marcadamente, européia, passa a ser exercida, com grande predominância, pelos estados Unidos da América após a Segunda Guerra Mundial.

O número considerável de médicos residentes que se especializou nos EUA nesta época proporcionou, segundo FERREIRA citado por ALMEIDA (2001), a verdadeira extensão de FLEXNER à América Latina.

No decorrer dos anos, porém, aquela influência se institucionalizou, com a criação de associações e organismos nacionais e internacionais. Pela grande importância que assumem na América Latina podemos citar como exemplo destas instituições internacionais a Federação de Associações de Escolas de Medicina – FEPAFEM e a Associação Latino-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina – ALAFEM, que contribuíram diretamente para a formação de um movimento de educação médica na América Latina, composto por, pelo menos, duas correntes e que, segundo ALMEIDA (2001), caracteriza-se por ser polêmico e conflituoso.

Os processos de criação e de desenvolvimento das ações da FEPAFEM foram, até recentemente, alvo de polêmicas e de suspeição sobre sua condição de entidade

manipuladora e manipulada por certos setores da sociedade e do governo norte-americano, em aliança com alguns líderes latino-americanos da educação médica, em defesa dos interesses e políticas neocolonialistas. Em contrapartida, sempre houve referências veladas à ALAFEM como instrumento da política externa cubana. (ALMEIDA, 2001, p.45).

Estas divergências se reproduziram ao nível das escolas e refletem as contradições existentes nas práticas médicas e na educação médica, fundadas em diferentes concepções de sociedade, políticas sociais, de saúde e de educação médica.

As críticas e propostas de reformulação do ensino médico de base flexneriana, surgem nos Estados Unidos, já na década de 40.

A integração dos ciclos básico e profissionalizante e a incorporação dos princípios da medicina preventiva, da medicina integral e da medicina comunitária, marcaram as discussões que se seguiram nas próximas décadas em toda a América Latina assim como em outros continentes.

A dissociação entre ensino e trabalho, na formação médica, foi apontada por GARCIA em 1968.

Nos anos 70, o 2º. Plano Decenal de Saúde das Américas ressaltava que a prática e a educação médica deveriam tratar a saúde como função biológica e social, serem multidisciplinares e estabelecerem relações dos organismos de saúde pública e instituições privadas com as universidades, por meio da regionalização docente-assistencial, da medicina de comunidade e da participação precoce do estudante nos serviços.

Segundo ALMEIDA (2001), já nesta época se recomendava que o ponto de partida para o processo formativo do médico fosse a atenção à saúde; deveria haver a superação das dicotomias teoria/prática, básico/clínico e preventivo/curativo; precisaria existir a integração multidisciplinar e a inserção do processo de ensino em toda a rede de serviços, em todos os níveis, não apenas no hospital especializado.

Surgem assim as propostas de integração docente-assistencial (IDA). As relações entre instituições educativas e de serviços foram reiteradamente discutidas nas décadas de 70 e 80 refletindo nas práticas educativas em experiências que variavam desde a utilização dos serviços como espaços de prática, até tentativas de reorganização do processo educativo ao redor de um novo modelo de organização dos serviços.

As reformas propostas para a prática médica estão aí tomando concretude nos projetos como o da “saúde da família”, para o qual é preciso formar os médicos de família, pois o médico formado hoje é em geral um “especialista” que não se encaixa no novo modelo de atenção proposto.

Para resolver o problema do perfil inadequado dos profissionais médicos, é fundamental transformar seu processo de formação. Quer dizer, trabalhar para que os médicos sejam formados adequadamente e não deixar que sejam formados com perfil inadequado para depois readaptá-los. Isso implica agir sobre a graduação (estimulando mudanças curriculares profundas) e também sobre o processo de especialização já instalado no país. (FEUERWERKER, 2001, p.40).

Segundo FEUERWERKER (2001), apesar da principal estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) em relação à reorganização do modelo de atenção ser a Saúde da Família, que demanda profissionais com formação geral, os dados em relação à residência médica permitem afirmar que a tendência à especialização não sofreu inversão; ao contrário, seguiu crescendo nos anos mais recentes.

A demanda por este tipo de profissional está sendo criada por esta política do Estado brasileiro, mas talvez outros fatores como a possibilidade de melhor remuneração, até a questão da valorização social deste profissional, passando pela imposição de modelos pela indústria médico-farmacêutica, expliquem esta situação. Embora já exista uma política paralela de abertura quase que irrestrita de novos cursos de medicina, o que brevemente obrigará, mais do que nos dias atuais, a inserção dos médicos ao sistema público mesmo em troca de um baixo salário.

Naturalmente caberia lembrar da reflexão sobre as limitações destas alternativas ou mudanças internas ao setor saúde, que deixam intactas as bases da formação social capitalista e quanto ao impacto sobre as condições de saúde das diferentes classes sociais, realizada no capítulo anterior.

A fragmentação dos conteúdos, o desprezo à determinação social da saúde-doença, a dificuldade para o enfrentamento de problemas cuja solução foge do âmbito daqueles modelos, muitas vezes importados, para os quais o médico foi preparado, reforçam a idéia de que realmente existe uma inadequação na formação.

Na verdade há problemas na formação. Muitas das questões apontadas são reais.

O enfoque é predominantemente ou exclusivamente biológico, especializado, fragmentado, desprovido de humanidade, desconsiderando o ser humano em sua totalidade. O ensino se dá por pedagogias que tendem à perpetuação acrítica de conceitos, técnicas e comportamentos, o que somado ao processo incompleto de análises, não seguidas das sínteses correspondentes, reduzem sobremaneira a capacidade do futuro médico para contribuir com as transformações necessárias principalmente ao nível social.

Se considerarmos cada médico formado e não a prática médica hegemônica, tomada de forma geral, deparamo-nos com um segundo problema. É possível concluir o curso de medicina sem a posse dos conhecimentos clínicos ou cirúrgicos mínimos necessários para realizar a prática médica nos moldes que adquire no capitalismo.

É possível, portanto, concluir o curso e obter o grau de bacharel em Medicina sem o preparo necessário para uma boa sistematização dos sinais e sintomas do paciente, de modo a enquadrá-lo em uma das entidades patológicas legitimadas pela Medicina. Ou seja, sem condições para realizar um bom diagnóstico. Assim como sem condições para realizar o uso adequado da tecnologia

em busca da elucidação diagnóstica, do tratamento mais adequado, das medidas de prevenção mais indicadas.

É possível concluir este curso sem a mínima condição de realizar as práticas cirúrgicas mais comuns ou as práticas necessárias para atender os pacientes em situações de emergência, garantindo-lhes a sobrevivência.

A terminalidade do curso, em função disto tem sido muitas vezes remetida à conclusão da residência médica. Este estágio da formação médica, que deveria representar a especialização em alguma área, tem-se transformado com frequência na única possibilidade de garantir aqueles conhecimentos mínimos necessários para o início de uma atividade médica qualificada. Em alguns casos, no entanto, nem mesmo a residência médica tem conseguido conferir o grau de conhecimento necessário para o exercício competente da profissão.

O fato de que um aluno de medicina pode ser aprovado deixando de comparecer a 25% das atividades propostas para seu aprendizado, ou conseguindo demonstrar um aproveitamento de 50% em termos de aprendizado, dão uma boa idéia de como é possível obter um diploma de medicina sem a garantia de que se esteja perfeitamente habilitado para o exercício desta profissão, mesmo que nos moldes que ela adquire nas formações sociais capitalistas.

Em síntese, é possível ser médico dominando apenas a metade dos conhecimentos definidos como os mínimos necessários para a formação deste profissional. É possível ser médico, tendo vivido apenas  $\frac{3}{4}$  das experiências consideradas necessárias para a sua formação.

Buscaremos agora analisar as propostas mais recentes de reforma da educação médica no Brasil, como resposta governamental às crises apresentadas em torno da prática médica. Sejam aquelas inerentes realmente ao campo da medicina, sejam aquelas que lhe são imputadas pelas manobras ideológicas de

medicalização<sup>13</sup> de problemas oriundos das contradições inerentes ao modo de produção capitalista.

#### 4.4 AS PROPOSTAS ATUAIS DE MUDANÇA DA EDUCAÇÃO ARTICULADA A UMA “NOVA” PRÁTICA MÉDICA

Nos anos 90, as reflexões sobre as reformas da educação médica se intensificaram. Com base na pesquisa realizada por ALMEIDA (1999), apontaremos os principais acontecimentos desta década com relação a este tema.

- Em 1991, a coordenação do Programa para a América Latina e Caribe da Fundação Kellogg, comunicou e convidou as instituições universitárias da área da saúde detentoras, no mínimo, de cursos de graduação de medicina e enfermagem a participar de “Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade”, referida mais comumente pela sigla UNI.
- Neste mesmo ano realizou-se em Havana a etapa final da Conferência Integrada “Universidad Latino-Americana y Salud de la Población “La comunidad debe ser objeto y sujeto de la acción.
- Em 1992, a OPS difundiu, por meio das Associações Nacionais de Educação Médica e da Fepafem, um documento de referência com o título “As mudanças na profissão médica e sua influência sobre a educação médica”.
- Em 1993, realizou-se a 2ª. Conferência Mundial de Educação Médica, em Edimburgo e a 8ª. Reunião Bianual da Network, em Sherbrook (Canadá). Em Edimburgo a OMS apresentou a proposta “Changing medical education and practice: na agenda for action”. Ainda em 1993, em Cartagena (Colômbia),

---

<sup>13</sup> DONNANGELO conceitua medicalização como o processo de mascaramento da realidade, das verdadeiras determinações do processo saúde -doença através da utilização de práticas, medicamentosas ou não. (DONNANGELO, M.C.F.: “Saúde e Sociedade”. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1979, p.68).

realizou-se a Conferência Andina sobre Educação Médica, promovida pela Ascofame e pela OPS.

- Em 1994, realizou-se, em Punta del Este, o Encontro Continental de Educação Médica, promovido conjuntamente pela Fepafem e Alafem.
- No Brasil, a integração das redes IDA e dos projetos UNI, em 1998, para formar a rede UNIDA, gerou um espaço de troca e divulgação de experiências de articulação entre Universidade, Instituições de Ensino e Pesquisa, serviços e comunidade.

As conclusões e recomendações destes eventos têm apresentado, como pontos de convergência, a necessidade da articulação serviço, docência, e investigação; a pertinência das mudanças pedagógicas no sentido de aprender através da solução de problemas, aprender fazendo e aprender transformando as condições reais dos serviços, o ensino orientado à comunidade, em cenários extra-hospitalares.

Diversos aspectos das mudanças na formação e na prática médica, com as linhas gerais acima apontadas, vêm sendo recomendados há mais de cinquenta anos, e, neste período, embora tenham sofrido um processo de contínuo aperfeiçoamento teórico, na prática a mudança foi quase inexistente, configurando segundo FEUERWERKER (1998) “a mudança que não houve”.

Esta mesma autora levanta como uma das causas desta não mudança, a falta de um sistema de saúde bem estruturado que fornecesse a base material necessária para a mudança.

Se estas propostas, então, tiveram um caráter prescritivo e idealista, hoje a realidade mudou. Já há uma base material mais condizente com a mudança proposta. Há um sistema de saúde onde uma nova prática está sendo implementada e há interesse dos organismos internacionais, os mesmos que financiaram a capitalização, flexnerização etc da medicina, estão agora incentivando esta

remodelação. A Segunda Conferência Mundial de Educação Médica, realizada em Edimburgo, por exemplo, contou com o apoio da OMS/OPS, do Unicef, da Unesco, do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas, do Banco Mundial, da Fundação Kellogg, da Fundação Robert Wood Johnson.

Neste final de 2002, no Brasil, numa iniciativa dos ministérios da Saúde e da Educação em conjunto com a Organização Pan-Americana de Saúde / Organização Mundial da Saúde, as Instituições de Ensino Superior (IES) estão sendo convidadas a participar do Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina - PROMED.

Trata-se de um convite à apresentação de projetos de mudança, que, se adequados às diretrizes propostas, implicará no repasse de um milhão e duzentos mil reais a estas instituições formadoras, no período de três anos.

Síntese das propostas de mudança acumuladas a partir da metade do século passado até os dias atuais, esta iniciativa do governo brasileiro visa tornar real a reforma tantas vezes anunciada, pretendida, mas não ocorrida.

A proposta tem como objetivo geral, segundo o edital de convocação, reorientar os produtos da escola médica – profissionais formados, conhecimentos gerados e serviços prestados -, com ênfase nas mudanças no modelo de atenção à saúde, em especial aquelas voltadas para o fortalecimento da atenção básica.

Como objetivos específicos o documento enuncia o seguinte:

- Estabelecer, de forma sistemática e auto-sustentável, protocolos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas médicas.
- Deslocar o eixo central de ensino médico da idéia exclusiva da enfermidade, incorporando noção integralizadora do processo saúde/doença e da promoção da saúde, com ênfase na atenção básica.
- Propiciar a ampliação dos cenários e da duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde.
- Favorecer a adoção de metodologias pedagógicas ativas e centradas nos estudantes, visando prepará-los para a auto-educação permanente num mundo de constante renovação da ciência.

(PROMED, 2002, p.19).

O referido edital indica, também, como imagem objetivo, o seguinte:

O que se busca é a intervenção no processo formativo para que os programas de graduação possam deslocar o eixo da formação – centrado na assistência individual prestada em unidades hospitalares – para um outro processo em que a formação esteja sintonizada com o SUS, em especial com a atenção básica, e que leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população, instrumentalizando os profissionais para enfrentar os problemas do binômio saúde-doença da população na esfera familiar e comunitária e não apenas na instância hospitalar.

A construção de um novo modelo pedagógico deve ter como perspectiva o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social, configurados como princípios norteadores do movimento de mudança. Tal movimento deve estar sustentado na integração curricular, em modelos pedagógicos mais interativos, na adoção de metodologias de ensino-aprendizagem centradas no aluno como sujeito da aprendizagem e no professor como facilitador do processo de construção de conhecimento. As novas interações devem estar sustentadas também em relações de parceria entre as universidades, os serviços e grupos comunitários, como forma de garantir o planejamento do processo ensino-aprendizagem, focalizado em problemas sanitários prevalentes.

A educação deve ser entendida como processo permanente, que se inicia durante a graduação e é mantido na vida profissional, mediante o estabelecimento de relações de parceria entre a universidade, os serviços de saúde, a comunidade, as entidades e outros setores da sociedade civil.

É necessária também a reorientação das pesquisas desenvolvidas na área da saúde, não apenas nos aspectos técnico-operacionais, mas especialmente no aspecto político-institucional e na avaliação da incorporação de novas tecnologias.

Os Hospitais Universitários e de Ensino, as IES e os gestores do Sistema Educacional devem buscar a sua inserção mais orgânica e efetiva no SUS, criando condições reais para o exercício de sua missão e a retribuição, com a qualidade técnica que possui, na assistência, no ensino, na pesquisa, na educação – continuada e permanente – e na avaliação da incorporação de novas tecnologias. (PROMED, 2002, p.20).

Como estratégias para a mudança proposta, no sentido de que as Escolas de Medicina dêem respostas às necessidades concretas do SUS na formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e na prestação de serviços, o PROMED estabelece os seguintes eixos sobre os quais as mudanças deverão trilhar: orientação teórica, abordagem pedagógica e cenários de prática. Cada um destes eixos é decomposto em dois vetores.

Passaremos agora a analisar criticamente os direcionamentos propostos, buscando desvendar suas potencialidades positivas e negativas.

No eixo da *orientação teórica* são estabelecidos os vetores da produção do conhecimento segundo as necessidades do SUS e o vetor da pós-graduação e educação permanente.

O que se propõe, no primeiro vetor, é que sejam realizados estudos clínico-epidemiológicos baseados em evidências, com base nas quais sejam redirecionados protocolos e intervenções, além de investigações de componentes gerenciais do SUS, que permitam estabelecer práticas gerenciais mais adequadas resultando em melhor relação custo benefício dos serviços.

No que diz respeito aos cursos de pós-graduação e de educação permanente, o redirecionamento recomendado é que a oferta destes cursos seja orientada pelas necessidades assistenciais e não mais pelos interesses internos da instituição de ensino, por pressões das corporações etc.

A imagem-objetivo, apresentada em relação à orientação teórica, é a estruturação de escolas com alta produção de investigações orientadas às necessidades da atenção básica, sem prejuízo da investigação pura e tecnológica, e que tenham uma forte interação com os serviços de saúde na área de produção e avaliação de protocolos clínicos, inovações da gestão, análises de custo-benefício, e outras assemelhadas. Em relação à pós-graduação e educação permanente, é que a lógica de oferta de oportunidades educacionais seja feita em estreita articulação com os gestores do SUS, que sejam revisados os quantitativos e a qualidade da formação e que haja um trabalho em estreita articulação com os Pólos de Capacitação em Saúde da Família. (PROMED, 2002).

Estudar o que é prevalente, resolver os problemas da população, racionalizar a utilização da tecnologia reduzindo os custos e melhorando as indicações propedêuticas e terapêuticas, é sem dúvida muito positivo.

O risco que corremos é, em primeiro lugar, aquele inerente a todas as formações sociais capitalistas, voltadas não para a produção de valores de uso, mas para a produção de valor de troca. Neste sentido, o que move as reformas

propostas, é a reprodução das condições de produção. Os Estados capitalistas, principalmente aqueles de orientação neoliberal, têm interesse em racionalizar os gastos da extensão dos serviços como política de alívio à pobreza. O setor do Capital, representado pelas seguradoras, também tem interesse em reduzir os custos com a assistência médica, contra os interesses do setor da indústria médico - farmacêutica.

Em segundo lugar incidem sobre nós os riscos inerentes a nossa condição de país de terceiro mundo. O Banco Mundial nos recomenda, para a saúde, aquela cesta básica que já citamos. Para a educação, uma cesta básica que inclui a despreocupação dos governos em produzir conhecimento de ponta. Segundo o Banco Mundial, os países “em desenvolvimento” devem investir seus recursos para resolver seus problemas mais imediatos e comuns. Não há, segundo aquele banco, porque gastar os recursos em desenvolver tecnologia, pois esta pode ser adquirida dos países desenvolvidos. Isto pode significar uma verdadeira retirada das bases científicas da Medicina. A formação de práticos, sem o pleno domínio das ciências básicas ou dos princípios científicos que fundamentam as práticas médicas. Isto permitiria criar a massa de profissionais necessária para as políticas de alívio à pobreza e para o consumo da tecnologia produzida nos países centrais.

Cabe, finalmente, lembrar, em relação à produção do conhecimento, que, como nos diz SAVIANI (1984), ensino não é pesquisa. Com aquela preocupação constante de produzir os conhecimentos necessários para a solução dos problemas encontrados na prática médica cotidiana, esta confusão é freqüentemente apresentada.

Segundo SAVIANI (1984), é ao se considerar o ensino como um processo de pesquisa, que se estabelece o pressuposto de que os assuntos de que trata o ensino são problemas, ou seja, assuntos desconhecidos não apenas pelo aluno, mas também pelo professor. Para esse autor, nesse sentido, o ensino seria o

desenvolvimento de uma espécie de projeto de pesquisa, composto pelos seguintes passos:

o ensino seria uma atividade (1º. passo) que, suscitando determinado problema (2º. passo), provocaria o levantamento dos dados, (3º. passo) a partir dos quais seriam formuladas hipóteses (4º. passo) explicativas do problema em questão, empreendendo alunos e professores, conjuntamente, a experimentação (5º. passo), que permitiria confirmar ou rejeitar hipóteses formuladas. (SAVIANI, 1984, p.50).

Este tipo de ensino, oriundo no movimento da escola nova, inicia numa atividade; na medida em que a atividade não pode prosseguir, diante de um obstáculo, um problema, é preciso superá-lo. Vai-se em busca, então, dos dados disponíveis para elaborar hipóteses explicativas para o problema. Formulada a hipótese, trata-se de testá-la. O ensino, assim, privilegia os processos de obtenção dos conhecimentos centrados no aluno. Parte de seu interesse em desenvolver procedimentos que o conduzam à posse dos conhecimentos capazes de responder às suas dúvidas e indagações.

O risco da adoção de tais estratégias de ensino é perder a cientificidade ao desprezar, como ponto de partida, os conhecimentos já produzidos pela ciência.

Vejam bem que, se a pesquisa é incursão no desconhecido, e por isso ela não pode estar atrelada a esquemas rigidamente lógicos e preconcebidos, também é verdade que: primeiro o desconhecido só se define por confronto com o conhecido, isto é, se não se domina o conhecido, não é possível detectar o ainda não conhecido, a fim de incorporá-lo, mediante a pesquisa, ao domínio do já conhecido. Aí me parece que está uma das grandes fraquezas dos métodos novos. Sem o domínio do conhecido, não é possível incursionar no desconhecido. (SAVIANI, 1984, p.51).

No eixo da *abordagem pedagógica*, o que se propõe no PROMED é, justamente, um movimento no sentido da adoção de metodologias onde o aluno participe ativamente na construção do próprio conhecimento, predominantemente através da solução dos problemas mais comumente encontrados na prática médica, colocando o professor no papel de facilitador deste processo.

A imagem-objetivo em relação à abordagem pedagógica seria, então, a mudança pedagógica onde o ensino fosse baseado majoritariamente em resolução de problemas, em grupos pequenos, em que os professores trabalham como tutores, ocorrendo o ensino em ambientes diversificados – bibliotecas, comunidade, laboratórios de simulação – e com atividades estruturadas a partir das necessidades de saúde que se apresentam ao SUS. Que a avaliação seja formativa e somativa, avaliando todos os aspectos da formação do estudante (conhecimentos, atitudes e habilidades). Além disto, que o ensino seja majoritariamente integrado, eliminando a precedência cronológica do ciclo básico, servindo as áreas básicas como retaguarda e referência para a busca dos conhecimentos para a solução de problemas, sem estruturação em disciplinas. (PROMED, 2002).

A adoção de pedagogias problematizadoras pode contribuir significativamente para a formação de um aluno capacitado para detectar os problemas reais e para buscar, em cooperação, soluções originais. Pode induzir um desenvolvimento intelectual mais acentuado que as pedagogias centradas na simples transmissão de conteúdos, graças a maior estimulação e desafio. O ensino em pequenos grupos de alunos, preconizado por este tipo de pedagogia, permite o acompanhamento sistemático do progresso do aluno por parte do professor. Este, num processo constante de avaliação, percebe as necessidades de aproximação do aluno ao objeto de aprendizagem, criando, a partir desta percepção, sucessivas aproximações ao objeto, em diversos cenários. Cada nova aproximação do aluno ao objeto não significará um simples reencontro para melhor memorização, mas um contato renovado pelo olhar mais armado pelo saber já obtido, num crescente de complexidade e profundidade na busca pelo fundamento científico que explica a manifestação do fenômeno observado.

Cabe, no entanto, do mesmo modo como fizemos com relação à produção do conhecimento, alertar para possíveis distorções e fragilidades desta proposta de mudança pedagógica.

Há, nestas propostas, a crítica às pedagogias centradas no conteúdo, que desconsideram o aluno em sua capacidade cognitiva e seus interesses. Embora estes aspectos tenham, sem dúvida, que ser considerados, não podemos incorrer no erro de desprezar o conteúdo. Trata-se, segundo SAVIANI (1984), “*de uma teoria pedagógica que considera que o importante não é aprender, mas aprender a aprender*”. Aprender a aprender, adquirir habilidades, atitudes e conhecimentos para a solução dos problemas mais frequentes nos serviços de saúde é fundamental, mas extremamente insuficiente. Se não garantirmos a apreensão, pelo aluno, dos fundamentos científicos, dos conceitos-chave<sup>14</sup> que fundamentam as práticas médicas, não estaremos formando um trabalhador com autonomia para tomar decisões racionais, para analisar criticamente as situações e contribuir para a construção de uma sociedade mais saudável.

Quando, mais importante que deter os conceitos teóricos, é a capacidade para buscá-los, corre-se o risco das experiências de ensino-aprendizagem como algumas que tem ocorrido, nas quais os próprios “tutores” não dominam os conceitos-chave, apenas a técnica de levar os alunos a procurá-los. Como poderá tal “tutor” organizar sistematicamente uma série gradual e encadeada de situações para que a aprendizagem ocorra? Como poderá avaliar a aprendizagem daquilo que não conhece? Como realizar a avaliação formativa ou de processo, que deve ser realizada o tempo todo, observando a apropriação dos conceitos, e a necessidade de promover outras aproximações ao objeto do conhecimento?

Na verdade, nos parece que neste caso, os “tutores” não dominam nem o conteúdo, nem o método. Falta-lhes o domínio dos fundamentos epistemológicos e pedagógicos daquela prática que aprendem apenas na aparência e, assim, apenas representam o papel de professor. Com a preocupação de romper com o discurso autoritário das pedagogias tradicionais, correm, então, o risco de realizar um

---

<sup>14</sup> Conceito-chave: conceito de um relativo alcance de generalidade que, subjaz ao exercício prático de determinadas técnicas estruturais, sistematizando e organizando a rede de conhecimentos específicos correspondentes a tais técnicas.

discurso lúdico que resulta numa polissemia aberta e, no extremo, no *non-sense*. (ORLANDI, 1987).

Um processo de aprendizagem que não busque conferir ao aluno o domínio dos fundamentos científicos, realizará um contato apenas superficial com os conhecimentos, uma visão reduzida ao nível da aparência dos fenômenos, golpe de morte na possibilidade de compreensão da realidade e seu movimento.

Outro aspecto que ganha destaque, nesta proposta de reformulação, é a integração do ciclo básico com o profissionalizante e a questão da interdisciplinaridade.

As coisas em si, existentes na natureza, só se tornam objeto do conhecimento humano quando o ser humano se relaciona com elas dando-lhes significado. É, portanto, através da ação prática sobre a natureza que o conhecimento é gerado. A ação e a reflexão caminham juntas, na prática humana. A concepção e a execução do concebido, como já dissemos anteriormente, caracterizam o trabalho humano. As propostas pedagógicas que contribuam para desfazer a falsa dissociação teoria-prática são, desta forma, muito bem vindas. O cuidado a ser tomado, com as propostas da moda, do aprender fazendo, com inversão da seqüência teoria-prática, substituída por ação-reflexão-ação, é de se evitar o espontaneísmo. É importante lembrar que o fato de se partir da experiência cotidiana não deve implicar em manter os alunos neste nível de análise. Pelo contrário, é só o início de um processo que procurará levá-los à busca das informações necessárias para a compreensão do fenômeno em sua essência.

No que diz respeito à interdisciplinaridade, importa ressaltar que, como instrumento para a realização da síntese necessária dos conhecimentos fragmentados sobre a função e a forma normal, assim como as variações patológicas do corpo humano, pode ser de grande utilidade na complementação do processo de aprendizagem, que, geralmente, fica incompleto, formado por análises parciais.

Por outro lado, devemos evitar uma confusão muito comum em nossos cursos, marcados pelo ensino de vários fragmentos de especialidades.

Por ser impossível, hoje, escamotear os efeitos da especialização do saber, que limitam o entendimento dos problemas humanos em função da fragmentação do conhecimento, são incentivadas abordagens *interdisciplinares*, *multidisciplinares* ou *transdisciplinares* de um objeto colocado em questão. Sem entrar nas nuances que possam diferenciar essas formas de abordagem, afirme-se que, ao buscarem superar a visão parcial do especialista através do concurso de um conjunto de especialistas de diferentes áreas do conhecimento, terminam por produzir uma soma eclética de elaborações marcadas pela especialização. Ao invés de superar a limitação, posta pela especialização do saber, tais alternativas agravam os resultados. Estes deixam de ser um corpo marcado pelo olhar enviesado de um especialista para tornar-se uma massa não integrada de conhecimentos produzida por tantos olhares enviesados quantos forem os especialistas reunidos. (ALVES, 1998, p.118).

Ou seja, a busca por uma aprendizagem que leve à compreensão da totalidade, mesmo que organizada através de um currículo integrado, não ocorre pela soma das diversas disciplinas.

Quanto ao *cenário de práticas*, o PROMED prescreve a diversificação como estratégia de desmonte do ensino centrado no hospital.

Segundo CAMPOS (1999), a lógica que estrutura os Hospitais Universitários é a da especialização, com todas as conseqüências daí decorrentes. Em primeiro lugar, sempre que possível, prioriza-se o trabalho com uma determinada fase do processo saúde-doença, tendendo a assumir casos de difícil diagnóstico ou tratamento, o que progressivamente vai dificultando ao aluno acompanhar tanto o comum, prevalente em cada região, como a evolução inteira da maioria dos casos.

Para darem conta de sua missão, os Hospitais Universitários vêem-se obrigados a incorporar ágil e intensamente novas tecnologias, com importante grau de fragmentação do processo de trabalho entre as diversas especialidades, o que complica bastante qualquer integração do ensino clínico.

Conseqüentemente, tanto o atendimento, quanto o ensino perdem seus eixos integradores, compartimentando-se em setores muito específicos, com pequena integração entre si.

Na educação médica realizada com base neste tipo de hospital, a questão sobre o que um médico geral ou de qualquer outra especialidade necessitaria saber sobre o tema, não é, como já dissemos, a lógica que orienta a construção dos conteúdos práticos e a abordagem teórica. As disciplinas são, muitas vezes, estruturadas como se pretendessem formar especialistas em cada área: o que um médico pediatra ou um clínico necessitaria saber sobre cardiologia, oftalmologia ou cirurgia, não é o que norteia a organização do currículo.

A população brasileira precisa dos hospitais especializados e de alta complexidade e, portanto, não é verdade que ocorra total inconveniência deste modelo. O que ocorre é a inadequação destes hospitais como espaço dominante para o ensino de graduação de Medicina. São, segundo Campos (1999), serviços ótimos para a residência, pós-graduação e realização de pesquisa de ponta. Mas não estariam servindo para formar médicos com capacidade clínica integral.

Neste sentido é que se torna necessária a criação de novos espaços de aprendizagem, externos ao nosso Hospital Universitário.

Como ensinar pediatria, clínica médica, psiquiatria e saúde pública em serviços estruturados para o atendimento especializado? Haveria que se formar profissionais de saúde, treinando-os também em centros de saúde, em domicílios, na comunidade, em escolas etc. Como aprender a tratar adequadamente diabetes sem serviços com programas de atenção integral ao diabético, o que pressupõe equipe multidisciplinar, acesso a laboratórios, consultas individuais, trabalho de grupo?

Parece que o mais correto é mesmo a expansão do espaço de ensino. Do predomínio do Hospital Universitário, na graduação, para o predomínio destes outros espaços durante a formação prática dos alunos.

Persiste a necessidade de formarmos médicos especialistas e generalistas, mas é essencial que adquiram, durante a formação, a capacidade de produzir saúde. São competentes para promover a saúde, para prevenir e curar doenças e para reabilitar os doentes? São capazes de se integrar a variados modelos de serviço, conforme variem as necessidades de saúde? Saberiam trabalhar em centros de saúde, hospitais gerais, em atenção domiciliar, utilizando-se da mais moderna, eficaz e acessível tecnologia médica e/ou sanitária?

As demandas atuais são por médicos com competência para as “especialidades gerais” (pediatria, clínica médica, ginecologia-obstetrícia, cirurgia geral, psiquiatria, saúde coletiva). Estes, no entanto terão que contar com o apoio de especialistas localizados em ambulatórios e hospitais terciários. O problema atual do ensino médico, é que este tem priorizado intensamente a última modalidade de serviço citada. Procede-se como se a especialização fosse toda a medicina, como se o atendimento especializado fosse toda a assistência. O resultado é uma crise de eficácia da clínica.<sup>15</sup>

Diante disso, o PROMED propõe atividades extramurais em unidades do SUS, equipamentos escolares e da comunidade, ao longo de toda a carreira, com graus crescentes de complexidade. Durante os dois primeiros anos de graduação, combinam-se atividades extramurais multiprofissionais, com experiências de integração em laboratórios de problematização, com a participação de docentes de áreas básicas e clínicas em, pelos menos, 20% da carga horária. Atividades clínicas desenvolvidas de forma mista entre serviços próprios das IES e unidades comuns e correntes de atenção básica da rede do SUS – majoritariamente ambulatorial, ou em serviços próprios das IES. Que os serviços próprios das escolas sejam completamente integrados ao SUS, sem central de marcação de consultas ou de internações próprias, e que se desenvolvam mecanismos institucionais de referência e contra-referência com a rede do SUS.

---

<sup>15</sup> NAVARRO, V. *La medicina bajo el capitalismo*. Barcelona: INELVASA, 1979.

Exceto o risco de tomar o existente, com suas limitações, como norma, as condições, muitas vezes precárias dos serviços de saúde, como naturais, e o risco, já apontado, de circunscrever a aprendizagem apenas ao que é mais simples e mais freqüente, entendemos como muito positivas estas propostas de diversificação de cenários.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo reconhecendo essas falhas “internas” ao curso de medicina, responsáveis por uma parcela do mau desempenho da medicina hegemônica, analisá-las não é suficiente para a elucidação de nosso objeto de estudo.

Não partilhamos da “tese da inadequação”. Otimizar a prática médica hegemônica significaria potencializar sua capacidade de contribuir para a manutenção de um modo de produção “patogênico”.

É preciso deixar muito claro estes dois aspectos da questão. Concordamos que há um preparo técnico insuficiente dos alunos de medicina. Muitos não se formam em boas condições para cuidar das doenças.

O aspecto que nos interessa aqui, no entanto, é que a prática médica hegemônica - para a qual os médicos são hoje formados – mesmo que executada com competência, não resolve satisfatoriamente os problemas de saúde. Individualmente contribui para a cura de algumas doenças, para salvar vidas. Ao mesmo tempo, porém, contribui para a manutenção das condições responsáveis pela geração de milhares de casos de doença, sofrimento e morte.

Se, com a instituição das propostas do PROMED, há alguma possibilidade de transformação da prática médica, não podemos esquecer que, enquanto política pública de Estado, o PROMED constitui um instrumento de legitimação da ordem social e, em particular, do modelo de assistência à saúde deste Estado. Qualquer “revolução” que decorra daí será, na verdade, uma reforma, operada dentro dos limites do Estado, sem espaço intencional para a crítica do mesmo. O fato de apresentar-se, assim como ocorreu com a Medicina Preventiva e Medicina Comunitária, como uma prática alternativa, voltada para populações pobres,

deixando intocado o espaço para a prática médica hegemônica, é expressão clara disto.

A transformação da prática médica e da estrutura assistencial a partir de mudanças na formação dos profissionais de saúde é insuficiente. Mas é preciso mudar para preparar o médico para enxergar a totalidade e avaliar (analisar criticamente) sua própria prática e modelos propostos.

Não estamos aderindo à tese da inadequação, pois não estamos propondo que, uma vez adequada a educação médica, os problemas se resolvem neste mesmo modo de produção. A mudança que propomos, é no sentido de que a educação contribua para denunciar o próprio modo de produção como gerador dos problemas.

Como esperar, porém, que a escola derrube seus próprios alicerces? Como afirma SAVIANI (1984), *“a questão escolar na sociedade capitalista, dada a sua divisão em classes e interesses opostos, é objeto de disputa”*. No interior desta mesma escola, forjada para manter a ordem, encontram-se espaços de contradição que, segundo KUENZER (2000), *“tornam possível a construção histórica de uma nova pedagogia, ainda não hegemônica, incipiente, comprometida com o interesse dos trabalhadores – a pedagogia socialista”*.

Resta aproveitar os espaços de contradição, deixados por estas propostas reformistas, visando obter as vantagens imediatas que permitem a sobrevivência, ainda que precária e levam à reprodução, pois, ao mesmo tempo, trazem as possibilidades de transformação.

Nos limites permitidos pela reforma, vale, ainda, buscar a otimização da prática hegemônica, pois é preciso estar vivo para lutar pela mudança maior. Isto não deve, no entanto, significar a subordinação a esta ordem patogênica. É preciso estar vivo e educado. Ou seja, de posse da produção teórica que a sociedade realizou até então e de posse das categorias que nos permitem compreender esta

mesma sociedade em sua essência, seu funcionamento e suas possibilidades de transformação numa sociedade mais saudável.

Um primeiro passo na direção desta transformação seria incluir entre os pilares das mudanças na formação e na prática médica a idéia de desmascarar o caráter ideológico dos conceitos de saúde hegemônicos.

O conceito de saúde como ausência de doença, fundante da prática médica hegemônica, foi revolucionário na transição do feudalismo para o capitalismo, por contribuir para garantir a disponibilidade da força de trabalho necessária para mover os meios de produção. Tornou-se, no entanto, ideológico na medida em que não é mais necessário manter o maior número possível de corpos em condições de serem explorados ao máximo para viabilizar a produção dos meios de subsistência. Como o desenvolvimento dos meios de produção permitiu prescindir, em grande parte, do trabalho vivo, este conceito tornou-se obsoleto. Já é possível produzir o suficiente para todos, em quantidade e qualidade que permita o desenvolvimento pleno de todas as potencialidades humanas, com pouco trabalho vivo. Entender saúde como a mera ausência de irregularidades anatômicas e funcionais que permita a exploração máxima dos corpos como força de trabalho, não mais contribui para o avanço, mas para a manutenção da humanidade no mundo da necessidade. O conceito outrora revolucionário tornou-se, portanto, reacionário. Superada a necessidade concreta de explicar a saúde como a capacidade máxima de extrair a força de trabalho dos corpos dos trabalhadores, este conceito perde sua capacidade explicativa. Serve à manutenção da ordem vigente. Manutenção das relações de produção – relações de exploração -, que já estão superadas pelas forças produtivas.

O outro conceito a ser urgentemente desmascarado é o da Organização Mundial da Saúde. “Saúde não é apenas a ausência de doença, mas o estado de completo bem estar físico, social e emocional”.

Não vamos nos ater nos diversos aspectos de fragilidade e inadequação de tal conceito. Queremos destacar apenas aquele que mais importa para a questão da manutenção ou do avanço.

Este conceito já nasceu ideológico, uma vez que foi criado como instrumento de legitimação da ordem capitalista no pós segunda grande guerra. O bem estar social significava estar de bem com a ordem vigente. Conformer-se a ela e contribuir para sua manutenção. Ser contrário à ordem poderia significar um desvio a ser tratado com todo o rigor, o que justificaria o confinamento em hospícios de pessoas que ameaçassem tal bem estar.

Como dissemos inicialmente, o ser humano se humaniza através de seu trabalho de transformação do mundo natural, numa ação intencional, expressão de idéias que concebeu anteriormente. A possibilidade desta autoprodução, desta humanização, nos parece representar melhor a idéia de saúde. E tudo que se contrapõe a esta construção proposital, orientada pela inteligência, constitui uma limitação para a construção do humano, uma restrição da vida em sua plenitude.

Como já citamos, entendemos a “natureza humana” como historicamente construída pelo próprio homem, que deve, no entanto, ter condições de utilizar-se daquilo que já foi construído pela humanidade, no sentido de participar ativamente da continuidade desta construção. Desta forma, a *saúde representa o processo no qual o homem é capaz de conceber idealmente sua existência, dispondo de uma base material que lhe permita realizar os movimentos necessários para buscar conferir concretude ao projeto idealizado. É a condição na qual o homem é capaz de humanizar-se.*

Para humanizar-se o homem precisa ter acesso ao que foi construído até então pela humanidade em termos de trabalho, alimentação, transporte, moradia, educação, serviços de saúde e a liberdade necessária para utilizar sua capacidade de trabalho em favor de si e da sociedade.

O modo de produção capitalista não permite esta realização. Embora as forças produtivas tenham se desenvolvido a ponto de poder produzir com sobras o necessário para suprir as necessidades de toda a humanidade, as relações de produção não o permitem. As idéias que contribuem para manter esta situação perderam sua capacidade explicativa. Deixaram de ser científicas e tornaram-se meramente ideológicas.

É por isso que entendemos que o conceito de saúde que estamos apregoando tem um potencial de mudança. Tensiona a sociedade para a superação deste modo de produção, e para a construção de um outro, que já é possível e que será seguramente mais saudável, uma vez que trará maior possibilidade de humanização da vida humana.

Não se pode esperar que tal empreitada seja desencadeada pelas vias do consenso, mas da luta de classes. É tarefa contra-hegemônica a ser realizada pelas classes sociais às quais interessa a mudança.

Para finalizar e na tentativa de contribuir para iluminar alguns caminhos a serem trilhados nesta direção, gostaríamos de apontar para a necessidade de estudos que buscassem analisar as mudanças ora propostas para a formação médica, assim que sejam implantadas, no sentido de avaliar em que medida atendem aos interesses do Capital e da classe trabalhadora.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. J. A educação médica e as atuais propostas de mudança: alguns antecedentes históricos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.25, n.2, p.42-52, 2001.

ALMEIDA, M. J. **Educação médica e saúde**: possibilidades de mudança. Londrina: Editora UEL/Rio de Janeiro: ABEM, 1999.

ALTHUSSER, L. **Sobre a reprodução**. Petrópolis: Vozes, 1999.

ALVES, G. L. **A produção da escola pública contemporânea**. Campinas, 1998. Tese (Pós-Doutoramento) – Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas.

ANDERSON, P. **O balanço do neoliberalismo**. In: GENTILI, P. ; SADER, E. (org.). Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o estado democrático. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999. p. 93-23

AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Campinas, 1975. 261p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

BANCO MUNDIAL. **World Development Report**. Oxford: University Press, 1993.

BARATA, R. C. B. **A historicidade do conceito de causa**. In: Textos de apoio: epidemiologia 1. Rio de Janeiro, ENSP/ABRASCO, 1985. p. 13-27.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. Universidade de Brasília. **Modos de adoecer, morrer e pensar a doença na história da humanidade**. In: Gestão de saúde: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais; programa de educação à distância – Rio de Janeiro: FIOCRUZ; Brasília: UnB, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Capacitação pedagógica para instrutor /supervisor área da saúde**. Brasília: Editora Ideal, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina**: Edital de Convocação 08/2002. Secretaria de Políticas de Saúde – Ministério da Saúde. Secretaria de Educação Superior – Ministério da Educação. Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS. Disponível em <<http://www.saúde.gov.Br/promed>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Secretaria de Educação Superior. **Minuta de edital para discussão do Programa de incentivo a mudanças curriculares nos cursos de medicina**. Brasília, 2001.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. Rio de Janeiro: Zahar, 1987.

BREILH, J. ; GRANDA, E. **Saúde na Sociedade**. 2.ed. São Paulo: Cortez/Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.

BREILH, J. **Epidemiologia**: economia, política e saúde. São Paulo: Editora Universidade Estadual Paulista/Fundação para o Desenvolvimento da UNESP/HUCITEC, 1991.

CAMPOS, G. W. S. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.187-193, jan.-mar.1999.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 5 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

CASTRO, F. **Discurso pronunciado no ato de comemoração pelo dia internacional dos trabalhadores, celebrado na Praça da Revolução**. La Habana, 2002.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Saúde da Família de Curitiba. **Manual para capacitação para equipes de PSF de Curitiba**, Curitiba: 2001.

CURY, C. R. J. **Educação e contradição**: elementos metodológicos para uma teoria crítica do fenômeno educativo. 5.ed. São Paulo: Cortez, 1992.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e sociedade**: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1975.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

DRAIBE, S. M. O 'Welfare State' no Brasil: características e perspectivas. **Ciências sociais hoje**. São Paulo: VERTICE – AMPOCS, 1989.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Nova fronteira, 1995.

FEUERWERKER, L. C. M. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil**. São Paulo: Hucitec/ Rede Unida, 1998.

FEUERWERKER, L. C. M. A formação de médicos especialistas e a residência médica no Brasil. **Saúde em Debate**, v.25, n.57, p.39-54, jan./abr. 2001.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 5.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

GARCIA, J. C. La categoria trabajo en la medicina. **Cadernos Medico Sociales**, Rosario, n.23, p.5-17, mar. 1983.

GARCIA, J. C. **La educación médica en la América Latina**. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 1972. Publicação científica nº 255.

GERMER, C. M. **Contribuição ao entendimento do método da economia política, segundo Marx**. Curitiba, 2001. mimeo.

GONÇALVES, R. B. M. **Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico**. São Paulo, 1979. 209p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

KLEIN, L. R. **Uma leitura de Piaget sob a perspectiva histórica**. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 1996. 183p.

KLEIN, L. R. Educação, sociedade e produção da miséria. In: SEMINÁRIO CRIANÇA E ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE RISCO: UMA COMPREENSÃO NECESSÁRIA, Curitiba. **Anais...** Curitiba: IMAP–EAP, 1996.

KLEIN, L. R. **Um ponto de vista sobre equipes multi, inter e transdisciplinares**. Curitiba, 2002. mimeo.

KOSICK, K. **Dialética do concreto**. 2.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

KUENZER, A. Z. **Desafios teórico – metodológicos da relação trabalho – educação e o papel social da escola**. In: FRIGOTTO, G (org.). Educação e crise do trabalho: perspectivas de final de século. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

MACEDO, C. C. **A produção social da saúde**. Revista Vida Pastoral JAN/FEV 1981.

MANACORDA, M. A. **Marx e a pedagogia moderna**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1996.

MARX, K. **Carta a Annenkov**. In: OBRAS ESCOLHIDAS. São Paulo: Alfa Omega, s/d., v.3.

MARX, K. **Contribuição para a crítica da economia política**. 3. ed. Lisboa: Estampa, 1974.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. São Paulo: Nova Cultura, 1996. v.1, livro primeiro: o processo de produção do capital.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. 4 ed. Portugal: Presença/Livraria Martins Fontes, Coleção Síntese, v. 1.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.26, n.60, p.118-122, jan./abr. 2002.

NAVARRO, V. **Capitalismo, imperialismo, salud, medicina**. Madrid: Tecnicas Gráficas, 1979.

NAVARRO, V. **La medicina bajo el capitalismo**. Barcelona: INELVASA, 1979.

NOGUEIRA, R. P. **A ideologia médica neoliberal**. *Saúde em Debate*, n.15/16.

NOVAES, H. M. **Ações integradas nos sistemas locais de saúde**. São Paulo: Pioneira, 1990.

ORLANDI, E. P. **A linguagem e seu funcionamento: as formas do discurso**. 2.ed. Campinas: Pontes, 1987.

PAIM, J. S. Medicina comunitária: introdução a uma análise crítica. **Saúde em Debate**, São Paulo, n.1, p.9-12, out. 1976.

PIMENTA, T. S. Transformações no exercício das artes de curar no Rio de Janeiro durante a primeira metade do Oitocentos. **História Ciência, Saúde: Manguinhos**. V. 1, n. 1 (jul. – ago. 1994) Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2004.

PISTRAK, M. **Fundamentos da escola do trabalho**. São Paulo: Editora Expressão Popular, 2000.

SAVIANI, D. **Escola e democracia: teorias da educação, curvatura da vara, onze teses sobre educação e política**. São Paulo: Cortez, 1984.

SCHRAIBER, L. B. **Educação médica e capitalismo: um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista**. São Paulo: HUCITEC / Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e seu trabalho: limites da liberdade**. São Paulo: HUCITEC, 1993.

TOMMASI, L. ; WARDE, M J (org). **Banco Mundial: políticas e reformas**. São Paulo: Contag, 1996.