

O PATOLÓGICO



CENTRO ACADÊMICO ADOLFO LUTZ - MEDICINA UNICAMP - ANO MMX - MAIO

O Trabalho Médico e as mudanças na sua organização

p. 3, 4 e 5



Seminário de Organização e História da Prática Médica

31 de maio
(segunda)

18h - Resgate histórico
da profissão médica

Coffeebreak

20h - Discussão sobre a
transformação dos
conceitos de saúde

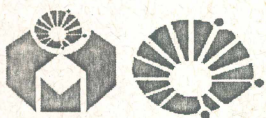
1 de junho
(terça)

18h - Análise do SUS

Coffeebreak

20h - O Trabalho Médico
Hoje

Na Faculdade de Ciências Médicas - Anf 1



Coluna SAÚDE

Confira o texto "Reforma e Crítica do Movimento de Reforma Sanitária", que analisa o movimento de reforma sanitária brasileira, fazendo uma análise crítica do mesmo.

» leia mais, P.6

Coluna Extensão

Leia texto sobre a história da Extensão, retirada de cartilha produzida pela Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM)

» leia mais, P. 7

Atenção, Atenção!

Continuando o último Pato sobre Movimentos Sociais...

Vivência na Escola Nacional Florestan Fernandes, a Universidade do MST.

12 e 13 de junho!

Inscrições até 2 de junho, no CAAL

Mais informações através de caalrosadosventos@gmail.com.

SAIU NA MÍDIA

Leia texto sobre o jugamento de crimes da ditadura militar brasileira

» leia mais, P. 7

SPASMO!

Leia poema de Mauro Iasi.

» leia mais, P. 8

PATOCULTURAL

» leia mais, P. 8

Leia análise do filme "A Fita Branca", de Michael Haneke, vencedor do Festival de Cannes de 2009, que analisa a maneira como a sociedade alemã se estruturava no período pré-primeira guerra mundial.

Balancete

Dezembro 2009

Dia	Descrição	Debito	Credito	Saldo
	Saldo até 29/08/08			R\$ 27.558,29
25/11/2009	Gastos CASU	R\$ 1.550,00		R\$ 26.008,29
26/11/2009	Seminário Adote-ME Tranforme	R\$ 784,00		R\$ 25.224,29
26/11/2009	Pagamentos Noite Cultural	R\$ 770,00		R\$ 24.454,29
30/11/2009	Pagamentos diários Fun-	R\$ 6.701,02		R\$ 17.753,27
01/12/2009	Alarme Siemens	R\$ 323,09		R\$ 17.430,18
02/12/2009	Pagamento técnico informática	R\$ 215,00		R\$ 17.215,18
03/12/2009	Pagamento Xerox Randall	R\$ 293,72		R\$ 16.921,46
07/12/2009	Pagamento Telefone/ Internet	R\$ 381,00		R\$ 16.540,46
10/12/2009	Venda garrafas Vodka		R\$ 100,80	R\$ 16.641,26
10/12/2009	Devolução convite oktobermed	R\$ 15,00		R\$ 16.626,26
10/12/2009	Financiamento CREMESP		R\$ 500,00	R\$ 17.126,26
11/12/2009	Financiamento CASU		R\$ 4.000,00	R\$ 21.126,26
11/12/2009	Mensalidade Aulas Frances		R\$ 450,00	R\$ 21.576,26
11/12/2009	Aluguel Xerox Randall		R\$ 1.600,00	R\$ 23.176,26
11/12/2009	Professora Frances	R\$ 1.575,00		R\$ 21.601,26
14/12/2009	Jornais e revistas	R\$ 44,90		R\$ 21.556,36
14/12/2009	Cartório	R\$ 55,00		R\$ 21.501,36
15/12/2009	Tarifas bancárias	R\$ 40,90		R\$ 21.460,46
21/12/2009	Reembolso Carol FEV	R\$ 428,04		R\$ 21.032,42
21/12/2009	Transferência Conta Poupança	R\$ 380,00		R\$ 20.652,42
	Poupança do CAAL			R\$ 21.264,23
	Saldo Total do CAAL			R\$ 42.016,65

Janeiro

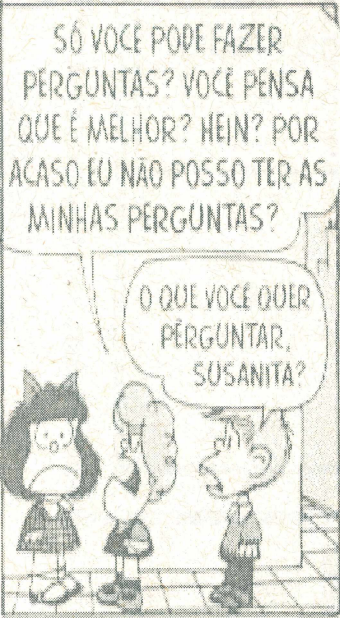
Dia	Descrição	Debito	Credito	Saldo
	Saldo até 29/08/08			R\$ 20.652,42
05/01/2010	Alarme Siemens	R\$ 329,99		R\$ 20.322,43
05/01/2010	Mensalidades Aula Frances		R\$ 1.385,00	R\$ 21.707,43
06/01/2010	Conta de telefone	R\$ 296,75		R\$ 21.410,68
06/01/2010	Salário Funcionários	R\$ 4.189,22		R\$ 17.221,46
06/01/2010	Pagamento Contador	R\$ 1.605,00		R\$ 15.616,46
11/01/2010	Pagamento xerox Randall	R\$ 85,90		R\$ 15.530,56
12/01/2010	Jornais e Revistas	R\$ 44,90		R\$ 15.485,66
12/01/2010	Patrocinador COXOXU		R\$ 2.800,00	R\$ 18.285,66
15/01/2010	Saida p/ COXOXU	R\$ 2.800,00		R\$ 15.485,66
15/01/2010	Tarifa bancária	R\$ 40,90		R\$ 15.444,76
18/01/2010	Patologico	R\$ 627,20		R\$ 14.817,56
20/01/2010	Transferência conta poupança	R\$ 340,00		R\$ 14.477,56
21/01/2010	Recisão Jerry	R\$ 5.859,87		R\$ 8.617,69
28/01/2010	Repasse Reitoria		R\$ 13.680,00	R\$ 22.297,69
	Poupança			R\$ 21.819,90
	Saldo total do CAAL			R\$ 44.117,59

Fevereiro

Dia	Descrição	Debito	Credito	Saldo
	Saldo até 29/08/08			R\$ 22.257,69
01/02/2010	Alarme Siemens	R\$ 323,09		R\$ 21.934,60
02/02/2010	Pagamento Camisetas	R\$ 624,00		R\$ 21.310,60
02/02/2010	Gastos Calourada	R\$ 3.198,30		R\$ 18.112,30
03/02/2010	Pagamento Funcionários	R\$ 1.765,00		R\$ 16.347,30
05/02/2010	Cartório	R\$ 30,00		R\$ 16.317,30
05/02/2010	Saida p/ Caixa Cidinha	R\$ 200,00		R\$ 16.117,30
08/02/2010	Conta de telefone	R\$ 178,22		R\$ 15.939,08
11/02/2010	Aluguel Xerox Randall		R\$ 450,00	R\$ 16.389,08
12/02/2010	Jornais e Revistas	R\$ 46,90		R\$ 16.342,18
17/02/2010	Tarifa Bancária	R\$ 40,90		R\$ 16.301,28
22/02/2010	Transferência conta poupança	R\$ 340,00		R\$ 15.961,28
24/02/2010	Retorno calourada		R\$ 204,75	R\$ 16.166,03
24/02/2010	Bazar CAAL		R\$ 400,00	R\$ 16.566,03
	Poupança			R\$ 22.274,43
	Saldo Total do CAAL			R\$ 38.840,46

Março

Dia	Descrição	Debito	Credito	Saldo
	Saldo até 29/08/08			R\$ 16.106,03
01/03/2010	Saida calourada	R\$ 4.364,50		R\$ 11.741,53
01/03/2010	Entrada calourada		R\$ 581,05	R\$ 12.322,58
01/03/2010	Bazar CAAL		R\$ 850,10	R\$ 13.172,68
01/03/2010	Pagamento do site do CAAL	R\$ 30,00		R\$ 13.142,68
01/03/2010	Alarme Siemens	R\$ 551,10		R\$ 12.591,58
02/03/2010	Salário Cidinha (fevereiro)	R\$ 1.649,80		R\$ 10.941,78
03/03/2010	Salário Cidinha (março)	R\$ 1.669,56		R\$ 9.272,22
03/03/2010	Contador	R\$ 1.265,00		R\$ 8.007,22
04/03/2010	Patológico Fevereiro	R\$ 469,27		R\$ 7.537,95
08/03/2010	Telhas novas CAAL	R\$ 247,90		R\$ 7.290,05
08/03/2010	Frances CAAL		R\$ 560,00	R\$ 7.850,05
08/03/2010	Conta de telefone	R\$ 304,51		R\$ 7.545,54
09/03/2010	Aluguel Randall		R\$ 900,00	R\$ 8.445,54
11/03/2010	Pagamento Xerox Randall	R\$ 206,60		R\$ 8.238,94
11/03/2010	Reembolso estadual regional	R\$ 80,00		R\$ 8.158,94
11/03/2010	HH lançamento Pato e Leão	R\$ 647,86		R\$ 7.511,08
12/03/2010	Jornais e revistas	R\$ 146,80		R\$ 7.364,28
12/03/2010	Entrada Noite Cultural CABS		R\$ 127,00	R\$ 7.491,28
22/03/2010	Transferência Conta poupança	R\$ 380,00		R\$ 7.111,28
25/03/2010	Tarifas do Banco	R\$ 41,45		R\$ 7.069,83
26/03/2010	Saida Noite Cultural	R\$ 300,00		R\$ 6.769,83
29/03/2010	Faixa do Ato contra Fundação	R\$ 62,00		R\$ 6.707,83
29/03/2010	Repasse da Diretoria		R\$ 3.420,00	R\$ 10.127,83
31/03/2010	Professora Frances	R\$ 225,00		R\$ 9.902,83
31/03/2010	Transpote ROEX	R\$ 180,00		R\$ 9.722,83
	Poupança do CAAL			R\$ 22.757,38
	Saldo Total do CAAL			R\$ 32.480,21



Parada do Velho Novo

Eu estava sobre uma colina e vi o Velho se aproximando, mas ele vinha como se fosse o Novo.

Ele se arrastava em novas muletas, que ninguém antes havia visto, e exalava novos odores de putrefação, que ninguém antes havia cheirado.

A pedra passou rolando como a mais nova invenção, e os gritos dos gorilas batendo no peito

deveriam ser as novas composições.

Em todas as partes viam-se túmulos abertos vazios, enquanto o Novo movia-se em direção à capital.

E em torno estavam aqueles que instilavam horror e gritavam: Aí vem o Novo, tudo é novo, saúdem o Novo, sejam novos como nós! E quem escutava, ouvia apenas os seus gritos, mas quem olhava, via tais que não gritavam.

Assim marchou o Velho, travestido de Novo, mas em cortejo triunfal levava consigo o Novo e o exibia como Velho.

O Novo ia preso em ferros e coberto de trapos; estes permitiam ver o vigor de seus membros.

E o cortejo movia-se na noite, mas o que viram como a luz da aurora era a luz de fogos no céu. E o grito: Aí vem o Novo, tudo é novo, saúdem o Novo, sejam novos como nós! seria ainda audível, não tivesse o trovão das armas sobrepujado tudo.

Bertold Brecht

ORGANIZAÇÃO E HISTÓRIA DA PRÁTICA MÉDICA

Introdução

Este Pato vem com um tema especial: A História e a Organização da Prática Médica. O objetivo é iniciarmos o estudo sobre como a prática médica ocorria no início de sua constituição como ciência e como se transformou ao longo do tempo. Estudo, aliás, ao qual não temos acesso garantido no curso e que tem dependido de esforço individual ou coletivo através, por exemplo, deste centro acadêmico.

Mas porque será importante para nós estudantes de medicina ter conhecimento da história da nossa futura profissão?

Para que este estudo não fique apenas a título de curiosidade, cabe colocar nosso entendimento de que a forma como atuamos hoje em medicina e em saúde é resultado do desenvolvimento e do conjunto das transformações que ocorrem na sociedade. E, portanto, resgatar a história é um passo fundamental para compreender a organização atual e as tendências para a área da saúde, bem como nossas possibilidades de atuação.

Claro que poderíamos também questionar porque precisamos compreender a organização do trabalho em saúde hoje, afinal parece estar tudo pronto nos esperando: o currículo, os estágios no serviço de saúde, a residência, o mercado de trabalho etc, e, portanto é só

Prática Médica no Início da Sociedade Moderna... E o surgimento do Médico

A medicina é uma prática social anterior ao desenvolvimento da sociedade capitalista. Quando retomamos dados históricos vemos que ela enquanto prática e os agentes dessa prática se situam entre as mais antigas formas de intervenção técnica.

Há, porém especificidades que essa prática vai adquirindo à medida que se transforma a forma de organização da sociedade e é importante compreendermos como isso se dá na sociedade atual, inclusive procurando no resgate que se faz, qual seria seu significado econômico, político e ideológico.

O fim do século XV ao XVI é um período caracterizado por grande êxodo rural e pela formação de uma população urbana imensa e pobre. Movimento intenso, advindo da expropriação da terra desses indivíduos, que tem como resultado uma grande concentração populacional no espaço urbano que começava a se configurar. A realidade era de intensa miséria, de epidemias e de diminuição da possibilidade de sobreviver e a cidade e a concentração populacional sem qualquer planejamento ampliavam a capacidade destrutiva das epidemias. Esse processo traz necessidade em dado momento de reorientação do espaço urbano (habitação, estrutura viária, acesso a alimentação, etc).

Nesse período quem irá assumir o papel de reorientação do espaço e de prover ações resolutivas a essas questões é o Estado que surgia. Se essa população vem para a cidade porque foi expulsa do campo para virar trabalhadora da indústria que ainda começava a se desenvolver, eram necessárias políticas que garantissem sua reprodução e manutenção. Imagine se não houvesse essa preocupação com o homem vindo do campo para encontrar seu meio de sustento com o trabalho na cidade que não encontra meios para sobreviver nessa cidade. Seria colocada em risco assim a mudança da estrutura social antes centrada no espaço rural para outra centrada no urbano.

As medidas que surgem para procurar dar conta dos problemas de saúde eram de controle populacional, de mortes, endemias e epidemias e medidas higiênicas-sanitárias. A medicina é disciplinada pelo Estado, que se estruturava nessa nova forma de organização da sociedade e que se consolidou também a partir destas relações e funções atribuídas ou tomadas por ele. Atribui-se nesse período à medicina, de forma mais ampla, a função de controlar a vida social e estabelecer regras e normas que permitam a vida na estrutura social que se formava.

Nos séculos XVII e primeira metade do XIX, é expressão dessa realidade a importância que teve a medicina social que

seguimos o rumo que tudo vai dar certo.

Contudo, se analisarmos esse caminho e o ponto de chegada, nem tudo parece tão pronto assim ou está de uma forma que impede que nossa futura atuação possa contribuir de fato para melhorar as condições de saúde das pessoas. Por exemplo, hoje constatamos na prática profissional que somos obrigados a fazer uma consulta em 15 minutos, ou que esperamos em torno de 2 meses para obter o resultado de um exame que pedimos com urgência, ou ainda que ao definirmos um procedimento para um paciente, temos que exaustivamente justificá-lo para o plano de saúde que achou a medida muito dispendiosa.

Esses são problemas práticos e bem pontuais que estão no cotidiano do profissional de saúde, dificultam nossa atuação profissional de qualidade e que julgamos necessários de serem superados. É possível contribuir com a melhoria da saúde com essas condições colocadas? É possível um trabalho em saúde nos moldes do que procuramos aprender: organizado e pautado na produção científica mais moderna?

Não poderemos solucionar todas as dúvidas e nem dar respostas definitivas aos problemas mencionados. A proposta, aqui, é na verdade anterior: procurar fazer um resgate histórico entendendo que as possibilidades de atuação da medicina hoje são o resultado de um processo histórico e compreender esse movimento permite-

atribuí-la como principal causa das enfermidades as condições de vida e à medicina o papel de organizadora social. Nesse período os nomes mais expoentes dessa prática eram Guérin, Virchow e Neumann.

Porém, à medida que a nova sociedade e junto disso o Estado surgem e vão se consolidando e a industrialização e o crescimento das cidades também, a nova classe que domina o Estado se vê obrigada a tomar as rédeas do processo e dentre outros pontos, dominar as propostas para saúde – nesse caso é fundamental entender que existe uma nova conformação do Estado e que ele não é neutro, mas atende a determinados interesses como tentamos exemplificar em alguns pontos do texto no que se refere às mudanças na saúde. E ao mesmo tempo em que, como foi colocado, era necessário garantir a sobrevivência dos trabalhadores que agora se concentram na cidade, com o perigo de que caso isso não ocorra não seria possível sustentar sua própria consolidação enquanto classe social, deve também cuidar para barrar qualquer forma de manifestação ponha em risco o desenvolvimento dessa sociedade e que se expressavam na forma da medicina social que questionava a nova forma de organização da sociedade como causadora dos males a saúde.

A medicina social que tinha propostas, mesmo que limitadas, emancipadoras precisava ser superada. O Estado nesse período vai incorporar elementos dela e apresentar duas diretrizes principais a suas ações:

- o controle da pobreza. Pobreza decorrente da, além do intenso êxodo e do não planejamento, inexistência de trabalho suficiente para toda essa massa. Porém, essa política vai se restringir apenas para os indivíduos inválidos para o trabalho, com objetivo de garantir que toda a massa esteja livre e aberta a se tornar trabalhadora da cidade.

- sanitismo do ambiente. Consistia em reorganizar e higienizar o espaço urbano, realizar os registros de dados da população e realizar as vacinas obrigatórias.

Caso o Estado naquele período não se dedicasse a isso, podemos imaginar que se criaria um ambiente propício para revoltas populares e contestações radicais, ou nem tanto, sobre as mudanças na forma de organização da sociedade.

Entretanto, com o desenvolvimento das relações sociais da época e com a necessidade de consolidar tais relações, no século XIX outra forma fundamental de prática médica irá se desenvolver, vai se sobressair a medicalização individual. Nessa nova sociedade que ainda se configurava, o que daria sustentação para sua consolidação era o trabalho realizado pelos que vinham compor o espaço urbano.

O corpo sadio, como principal instrumento de trabalho, e a manutenção dele como via para garantir a capacidade dessa massa de pessoas de trabalhar e de sustentar o desenvolvimento industrial do período eram essenciais. O trabalho em saúde e a assistência em saúde precisam se organizar para dar conta de tratar individualmente do(s) corpo(s) que sustenta(m) o desenvolvimento econômico da época.

Mas porque antes não era também fundamental manter o corpo sadio? A sustentação da sociedade também não dependia do trabalho realizado pelo homem sadio?

Parte da explicação das diferenças reside no fato de que agora, na sociedade capitalista, o que produzimos em sociedade é fruto de planejamento individual e fica dependente de quem controla a produção, ou seja, de quem é dono dela. Se antes, no feudalismo, por exemplo, se produzia em sociedade o importante para manter a vida daquela população e atender suas necessidades, dos servos e dos senhores feudais, existia um contrato coletivo – e isso se justifica pela baixa capacidade de produzir excedente e pela baixa tecnologia –, agora a mercadoria é produzida para atender os interesses individuais de quem comanda a produção dos produtos e não importa se essa produção está atendendo às necessidades do conjunto da população, a produção não está subordinada a atender às necessidades que a sociedade tinha.

nos uma melhor intervenção realidade.

Pensamos que há dois elementos-chaves para levarmos em conta nessa análise que pretendemos fazer aqui. O primeiro de que o desenvolvimento da nossa sociedade e da nova cultura exige que nós, como nova geração, nos apropriemos do que foi construído pelas antigas. E o outro, de que o desenvolvimento da sociedade se dá pela nossa ação e que as novas formas de organização do trabalho superam as anteriores ao mesmo tempo em que incorporam elementos antigos.

Optamos por resgatar três momentos que julgamos mais importantes para compreender as mudanças na prática médica: a medicina social que marca a transição da sociedade feudal para a capitalista e a medicina artesanal que marca o século XIX; a medicina como trabalho coletivo e a medicina atual. Esperamos que através dos textos seja possível iniciar a reflexão sobre como a prática se transformou e como essa transformação acompanha as outras mudanças de relações e organização da sociedade. Compreender tendências gerais e contradições que interferem concretamente na prática médica de hoje é poder atuar de forma crítica e com possibilidade de intervir na realidade com pretensão de lutar por uma prática mais coerente com o que entendemos que seja uma prática de qualidade.

Boa leitura.

Tanto esse aspecto contribui para justificar a individualização que ocorria também na esfera da prática médica, quanto é importante descrever a medicina social e suas ações e fazer com que as críticas – mas principalmente as ações fruto delas – mais duras à dura realidade social (concentração da população, pobreza, insalubridade) não impedissem o desenvolvimento e a consolidação da nova sociedade. É importante incorporar ações dessa medicina social, porém dar conta de justificar os problemas de saúde numa esfera diferente, a individual.

Não é do nada que foi sendo construída uma concepção de saúde na qual a doença é vista como um problema fruto da realidade social, isso refletiu as grandes mudanças na organização da sociedade como foi colocado. Da mesma forma, não é a toa que uma concepção baseada no indivíduo e seu corpo biológico vai passando a ser hegemônica. E nesse caso, historicamente vemos que a tal concepção será atribuído um caráter de neutralidade e de cientificidade; ao mesmo tempo em que ela dará base para a nova medicina negar outros fatores que determinam a saúde e a doença. A história natural das doenças é expressão dessa nova fase e forma de pensar a saúde; considera que há uma história natural e, portanto naturaliza as contradições e problemas que temos na sociedade; e considera os problemas de saúde como iguais em todas as camadas da população, em qualquer período histórico.

Configura-se uma nova forma de prática médica centrada no indivíduo. A clínica é forma da prática médica que expressa esse processo e que ao mesmo tempo leva a e reforça a compreensão da sociedade como uma simples soma de indivíduos. Nesse ponto o objeto do trabalho em saúde

muda. Do apresentado no início com relação à medicina social, o objeto seria o modo de viver e ser na sociedade; agora passa a ser o corpo orgânico (ver discussão do corpo como objeto de saúde na Coluna de Saúde, Pato de abril).

Nesse período surge a figura do médico, que funde em um só profissional a atribuições do físico e do cirurgião. Figura que centraliza as práticas em saúde e terá atuação sustentada por toda uma prática de base positivista que dota essa nova prática



médica de um caráter científico e neutro.

Como nesse momento, entre outros aspectos, a ciência médica e o médico são inseparáveis e há pouco acúmulo tecnológico inserido no processo de trabalho, este tipo de prática médica pode ser entendida como trabalho artesanal. O médico da época tinha total domínio sobre sua prática: ele dominava a prática intelectual e manualmente e era responsável pelo planejamento e pela execução do processo de trabalho. Essa forma predomina na medicina do século XIX até meados do século XX, coexistindo com outros elementos novos ao processo de trabalho em saúde que vão sendo incorporados.

O trabalho apresentando seu objeto como o corpo individual e o trabalhador na figura do médico que centraliza e domina conhecimento e técnica, permitem a constituição desse trabalho como prática liberal. Eram médicos autônomos que realizam o trabalho de maneira artesanal. Novas transformações da organização do trabalho médico, agora na constituição de um trabalho coletivo em saúde (não resumido ao médico) vão se dar a partir do final do século XIX.

As mudanças no mundo do trabalho e suas repercussões na prática médica no início do século XX

O modelo fabril, caracterizado pela concentração dos trabalhadores dentro de um espaço específico, as fábricas, representa um avanço sem precedentes no desenvolvimento das forças produtivas da humanidade; essas são caracterizadas pela natureza disponível para manipulação do ser humano para produção de bens essenciais a sua vida, a força de trabalho, representada pelos trabalhadores que transformam a natureza para produção desses bens e, por fim, pelos meios de trabalho, ou seja, os instrumentos de trabalho, a tecnologia da qual o ser humano se utiliza para realização de tal transformação.

Esse modelo dá seus primeiros passos com a 1ª revolução industrial por volta do século XVIII, torna-se mais vigoroso com a 2ª revolução industrial em meados do sé-



culo XIX e, no início do século XX, com as contribuições de Ford passa a ser o modelo hegemônico. É importante salientar que essa transformação ocorreu de maneira gradual e não representou uma ruptura com o modelo de produção vigente anteriormente, mas, sim, um avanço com relação ao modelo de manufatura (profissional que dominava todo o processo de produção) que existia. Tal superação se mostrou necessária a partir do momento em que a burguesia expande sua atuação para além do comércio daquilo que era produzido pelos artesãos e passa a controlar essa produção, detendo a propriedade dos meios de produção e organizando os trabalhadores em fábricas.

É nesse contexto que pretendemos analisar a superação do profissional médico liberal (texto anterior), predominante até o fim do século XIX, para o surgimento e consolidação do modelo de produção de saúde hospitalar (fabril).

Podemos começar a análise observando uma particularidade do trabalho em saúde em relação ao modo de produção hegemônico quanto ao tempo; enquanto o processo de produção fabril inicia-se no século XVII/XVIII, a produção da saúde só irá se ajustar a esse modelo e centrar a prática no hospital muito depois, por volta do final do século XIX e se consolidar no século XX.

Desde a transformação da medicina baseada em superstições e religião do feudalismo para o profissional médico liberal do modelo capitalista, foi produzido muito conhecimento científico acerca da saúde. As técnicas e os instrumentos utilizados se aprimoraram, o conhecimento acerca da anatomia do corpo e de algumas de suas patologias evoluiu consideravelmente, iniciou-se uma sistematização de fármacos (elaborados pelos chamados boticários) que podiam ser utilizados na cura de patologias. Ou seja, as forças produtivas, explicitadas anteriormente, evoluíram substancialmente. Com isso, o modelo de profissional liberal estava gerando o germe de sua superação por um novo modelo.

Esses profissionais até então eram detentores de todo o instrumental e conhecimento produzido até sua época acerca da saúde e, assim, conseguiam realizar seu

trabalho de maneira relativamente independente, mas a evolução que eles próprios empreenderam na produção de saúde, tornaria inviável que isso continuasse a acontecer. Os conhecimentos produzidos foram tantos que seria impossível a um só profissional deter o controle de tudo que já havia sido descoberto. Tornar-se-ia impossível também que os médicos permanecessem detentores de todo o instrumental necessário, já que a evolução tecnológica encarecia bastante os instrumentos de trabalho utilizados pelo médico, por exemplo, ao invés de utilizar apenas o estetoscópio para a realização de seu trabalho, o médico passa a depender de aparelhos mais elaborados, como máquinas de raio-X, ressonância magnética, aparelhos cirúrgicos, dentre outros instrumentos de trabalho; assim, nem todos os profissionais tinham condições de detê-los; como já exemplificado, essa mesma tendência já havia ocorrido em vários outros ramos da produção desde o século XVIII com a superação dos artesãos e corporações de ofício pelo modo de produção fabril.

Na saúde, os profissionais liberais também vão perder a propriedade dos meios de produção e abandonar sua condição de profissional liberal para a de vendedor de mão-de-obra, ou seja, um assalariado. Esse não foi um processo instantâneo, pois até hoje ainda podemos encontrar esses profissionais liberais, porém é nítido no último século o processo de proletarianização do médico, que para realizar seu trabalho, necessita vender sua força de trabalho para quem detém os meios de produção necessários para o mesmo.

Na produção de saúde, ocorrerá um processo semelhante ao que estava ocorrendo com os demais setores produtivos, ou seja, a substituição do modelo artesanal pelo fabril, que tem como conseqüências a transformação do artesão em operário, a perda da propriedade dos meios de produção para a classe burguesa (classe dominante), a centralização da produção numa fábrica, a parcelarização da produção, em que cada trabalhador exerce uma função específica dentro da fábrica, e a especialização dos operários em etapas da produção, sem que eles tivessem consciência e controle do processo completo.

Os médicos não mais têm condições de possuir a propriedade dos aparelhos diagnósticos (por exemplo, uma máquina de raio x) e passam a atuar vendendo sua força de trabalho, tornando-se assalariados; os hospitais passam a ser o local da produção da saúde e os médicos passam a se especializar em diferentes “etapas” da produção de saúde e surgem outros profissionais que atuam nesse setor, o médico passa a não ter mais o controle de todas as etapas da produção, pois não há como, sozinho, ter todo o conhecimento produzido pela medicina. Percebemos que tal processo ocorrido na área da saúde é bastante semelhante ao processo explicitado no restante do texto, onde tentamos exemplificar as mudanças que estavam ocorrendo no mundo do trabalho nessa mesma época.

Para exemplificar de maneira mais clara essa semelhança do processo produtivo em uma fábrica e em um hospital, comparemos a matéria prima na indústria com um paciente que entra no HC, assim como o trabalhador que utilizará essa matéria prima como forma de realizar seu trabalho e o médico que realizará seu trabalho com o paciente. Num fábrica, a matéria prima entra, é selecionada (triagem), processada e encaminhada para a etapa da produção, onde no final se transformará em um produto final; com relação aos trabalhadores, todos estão confinados em um espaço específico (a fábrica), e divididos em “especializações”, ou seja, há o trabalhador responsável pela seleção da matéria prima, pelo processamento da matéria prima, pelo encaminhamento da mesma para a produção, etc.

No caso do HC, o paciente chega ao PS, passa por uma triagem inicial, é examinado e encaminhado para (o setor da produção responsável) a área que trata especificamente de sua patologia; com relação aos trabalhadores, podemos perceber que estão todos confinados em um mesmo espaço (o hospital), há aquele que realiza o processo de triagem, seleção do paciente, há aquele que atende o paciente inicialmente (como se estivesse processando as informações essenciais ao caso) e encaminha o mesmo para o profissional especialista na área de atuação sobre a patologia do paciente.

Partindo-se de uma análise geral, percebe-se que as esteiras de produção das fábricas assemelham-se aos ambulatórios do HC, já que nas primeiras, entra a matéria – prima e através da atuação da força de trabalho com os meios de produção chega-se ao produto; já no segundo caso, o paciente chega doente no hospital e, através da atuação do médico e de seus instrumentos de trabalho, o paciente sai curado. Sabemos, entretanto, que a produção de saúde tem particularidades que a diferenciam dos outros setores produ-

tivos; sendo o corpo uma “matéria – prima” bastante complexa, o que inviabiliza a mecanização total do processo. Tal assunto é amplamente discutido no texto da coluna de saúde do jornal patológico da edição de abril.

É interessante notar que tal tendência de realização da prática médica difere de maneira substancial com relação ao modelo de atenção que ocorria anteriormente, o modelo do profissional liberal (médico-artesão) abordado no texto anterior, e que essa mudança segue a reestruturação observada no mundo do trabalho e já desenvolvida de maneira clara nos parágrafos acima. É necessário observar, também, que o modelo do profissional médico liberal não deixou de existir; ele ainda persiste na figura dos médicos donos de seus próprios consultórios e detentores dos instrumentos de produzir seu trabalho, ainda que se observe uma subordinação de grande parte desses médicos a corporações médicas, como a UNIMED, tendo o preço das consultas e os pacientes, por exemplo, sendo determinados por ela; o que aconteceu é que houve uma predominância do modelo hospitalar com relação ao modelo liberal.



Vamos agora tentar evidenciar melhor essa transformação na produção da saúde e debater suas conseqüências. Uma forma interessante de analisarmos como está se dando o trabalho em saúde é observarmos como, naquele período histórico, estão sendo formados os profissionais, já que os currículos das escolas médicas seguem a mesma tendência que vem ocorrendo nos outros ramos da produção já citados: a necessidade de reprodução do modelo de produção hegemônico.

Essa necessidade de reprodução ocorre, pois para que se possa suprir a demanda da força de trabalho para o modelo hospitalar que estava se desenvolvendo a todo vapor na sociedade, foram necessárias mudanças na maneira como se ensinava a medicina; afinal, com a mudança do profissional liberal para o profissional que vende sua força de trabalho, o método de ensino da prática médica deve mudar para atender as novas necessidades, como exemplo, podemos citar a especialização em áreas específicas, a atuação em equipe, entre outros aspectos. Analisemos, portanto, como está se dando a formação da mão de obra do trabalho em saúde no início do século XX.

No ano de 1910, nos EUA a produção de saúde está prestes a se deparar com uma das mais importantes reviravoltas de sua história recente. Nesse mesmo ano, surge nos EUA o Relatório Flexner, que propõe uma reorientação geral nos cursos de medicina do país. Tal reestruturação se baseou a partir de estudos e pesquisas conduzidas por Flexner em todas as escolas médicas do país e suas conclusões, colocadas no relatório, seguem a tendência observada com a reestruturação produtiva: a partir da necessidade de adaptação da produção de saúde ao modelo de produção Fordista, vigente na época, proposições de reforma nos currículos são feitas para que se adaptem a esse novo processo. Na verdade, a questão da reorientação curricular já estava em curso, porém Flexner sistematizou e propôs claramente o movimento de adaptação do trabalho médico às novas necessidades do modelo dominante.

O modelo Flexner propunha a divisão do ensino de medicina entre as áreas básicas e as áreas específicas (técnicas), além de objetivar a especialização cada vez maior dos trabalhadores da área da saúde; exige a existência de laboratórios para o desenvolvimento do ciclo básico e de hospitais para campo de prática. Isso se reflete na organização da prática médica centrada em hospitais e do modelo biológico, explicado abaixo.

É importante, também, para o melhor entendimento sobre essa reestruturação ocorrida no campo da medicina, a discussão sobre as diversas concepções de saúde que imperavam na época e como estas se relacionavam com o modelo de produção vigente.

Sob o modelo capitalista, a saúde passa a cumprir

um papel de manutenção da força de trabalho, através da garantia de acesso à saúde para a classe trabalhadora, já que é necessário manter os trabalhadores saudáveis para que estes exerçam sua função na produção. A visão do processo saúde – doença herdada da Idade Média não cumpre esse papel, tornando-se um empecilho aos interesses da produção da saúde no novo modelo.

No início do modelo capitalista, o conhecimento acumulado pela medicina em suas diversas áreas era muito pouco; dessa maneira, é feita a opção de se utilizar uma abordagem clínica (centrada no indivíduo) em detrimento de outras abordagens que contemplassem a coletividade (a epidemiologia, por exemplo), o que contribuiu para o entendimento da doença como um fator natural, ou seja, considera-se o central a determinação biológica do processo saúde-doença e o adoecimento como uma consequência natural do contato com os patógenos.

Com Pasteur (1864) e Koch (1877), o conceito de

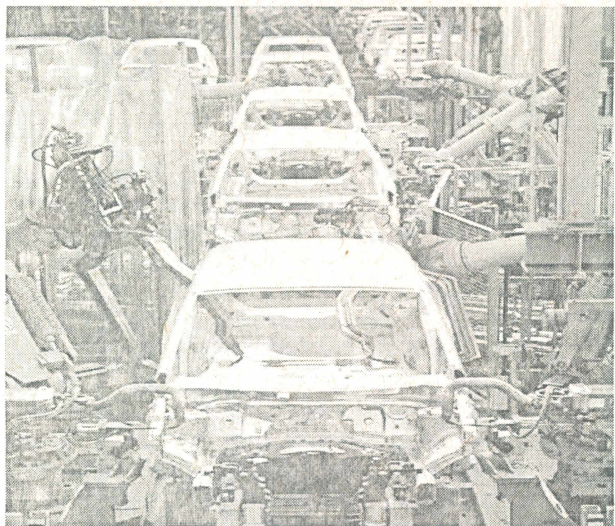
saúde e doença passa por uma transformação muito grande. Eles são os grandes responsáveis pela descoberta das bactérias como causadores de doenças, e, com isso, surge uma nova forma de encarar a saúde, sob uma ótica centrada na determinação biológica.

Essa concepção de saúde unicausal e biológica é a correspondente do novo modelo de produção e justifica a organização da produção de saúde, norteadora a formação da mão de obra, como explicitado nos parágrafos acima.

Essa visão centrada no biológico teve como consequências uma grande produção científica e grande acúmulo de conhecimento acerca das patologias, pois a parcelarização do trabalho dentro de um hospital permitiu que os médicos se especializassem e aprofundassem seus conhecimentos em temas específicos, possibilitando um maior desenvolvimento de conhecimento nas diversas áreas; o que promoveu o desenvolvimento de máquinas e instrumentos de trabalho, de vacinas e medicamentos.

Trabalho médico hoje... mais uma etapa de um processo

O trabalho em saúde vai assumir, no processo de consolidação das relações sociais que temos, um caráter tecnológico mais complexo – especialmente se comparado com o trabalho no período feudal ou de transição para essa sociedade. A própria compreensão dos aspectos do corpo e possibilidade de investigação desses aspectos muda imensamente. Há uma diversidade de conhecimentos, práticas e instrumentos de trabalho progressivamente maiores e que não podem ser de amplo conhecimento de cada trabalhador em saúde. Uma das expressões disso é que uma das características do trabalho em saúde que vai se configurando é a divisão das etapas do atendimento em saúde por vários profissionais, dentre os quais podemos citar o fisioterapeuta, o nutricionista, etc. Embora o médico ainda seja a figura que centraliza o atendimento em saúde, ele mesmo não mais domina todos os saberes e práticas constitutivos desse atendimento.



Outra tendência inerente a organização do trabalho na nossa sociedade e que obviamente surge no trabalho em saúde é a progressiva separação entre trabalho intelectual e manual (tema discutido na Coluna de Saúde do Pato de março). Isso acaba por dividir os trabalhadores realizadores do mesmo processo de trabalho em: trabalhadores centrais, que dominam o trabalho manual, mas fundamentalmente dominam o conhecimento e a gestão do processo; e trabalhadores periféricos, que realizam práticas manuais mais simplificadas – nesse caso podemos citar o técnico em enfermagem e o instrumentador, por exemplo.

No século XX, o progressivo resultado dessas transformações no trabalho em saúde, discutidas mais profundamente no segundo texto, é a o médico adquirindo características de um trabalhador como de outros setores da economia, quer dizer, assalariado e apenas capaz de trabalhar, mas não suficiente em si e com condições reais de ser dono dos instrumentos e meios necessários para realizar o processo de trabalho.

Há outros aspectos importantes que explicitam como o trabalho médico passa pelas mesmas transformações que os outros trabalhos sociais, por exemplo, quando analisamos as tentativas de racionalizar esse se-

tor. Ocorre ampliação dos serviços para outros setores da população e elevação dos custos de sua realização, já que ao cuidado médico são agora incorporados os custos dos produtos industriais necessários para sua realização – como instrumentos de alta tecnologia, fármacos, etc.

Uma mudança substancial relativa ao cuidado médico que precisamos considerar é a mudança na extensão do acesso a esse cuidado. O setor de serviços, no qual está o setor saúde, adquire uma nova forma de produção – em parte aqui explicitada na discussão sobre as mudanças no trabalho em saúde – e adquire uma nova forma de acesso. Dentre outros fatores, devido à conjuntura política no penúltimo quarto do século XX, o Estado passa a adquirir e ser forçado a assumir a responsabilidade de garantir o acesso da população a saúde e sustentá-la na sociedade de forma que continue produzindo e reproduzindo. O Estado de Bem-Estar Social europeu é um exemplo de política dada pelo Estado que reflete os problemas sociais enfrentados no período: morte de muitos trabalhadores devido à Segunda Guerra Mundial e a ameaça do socialismo, já que um terço do mundo se organizava dessa forma. Por um lado o Estado precisava garantir a sobrevivência dos sobreviventes da guerra sob o risco de perder quem poderia sustentar a retomada do desenvolvimento econômico e por outro lado dar o mínimo para que um projeto de sociedade cujas políticas sociais são de fato distribuídas igualmente não virasse mote de lutas e contestações.

Em meados do século XX, surgem e se multiplicam grandes grupos privados que investem no setor saúde (bem como educação e outros) que até então de forma geral eram entendidos como setores próprios do setor público. A saúde era um mercado até então pouco explorado, mas que poderia vir a dar boa lucratividade e tinha potencial para isso.

Porém, surgem algumas questões conjunturais que levam a uma falência dessa possibilidade de o Estado garantir o pleno acesso aos serviços tidos como sociais. Houve uma grande crise econômica na década de 70 que além de potencializar o desenvolvimento de um novo mercado, era um mercado cujos investimentos prévios na organização da assistência a saúde feitos pelo Estado permitiam que não fosse necessários grandes investimentos iniciais, era, portanto um mercado pronto para ser explorado.

Essa crise levou a uma série de mudanças tanto nas disputas políticas, quanto na organização do trabalho como um todo, quanto nas disputas por novos setores lucrativos. Setores antes não centrais ou que ainda não se consolidaram como setores lucrativos passam a ser explorados de forma mais intensa e se constituem novos mercados. O setor saúde é um deles e essa tendência é ainda potencializada pela necessidade da nova forma de cuidado médico de se apropriar continua e intensamente das tecnologias desenvolvidas e produzidas na indústria.

O trabalhador em saúde sofre um processo no qual passa a ser um trabalhador também lucrativo e o trabalho em saúde que não gerava riqueza em determinados períodos históricos, muda seu caráter e passa progressivamente a ser bastante lucrativo. Hoje boa parte dele está dentro do setor de produção de mercadorias da saúde gerando lucros imensos a quem é dono destas empresas (farmacêutica, equipamentos, etc).

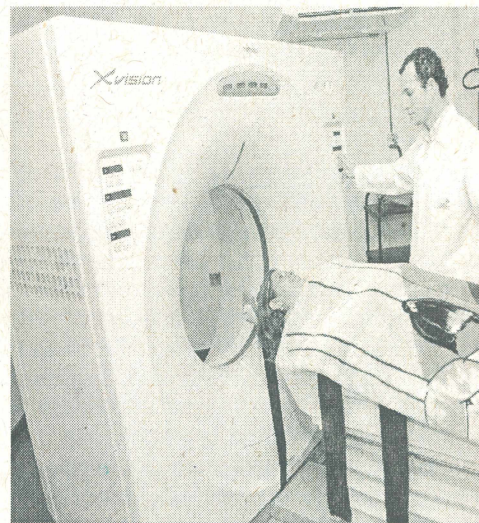
As mudanças mais atuais relativas à organização do trabalho em saúde precisam ser compreendidas nessa totalidade e, quando pensamos no Brasil, atreladas à constituição do Sistema Único de Saúde (tema da Coluna de Saúde deste Pato). Embora o SUS seja fruto da luta por uma saúde pública, o processo de construção teve inúmeros fatores de-

terminantes que explicam porque hoje o sistema de saúde público no Brasil é dependente do setor privado e, além disso, está cada vez mais atrelado a lógica de produção privada e não de atendimento universal e de qualidade – e essa lógica que muda as formas de organização do trabalho também ocorrem mesmo que o trabalho seja na esfera pública.

Victor Vilela Dourado (Baiano) – XLVI
CAAL, Rosa dos Ventos Gestão 2009/2010
DENEM, Coordenação de Políticas de Saúde Gestão 2010
victorvdourado@gmail.com

Dentre as mudanças no serviço de saúde, que demonstram como esse setor é incorporado como setor lucrativo e como se acelera o processo de precarização do trabalho em saúde, devemos levar em conta as mudanças nos modelos de gestão dos serviços – Organizações Sociais, Fundações Estatais ou não, e outros – e a antiga e continua queda do financiamento público da saúde. As privatizações na saúde, bem como a análise do financiamento desta são temas para serem mais bem trabalhados nas próximas Colunas de Saúde.

Contudo, devemos adiantar que as mudanças nos mo-



delos de gestão em saúde aprofundam a precarização do trabalho médico e do trabalho em saúde, na medida em que colocam o fator produtividade e os baixos custos em primeiro plano. Para garantir isso, o atendimento em si é cada vez mais desqualificado e a valorização do trabalhador muda. Na prática isso se expressa pelo tempo médio médio da realização dos atendimentos, pela estrutura deficiente e insuficiente dos serviços, pelo acesso nem sempre garantido à tecnologia, pela crescente baixa na remuneração dos trabalhadores em saúde, pelo aumento da quantidade de horas trabalhadas e às vezes sem descanso, entre outros fatores objetivos.

Importante colocar que essas transformações não são revogáveis. Ao tirarmos uma fotografia do trabalho médico hoje – na sua totalidade e não nas particularidades e resquícios – devemos compreender que esta organização e esta precarização são fruto de todas as transformações que foram ocorrendo ao longo da história de desenvolvimento e consolidação na nossa sociedade. Esse é o objetivo dessa edição do Pato, resgatar a história e analisá-la como ferramenta para expor os problemas de hoje e visualizar as tendências. As mudanças na organização do trabalho médico e a precarização deste são parte de todo um processo difícil de ser explicado, mas essencial de ser criticado.

Mais importante, as transformações continuam a ocorrer – afinal a história só anda para frente – e da forma como tem ocorrido e ocorrem são intrínsecas à forma pela qual nos organizamos em sociedade.

Marília Felício – XLIV / XLV
CAAL, Rosa dos Ventos Gestão 2009/2010
DENEM, Coordenação de Políticas de Saúde Gestão 2010
mariliafelicio@gmail.com

SAÚDE

Resgate e Crítica do Movimento de Reforma Sanitária

O movimento pela transformação da Organização da Assistência à Saúde no Brasil, conhecido como Movimento pela Reforma Sanitária, insere-se num movimento mais amplo, internacional, expressão dos anseios e projetos de determinado segmento da sociedade a partir da década de 1970.

A maior referência deste movimento foi Giovanni Berlinguer, teórico italiano e, no Brasil, quem esteve a frente foi Sérgio Arouca. Este movimento está inserido em um contexto mundial de retração dos movimentos sociais que pensavam a transformação da sociedade por uma via revolucionária e, conjuntamente, pela ascensão das idéias que enxergavam a possibilidade da transformação social através de sucessivas reformas dentro da sociedade em que vivemos.

Além desta conjuntura dentro dos movimentos sociais internacionais, no plano econômico, estamos diante da crise de 1970, conhecida como crise do Petróleo. Esta representa uma crise de acumulação da então organização técnica do trabalho, o modelo fordista-taylorista, tão bem expresso no filme "Tempos Modernos" de Chaplin e explicitado nos textos anteriores. Podemos exemplificar esse modelo, citando a organização da produção em linhas de produção, trabalho especializado, grande montante de trabalhadores em um mesmo espaço, sindicatos fortes, um Estado de Bem Estar Social, etc. Esta organização não mais garantia as margens de lucro necessárias para a reprodução do capital e, por isso, foi sofrendo graduadas modificações.

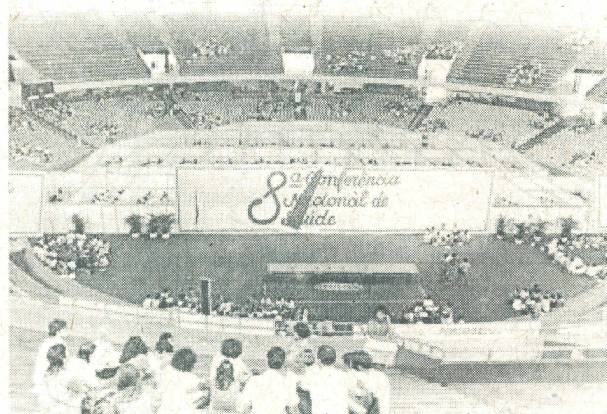
Uma série de transformações se inicia no interior da produção. Novas tecnologias adentram, o trabalho especializado cede lugar ao trabalho flexível, o desemprego estrutural propõe abandonar o conceito de empregado para empregabilidade, que seria a condição de estar apto a exercer qualquer função, de acordo com a necessidade do momento. Os sindicatos são atacados. O excedente econômico deixa de ser usado para produzir bens coletivos como saúde, educação e previdência, e passa a ser usado para valorizar o capital através das privatizações, reforma da previdência etc.

O impacto deste fenômeno sobre os trabalhadores é claro: um terço dos indivíduos hoje está fora da esfera da produção (sem trabalho) e fora da esfera do mercado (sem possibilidade de comprar); a precarização das relações de trabalho aumentou a exploração, os salários se reduziram, os trabalhadores são cooptados, pois a fila de desempregados é enorme, etc.

É nesse contexto que se materializa, inicialmente, na Itália, como explicita Giovanni Berlinguer em seu livro intitulado "Reforma Sanitária: Itália e Brasil" escrito conjuntamente com Gastão Wagner de Sousa Campos, um movimento composto pelo operariado italiano que reivindica melhores condições de saúde para toda a população, com objetivos de estabelecimento de um sistema nacional de saúde, que fosse gratuito, universal e contribuísse para diminuir as enormes desigualdades sociosanitárias da sociedade italiana. É uma situação que surge no seio da classe trabalhadora, mas que logo é apropriada pela classe dominante, que adapta a indignação do operariado e a transformação de acordo com seus objetivos, culminando na criação do Sistema Nacional de Saúde Italiano no ano de 1978 e ficando conhecido, tal movimento, como o movimento de Reforma Sanitária Italiana.

A partir de todo esse contexto mundial de crise econô-

mica, reestruturação produtiva e dissenso dos principais movimentos que lutavam por uma transformação radical da sociedade, e sofrendo bastante influência do movimento que ocorria na Itália, surgem, no Brasil, iniciativas reformistas no sentido de defender um sistema de saúde que permitisse uma organização da assistência adaptada a essas condições.



PLENÁRIA DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

No Brasil, o movimento de reforma sanitária surge principalmente a partir da mobilização dos teóricos da área da saúde coletiva/medicina social. Teve ampla participação do meio acadêmico que urgia por necessidades de mudança e contou com a adesão de alguns movimentos sociais. Caracterizou-se por ser um movimento amplo, que contava com as mais variadas forças políticas que objetivavam uma mudança social e influenciou na reestruturação de toda a organização da assistência à saúde no país. Adequado ao contexto histórico ao qual estava inserido, o movimento caminhou em uma perspectiva reformista, de disputa institucional de um projeto para o campo da saúde. Essa afirmação se baseia no fato de que se priorizou fazer a disputa do projeto no congresso e no senado, adequando o mesmo para saciar a ansiedade e as aflições da classe dominante.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, foi a grande expressão do movimento de reforma sanitária e cumpriu com os anseios objetivados com o movimento da reforma, representando uma diminuição do sofrimento para o INDIVÍDUO, uma conquista para a CLASSE TRABALHADORA e uma necessidade para a CLASSE DOMINANTE.

Dizemos que a criação do SUS, em 1986, foi uma necessidade para a classe dominante, pois ela fez com que a extensão da assistência à saúde consolidasse uma diminuição dos tensionamentos sociais existente na época.

Havia um contraponto bastante evidente entre aqueles movimentos sociais que defendiam a mudança a partir de um processo revolucionário e entre aqueles que defendiam a mudança pelas reformas dentro do próprio sistema; é importante lembrar que o projeto de lei que criou o sistema único de saúde foi aprovado no processo de redemocratização do Brasil, que saía de um governo ditatorial e autoritário para um processo democrático. Sabe-se, portanto, que foi uma época de grande turbilhão social e bastante propícia para a ascensão das idéias e práticas contra hegemônicas.

Foi com a criação do SUS que o Movimento Popular de Saúde – que consolidava uma organização crítica que lutava pela implementação de um sistema de saúde universal – perdeu bastante força e capacidade de se mobilizar; é importante salientar que esse movimento, que contava com ampla base da população marginalizada, não tinha um caráter de transformação social radical; podemos caracterizá-lo como um movimento social de urgência, que na conjuntura político-econômica de crise que imperava nos anos 80, surge com uma pauta reivindicatória (saúde para todos), e quando esta é alcançada teoricamente (com a criação do SUS), ele se enfraquece e perde sua capacidade de atuação; enfatizamos,

portanto, que deixaram de existir movimentos com ampla atuação, que fizessem o contraponto ao discurso reformista e pudesse reforçar o discurso e a prática contra hegemônicas, garantindo uma vitória para a classe dominante.

Houve, também, com o advento de um novo sistema de saúde e de uma concepção de saúde convergente com a conjuntura do momento, um processo de culpabilização do indivíduo sobre seu estado de saúde. A concepção que passou a predominar sobre o conceito de saúde foi a de multideterminação do processo saúde-doença (social, ambiental, psicológica, biológica, espiritual) e, por isso, passou a ser considerado que o processo de adoecimento e cura do indivíduo é de sua responsabilidade, desconsiderando-se como central a estrutura de organização social onde esse indivíduo está inserido; por exemplo, o problema de pressão arterial da dona Maria ocorre porque ela não faz exercícios físicos diariamente, porque ela não se alimenta apropriadamente, porque ela não comparece ao grupo de hipertensos no centro de saúde mais próximo de sua casa; desconsidera-se a sociedade em que se vive, que é baseada em relações de exploração, patriarcalista e machista, que desconsidera o papel da mulher na sociedade e que seu estado de saúde está intrinsecamente relacionado e determinado pelas relações de trabalho e a estrutura social na qual a sociedade se erige. Pode-se aprofundar nesse tema lendo o texto da coluna de saúde do jornal do mês de janeiro.

O papel da organização da assistência à saúde, em última instância, supriu demandas da maneira como o trabalho médico se organizava no contexto. A partir da criação do SUS, isso fica claro com a gradual substituição do profissional médico liberal (que detinha todas as ferramentas necessárias para realizar sua profissão), pelo profissional assalariado, pois para que o médico exerça sua profissão a partir desse momento, ele precisa se apropriar de ferramentas as quais não têm condições de possuir (por exemplo, máquinas de tomografia, raio-X); dessa maneira, o médico se encontra em uma situação na qual precisa vender sua força de trabalho para aqueles que detêm essas ferramentas (donos de hospitais, por exemplo) e acaba no papel de trabalhador explorado pelos detentores dos meios de produção.

Tal mudança segue a tendência observada em todas as outras profissões, e já citada quando abordamos a reestruturação produtiva, ou seja, com a incorporação da ciência e da tecnologia (cada vez mais desenvolvida), que são bastante caras, o médico passa a não poder mais ser dono de seus instrumentos e meios de trabalho como ocorria antes; assim, ele precisa trabalhar para alguém que dê condições de ele exercer a prática médica moderna, quer dizer, ele deve vender sua força de trabalho para quem tem esses meios e instrumentos. Tal assunto foi abordado de maneira específica na coluna de saúde do jornal do mês de março.

É necessário, por fim, o entendimento de que a transformação da organização da assistência à saúde no Brasil não é descolada do contexto internacional, de anseios, projetos e necessidades da burguesia, que via necessária uma disputa político-institucional e reformista para a saúde, entre outros setores essenciais, com o intuito do fortalecimento e ampliação de suas esferas de poder. O movimento da reforma sanitária e a criação do SUS são parte de todos esses processos, por isso, análises sobre a instituição do SUS e seus desdobramentos devem ser objetivas, deixando de lado a visão romântica e idealista de muitos teóricos que sustenta a defesa intransigente de um sistema de saúde, que desde sua criação representava uma via de disputa que promoveu um apaziguamento da movimentação social e da luta por uma sociedade diferente.

Marcelo Gustavo Lopes – XLVI

CAAL, Rosa dos Ventos Gestão 2009/2010

DENEM, Coordenação de Educação em Saúde, Gestão 2010

Coordenação Regional Sul - 2 (São Paulo e Paraná)

marcelolopes46@gmail.com



SAIU NA MÍDIA

OEA julga crimes da ditadura militar brasileira*

Manifestantes ligados a movimentos de direitos humanos e parentes de vítimas protestaram nesta terça-feira, 18, no centro de São Paulo, contra decisão do STF, que manteve torturadores impunes.

Por Lúcia Rodrigues

A OEA (Organização dos Estados Americanos), organismo da ONU, começa a julgar nesta quinta-feira, 20, na Costa Rica, os crimes praticados pela ditadura militar brasileira. Será apreciado neste primeiro momento, o caso dos 70 desaparecidos políticos da Guerrilha do Araguaia, assassinados pelas forças da repressão, no início dos anos 70.

Os corpos dos 70 guerrilheiros ainda não foram localizados e nem seus assassinos, punidos. Familiares das vítimas do Araguaia movem ação na justiça brasileira, desde 1982, para identificar os restos mortais desses ativistas políticos e conhecer as circunstâncias de suas mortes e seus assassinos. Mas não tiveram os questionamentos respondidos pelo poder judiciário brasileiro até hoje. A omissão jurídica permite que a corte interamericana de direitos humanos se manifeste sobre o assunto.

Para Vivian Holzhackel, representante do Cejil (Centro pela Justiça e Direito Internacional), entidade que acompanha o julgamento do caso brasileiro no tribunal internacional, instalado no país da América Central, a tendência é a de que o

Estado seja condenado no fórum. “Nossa expectativa é de que o Brasil será condenado”, antecipa.

Ela conta que uma decisão favorável aos familiares, obrigará o governo brasileiro a rever inclusive a Lei de Anistia, recentemente apreciada pelo STF (Supremo Tribunal Federal), que optou por manter impunes os torturadores da ditadura militar. “O Brasil assinou e ratificou diversos tratados internacionais e terá de cumpri-los” enfatiza.

A forma como o Estado irá cumprir essa decisão ainda não está clara. “Essa é a grande pergunta que o Brasil está fazendo, inclusive vários professores de direito constitucional (estão questionando isso), mas o país terá de rever essa decisão (do STF)”, afirma.

O caso do ex-presidente do Peru, Alberto Fujimori, segundo Vivian, é um dos exemplos de jurisprudência internacional que pode embasar a decisão do Estado brasileiro. Com base na recomendação da OEA, o ditador peruano foi condenado há 25 anos, pela suprema corte do país andino, devido às violações aos direitos humanos cometidas durante seu governo. A decisão da OEA, no caso brasileiro, deve sair até o final deste ano.

Marcelo Zelic, vice-presidente do Grupo Tortura Nunca Mais de São Paulo, um dos organizadores do ato que ocorreu nesta terça-feira, 18, em frente à Secretaria de Justiça, no centro da capital paulista, para protestar contra a impunidade dos torturadores da ditadura militar, também está confiante em uma decisão favorável do tribunal internacional. “Espéramos que o Supremo volte a discutir o assunto e que a justiça seja feita em nosso país”, ressalta.

O candidato à presidência da República pelo PSOL, Plínio de Arruda Sampaio, compareceu ao ato contra a impunidade dos torturadores e afirmou que pretende utilizar sua campanha para denunciar essas arbitrariedades.

Ele também acredita que a corte da OEA vá condenar o Estado brasileiro. Mas é cético em relação a como o gover-

no conduzirá internamente a questão. “Não acredito que se sensibilizem com a decisão, continuarão impedindo que esses crimes sejam punidos”, afirma referindo-se às autoridades do país.

Tortura hoje

Para a coordenadora do Observatório das Violências Policiais e companheira do jornalista Luiz Eduardo Merlino, assassinado sob tortura no DOI-Codi paulista, em 1971, Angela Mendes de Almeida, a decisão do STF incentiva a perpetuação da prática de tortura no país nos dias de hoje. “A mensagem é de que (os policiais) podem torturar a vontade”, lamenta.

Além da decisão do STF, mais um processo movido contra torturadores foi arquivado pela Justiça recentemente. Outro ainda está em tramitação, em Brasília. Em ambos, o ex-comandante do DOI-Codi paulista, Carlos Alberto Brilhante Ustra, figura como réu. No que foi arquivado e que é movido por Angela e pela irmã do jornalista, Regina Merlino, o ex-presidente da República e senador José Sarney (PMDB-AP) seria testemunha de defesa de Brilhante Ustra. Com o arquivamento do caso, Sarney não chegou a depor a favor do torturador.

O jornalista Pedro Estevam da Rocha Pomar, neto do dirigente do Comitê Central do PC do B (Partido Comunista do Brasil), Pedro Pomar, assassinado em dezembro de 1976, pelos militares do DOI-Codi, no episódio que ficou conhecido como o Massacre da Lapa, também considera que a decisão do Supremo Tribunal Federal dá salvo conduto para as forças policiais agirem com truculência.

“Autoriza indiretamente que as polícias militares sejam máquinas de matar. A polícia militar brasileira é a que mais mata no mundo. Em maio de 2006 tivemos um banho de sangue em São Paulo, que permanece impune. Recentemente, trucidaram um brasileiro na frente da mãe. Não adiantou suplicar. A polícia está habituada a matar” critica o jornalista.

* Texto retirado do site da Revista Carta Capital

COLUNA QUILOMBOLAS

História da Extensão*

*Texto retirado da cartilha de extensão da DENEM organizada em 2007

A Universidade sempre esteve comprometida socialmente com alguém. A Extensão Universitária, revista historicamente, é entendida como via para se exercitar o compromisso social da Universidade. O contexto sócioeconômico, político e cultural que circunscreve a academia também a perpassa, portanto, Universidade e Sociedade evoluem, conjuntamente, em relações recíprocas e de maneira dialética. Interessante é indagar sobre com quem a Universidade tem se comprometido e a quais interesses tem servido, via exercício da Extensão. Este compromisso tem sido dirigido a que parcelas da população? Quem são os privilegiados por esta atenção?

Os primórdios da Extensão Universitária aparecem com as universidades populares da Europa, no século passado, que tinham como objetivo disseminar os conhecimentos técnicos. Os intelectuais, ainda que desejosos de servir ao povo, à classe dominada, teriam outro papel, que era o de compreender as formas de vida e as propostas da classe trabalhadora. Esquecidos disso, ou mesmo por incompetência, esses intelectuais expressavam segundo Gramsci, uma visão dominadora de seus saberes ao pretender levá-los ao povo.

A Extensão nascia a fim de proporcionar uma melhora técnica das massas de trabalhadores dos países onde surgia o capitalismo industrial. Manteve-se ainda como um artigo de luxo, consumido por mulheres aristocratas que pagavam aos intelectuais de Cambridge por aulas de literatura ou história um adorno para o teatro social, assim como um vestido ou maquiagem.

Além das experiências européias, foi em universidades usamericanas que surgiram duas novas visões diferenciadas daquelas existentes na Europa: uma visão denominada cooperativa ou rural e outra universitária em geral. Essas visões, contudo, estavam marcadas por certo desejo de ilustrar as comunidades. A extensão nessas universidades caracteri-

zou-se pela idéia da prestação de serviços.

Os movimentos europeus de universidades populares, ou a extensão veiculada por eles, diferenciam-se substancialmente das versões usamericanas. Estas, em geral, resultaram de iniciativa oficial, enquanto aquelas surgiram de esforços coletivos de grupos autônomos em relação ao Estado.

A Extensão como instrumento de força dos grupos intelectuais que entendiam que a Universidade deveria promover emancipação das classes subalternas de um país começou na Universidade de Paris, quando intelectuais se juntaram a associações de trabalhadores e começaram a dar cursos noturnos voluntários de atividades como fotografia e pintura.

Já na América Latina, a Extensão Universitária esteve voltada inicialmente para os movimentos sociais. Merece destaque o Movimento de Córdoba, de 1918. Nesse movimento, estudantes argentinos enfatizam, pela primeira vez, a relação Universidade e Sociedade. A materialização dessa relação ocorreria através de propostas de Extensão que possibilitassem a divulgação da cultura a ser conhecida pelas classes populares. Na concepção difundida pelo Movimento de Córdoba, a Extensão Universitária surge como “fortalecimento da função social da Universidade. Projeção ao povo da cultura universitária e preocupação pelos problemas nacionais”. Nesse caso, a Extensão se desenvolve como uma tentativa de participação de segmentos universitários nas lutas sociais, objetivando transformações da sociedade.

No Brasil, anteriormente ao movimento estudantil organizado pela UNE — União Nacional dos Estudantes houve experiências de vinculação da Extensão com as universidades populares, na tentativa de tornar o conhecimento científico e literário acessível a todos. O ideário da Extensão — ainda assistencialista, pretendendo impor uma sapientia universitária a ser absorvida pelo povo — desenvolve-se voltado para a difusão cultural e integração da Universidade com o povo, sendo a UNE referência da organização do movimento estudantil no país.

Após 64, a ditadura militar inclui como disciplinas nos currículos das universidades os estudos de problemas brasileiros. Foram criados o Projeto Rondon e a Operação Mauá,

nos quais os estudantes poderiam desenvolver atividades profissionais, ainda que de caráter assistencialista, sob rigoroso controle político e ideológico.

A partir da Reforma Universitária de 1968, a Extensão formaliza-se institucionalmente, firmando a idéia de prestação de serviços, “como algo próprio e permanente na vida universitária”. A Extensão passa a desempenhar papel importante para a realização das políticas do governo, delineando-se como canal de construção de hegemonia de setores dominantes da sociedade.

Contrapondo esse modelo, alicerçadas na proposta pedagógica sistematizada por Paulo Freire e orientadas pela educação popular, várias experiências de alfabetização e fundamentação de cidadania foram desenvolvidas pelo Brasil, compondo a parceria entre as comunidades e as universidades. Estas experiências foram importantes fontes de inspiração para mudanças no ensino universitário.

Com a redemocratização do Estado brasileiro, a ênfase do movimento de reorientação dos cursos centrou-se no processo de transformação das políticas pedagógicas formais das instituições de ensino. Muito se avançou neste sentido. No entanto, diversas experiências de Extensão Universitária continuaram se multiplicando nas universidades brasileiras, tanto aquelas que identificavam Extensão como meio para perpetuação do conhecimento como privilégio de classe, quanto grupos que entendiam Extensão como estratégia para a superação de nossas injustiças históricas e perenes.

Particularmente, os projetos de extensão referenciados pela educação popular têm assumido um importante significado de experimentação e elaboração de formas mais radicais de integração entre a vida acadêmica e a dinâmica social. Sua importância vem sendo crescentemente reconhecida dentro do movimento estudantil e no âmbito dos movimentos sociais. Diversas experiências pelo Brasil vêm oportunizando uma relação dialógica entre extensionistas, movimentos sociais e organizações comunitárias, em que seus interesses, valores e vontades são respeitados e considerados no jeito de fazer extensão, possibilitando a formação de profissionais mais comprometidos com o social e maior eficácia no lidar com os problemas sociais.

PATOCULTURAL

A Fita Branca

O Pior estava por vir? *

O Rigoroso, Michael Haneke faz um filme austero como os moradores da aldeia protestante retratada no ano anterior à Primeira Guerra Mundial. Mas enquanto a austeridade do diretor revela os subterrâneos dos habitantes dessa comunidade rural do norte da Alemanha, a dos personagens encobre a barbárie que rege suas relações. A austeridade serve, portanto, a finalidades opostas, dando ao filme a forma adequada para expressar o pequeno mundo feudal de A Fita Branca.

A imagem em preto, branco e tons de cinza remete a um tempo anterior à difusão da fotografia colorida. A gama restrita vai da escuridão dos exteriores e interiores noturnos - em que algumas vezes só é possível entrever - à luminosidade das plantações no verão e dos campos cobertos de neve no inverno. Lâmpadas a óleo, velas, lampiões e tochas, usadas como fontes de luz aparente, acentuam o realismo desglamourizado da encenação, que a música espaçada, executada apenas em cena, ajuda a enfatizar.

Os vestidos pretos das mulheres e meninas, as vestes também pretas do pastor, as roupas escuras dos lavradores, são índices de severidade, contrapostos ao figurino claro do senhor das terras e de sua mulher. Símbolo de inocência e pureza, o branco é um ideal que, além de umas poucas crianças, só uma personagem alcança.

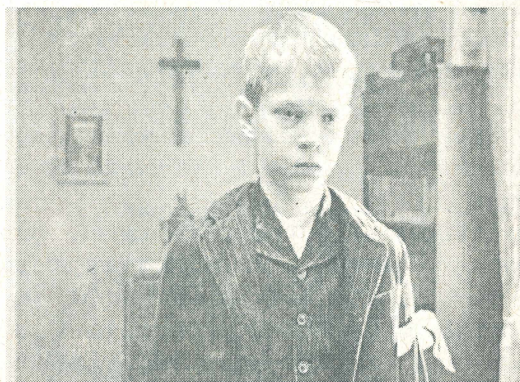
Planos frontais, fixos, com raros movimentos de câmera acompanhando os atores, lembram fotos antigas - impressão reforçada por não conhecermos os atores. Composições geométricas sugerem um espaço ordenado por desígnios superiores. Nas cenas externas predominam vistas de conjunto. As ações, por sua vez, tendem a ser pouco segmentadas, com frequência feitas em planos contínuos. A extrema sobriedade visual de A Fita Branca provém dessa unidade entre fotografia, figurinos e composição da imagem. O árduo esforço de Michael Haneke é feito a serviço da simplicidade.

Ao espaço restrito da aldeia corresponde um tempo igualmente delimitado com exatidão. Depois de dois dias de verão, segue-se a festa da colheita, que assinala o início do outono. E a narrativa prossegue, sempre com referências cronológicas precisas - a chegada do inverno, a véspera do dia de Natal, a Páscoa, até completar o ciclo no verão seguinte, quando as declarações de guerra levam ao conflito mundial de 1914.

Sobre fundo preto, a voz em off do antigo professor da aldeia dá início à narrativa. Na primeira frase, admite não saber se a rememoração será inteiramente verdadeira, por também levar em conta rumores. De-

pois de ter combatido na guerra, mudou de profissão e nunca mais voltou à aldeia. O narrador já se tornou um homem maduro, o que se evidencia pelo tom e pelo timbre da voz, mesmo para o espectador que não entenda alemão.

O relato é tecido a partir de dois acidentes. Um,



ocorre no plano de abertura do filme e fica claro que foi provocado deliberadamente. É o único de uma série encenado diante da câmera. O outro, sem ser mostrado, é uma fatalidade atribuída à negligência do barão, senhor das terras e empregador dos camponeses. Apesar de terem causas e desdobramentos distintos, ambos fazem parte da sucessão de crimes que constituem o leitmotiv de A Fita Branca.

No primeiro caso, em que a vítima é hospitalizada, por mais criminosas que sejam as evidências, a investigação da polícia não é levada adiante e os responsáveis deixam de ser identificados; no segundo, a morte de uma lavradora parece aceita, a princípio, como inscrita na ordem natural das coisas. Os acontecimentos daqueles dois dias são esquecidos e tudo volta ao normal até o fim do verão, comenta o narrador.

Na festa da colheita, no primeiro dia do outono, o filho da lavradora morta acaba extravasando sua revolta contra o barão. É uma vingança feita às claras, exprimindo sentimento que a sociedade não só conhece, mas em relação a qual tem os instrumentos legais necessários para agir. Mesmo tendo um desdobramento trágico, o episódio é esclarecido, ao contrário do conjunto de atos criminosos que irão se suceder.

Quando essas atrocidades ocultas começam a ocorrer, a comunidade não é capaz de reagir. A promessa do barão de desvendar o sequestro e tortura do seu filho revela-se meramente retórica, por certa que seja sua previsão de que, sem apurar a verdade, nunca mais poderão viver em paz.

De fato, as agressões continuam. Algumas são visíveis: irritação, falta de afeto, repressão moral, tapa, soco e chute, agressão verbal, castigo físico etc. Paroxismo explícito que parece previsível e não é escondido. Aceito como normal, é exposto diante da câmera. Outros atos de violência, de raízes mais profundas, por

desrespeitarem normas convencionais de conduta, ocorrem em segredo. Alguns são reações à brutalidade de uma pedagogia repressiva baseada no princípio de que o castigo físico purifica. Em seu conjunto, são as sementes do horror. Indiscriminadas, se voltam contra inocentes indefesos, motivadas por convicção religiosa e ressentimentos pessoais. São atos gratuitos, frutos da perversidade humana.

Açoite, abuso sexual e tortura física são ouvidos através da porta, subentendidos por dissimulações, constatados nas marcas que deixam no corpo. Tomando a violência por tema, Michael Haneke faz uma arqueologia do mal. Seco e impiedoso, A Fita Branca confronta o espectador com sua própria sombra.

A reminiscência do antigo professor, mesmo imprecisa, se torna uma tentativa de acertar contas com o passado. Quando os fatos ocorreram, foi incapaz de entender o que uma menina tentou contar. Não aguentando guardar para si os horrores que sabia, ela perguntou se sonhos podem virar realidade. Para a lógica dele, na época, a pergunta não fazia sentido. Negou que isso fosse possível, incapaz de decifrar o código que a menina estava propondo para não ser obrigada a fazer uma denúncia direta. Ao contar ter sonhado que algumas das violências iriam ocorrer, não é entendida, nem pela polícia que se limita a acusá-la de pretender se passar por clarividente.

O narrador deixa claro ter sido conivente por omissão, quando acatou a ordem de silenciar, deixando de tornar públicas suas suspeitas, crescentes desde que surpreendeu um grupo de adolescentes ouvindo atrás da porta a tentativa de denúncia da menina. Na ocasião, acusado pelo pastor de desvario, foi submisso e se calou. Ao desvelar o passado, resgata do esquecimento o que foi acobertado, fazendo justiça ainda que tardia. É o oposto do que ocorreu quando sua tentativa de revelar os responsáveis foi considerada uma ameaça e ele foi expulso da casa do pastor.

Em sintonia com a incerteza da rememoração, o roteiro, também escrito por Michael Haneke com a colaboração de Jean-Claude Carrière na versão final, deixa algumas situações inexplicadas. Mais uma vez, há coerência entre a forma narrativa e o que está sendo narrado. O roteirista abre mão da onipotência de esclarecer tudo. Adota como partido a imprecisão e a ambiguidade, próprias da memória.

No encerramento, vemos a placidez dos campos cultivados, enquanto o narrador anuncia o início da Primeira Guerra. A comunidade está reunida na igreja. O coral de adolescentes canta. E tudo segue como antes.

O pior estava por vir, não só na Alemanha.

EDUARDO ESCOREL

* Texto retirado do site da revista Piauí.

SPASMO

"Vale a pena viver, quando se é comunista".
(Antonio Gramsci)

Quando a noite parece eterna
e o frio nos quebra a alma.

Quando a vida se perde por nada
e o futuro não passa de uma promessa.

Nos perguntamos: vale a pena?

Quando a classe parece morta

e a luta é só uma lembrança.
Quando os amigos e as amigas se vão
e os abraços se fazem distância.

Nos perguntamos: Vale a pena?

Quando a história se torna farsa
e outubro não é mais que um mês.

Quando a memória já nos falta
e maio se transforma em festa.

Nos perguntamos: vale a pena?

Mas, quando entre camaradas nos encontramos
e ousamos sonhar futuros.

Quando a teoria nos aclara a vista
e com o povo, ombro a ombro, marchamos.

Respondemos: vale a pena viver,
quando se é comunista.

(Mauro Iasi)