

Implicações da divisão do trabalho na educação e nas práticas profissionais em saúde^(*)

Nilson Joseph Demange^(**)

Introdução: o contexto histórico da modernização

Ao abordarmos esse tema, é importante considerarmos que no Brasil estivemos sob a influência de uma modernização tardia até meados do período republicano, antes que de um capitalismo tardio, o qual se desenvolveu paralelamente nos países centrais após um desdobramento monopolista do capitalismo concorrencial.¹

Essa modernização tardia em nosso país representou uma defasagem histórica em relação à reprodução dos processos fundamentais de organização do modo de produção capitalista, conforme vinham se desenvolvendo originalmente na Europa e nos Estados Unidos havia mais de um século. Isso implicou a permanência entre nós de processos econômicos, políticos e ideológicos específicos, ligados à conjuntura de interesses que predominavam desde as formas de divisão do trabalho da colonização até às da organização do Império, distantes em muitos aspectos fundamentais (da Economia à Educação) dos processos que ocorriam nos países de capitalismo hegemônico.²

No que diz respeito à Educação, as formas de divisão do trabalho atenderam por um lado fundamentalmente às necessidades de formação profissional e ideológica das elites dominantes voltadas para o consumo de produtos manufaturados dos países centrais e para a integração do sistema exportador de produtos primários à racionalidade capitalista exigida pelo mercado internacional.³ Por outro lado, atenderam às necessidades da produção artesanal e da produção manufatureira elementar, na medida restrita em que esta teve possibilidades de desenvolver-se. Em face disso, num extremo as atenções da Educação estiveram voltadas para o ensino superior de algumas profissões liberais destinadas à elite e noutro extremo permaneceu o abandono sistemático da escola elementar para a maioria da população.⁴

A República se instala no auge de um processo de mobilização social contra a escravidão, que representou, no sistema de dominação, um primeiro passo *formal* nas preocupações liberais das elites em direção aos direitos

(*) Trabalho apresentado no painel "Educação, Saúde e Trabalho na República", em 09/11/89, durante o evento "Um século de Educação Republicana, promovido pela Faculdade de Educação — UNICAMP.

(**) Professor do Departamento de Administração e Supervisão Educacional — Faculdade de Educação, UNICAMP.

de cidadania para a maioria da população.⁵

Por outro lado, algumas tentativas de alterar as tendências vigentes até então na área de Educação ainda foram, além de elitistas, também formais.

Somente decorridas as três primeiras décadas republicanas, com o desenvolvimento da urbanização, do processo manufatureiro e sob o impacto da crise do sistema agroexportador, surgiram simultaneamente as condições político-econômicas e ideológicas para uma reformulação *concreta* do padrão de divisão do trabalho capitalista adotado até então.⁶ A partir dos anos 30, sob o patrocínio do Estado e com o seu controle, multiplicam-se as profissões por ele regulamentadas e, ao seu lado, as entidades corporativas oficialmente reconhecidas que garantiriam a estabilidade da nova hierarquia de interesses capitalistas mais vinculados ao mercado interno, mas sem romper com a agroexportação. Isso permitiu às classes dominantes concretizarem o processo de transição capitalista através de uma “modernização conservadora” ou uma “revolução passiva”.⁷

As universidades e as escolas técnicas ganharam importância progressiva para a diversificação e reprodução profissional massiva que se mostrava necessária. Com isso, foi reorganizada a divisão do trabalho, ampliando-se sua base com novas categorias subalternas, formadas pelos trabalhadores industriais e urbanos, mantidos sob o controle do Estado através de seus vínculos com as corporações profissionais.⁸ Associavam-se assim à diversidade profissional novas formas de controle autoritário dos direitos de cidadania.

Para a maioria da população, as condições da escola pública, quanto ao acesso e à qualidade, transformaram-se dramática e lentamente num longo processo burocrático, da mesma forma que em relação às condições da Previdência Social e da Saúde Pública.⁹

Numa proporção inversa e contraditória, após a década de 50, desenvolveram-se condições favoráveis ao crescimento do *status* e qualificação profissional das novas elites burguesas, estatais e privadas. É o caso principalmente dos tecnocratas saídos da classe média e que se colocaram a serviço de uma modernização também autoritária, integrada às formas de organização do trabalho características do capitalismo tardio (oligopolista) amplamente hegemônicas nos países centrais.¹⁰

Nesse contexto histórico, necessariamente, em certas regiões, localidades ou âmbitos sociais, puderam predominar, superpor-se as formas da divisão de trabalho características da modernização tardia brasileira às formas desse capitalismo tardio dos países centrais recém-introduzido no país, ou conflitar entre si umas e outras formas. Em qualquer das situações, as condições do trabalho profissional, da educação, saúde e qualidade de vida das categorias subalternas da população mantiveram-se cada vez mais distanciadas das condições características das elites profissionais e dirigentes.¹¹

Pressupostos sociais da educação e das práticas profissionais em saúde

As formas de modernização tardia da educação tradicional brasileira pressupunham uma educação acrítica e passiva para as classes populares, na medida restrita em que elas eram alcançadas pela escola elementar. Isso reforçava a submissão dessas classes à autoridade “científica” ou à sabedoria dos “doutores” (profissionais liberais de então).¹²

O saber era em sua maior parte importado e desligado de nossa realidade social. Destinava-se ao uso e consumo de uma elite agrária dominante, integrada cada vez mais ao comércio capitalista agroexportador. Daí o pouco interesse dessa elite, tanto em relação à produção autônoma de conhecimentos como em relação à diversificação e qualificação das categorias profissionais subalternas ou intermediárias vinculadas ao mercado interno.¹³

Esses pressupostos atingiram a educação e a saúde de forma fundamental, ao manterem rebaixado o nível cultural e o poder aquisitivo da maioria da população. O que implicou, por um lado, o empobrecimento das noções e práticas populares de saúde e, contraditoriamente, incentivou o *status* elevado e a autonomia dos profissionais liberais (médicos, principalmente) voltados para um atendimento de uma clientela mais restrita dessa população, com maior poder aquisitivo.¹⁴

O desenvolvimento da urbanização nas primeiras décadas da República aumentou as possibilidades da propagação de epidemias. Isso punha em risco os interesses dominantes e deu origem às primeiras incursões institucionais do Estado em apoio aos movimentos médico-sanitário e de educação higienista, assumidos em São Paulo pelo Serviço Sanitário e Inspeção Médica Escolar.

Essas tendências se somam ao movimento pedagógico, durante a década de 20, pressionando o Estado no sentido de assumir funções sociais mais amplas nas áreas da educação e saúde.¹⁵ Isso deu origem a um progressivo assalariamento dos profissionais liberais (médicos e outros) como *sanitaristas* que se estendeu ainda a outros profissionais de educação e saúde durante a década de 30, vinculados ao Serviço de Saúde Escolar criado pelo Estado.¹⁶

Essas transformações educativas liberais nos pressupostos sociais tradicionais mostravam-se ainda insuficientes para mudar em sua base o cará-

ter elitista das práticas profissionais em saúde. Segundo Lima (1985:146):

Se o social comparecia, o que aliás já acontecia antes, como categoria de análise de alguns problemas, o fazia de forma acrítica, como entidade globalizante, jamais especificado em suas características estruturais. O conflito de classes inexistia nessas análises. Mais especificamente é muitas vezes negado. Os problemas são tratados no plano das individualidades; a responsabilidade individual, como a incúria dos pais e da família, continua sendo a categoria principal das análises e o objeto principal a ser transformado. No máximo o Estado aparece como detentor da obrigação de prover condições de melhoria de vida, sem que se diga como.

Essas mudanças na divisão do trabalho em saúde pareciam apontar para uma modernização das funções do Estado, favorável à hegemonia burguesa em relação às demais classes sociais. Por outro lado, contraditoriamente, outras mudanças tornaram predominante o caráter autoritário da modernização capitalista que se concretizava então. Diziam respeito à incorporação e desenvolvimento pelo Estado de um sistema de seguridade social — Previdência Social — cujo controle, ao lado do controle do sistema sindical corporativista, permitia ao Estado barganhar politicamente com as classes trabalhadoras (assalariados em geral) e investir os recursos levantados no funcionamento de empreendimentos privados capitalistas.¹⁷ Essa tendência acentuou-se através dos anos, principalmente após sua centralização, propiciada pela criação do INPS em meados da década de 60.

Embora a assistência médica nesse sistema tenha se tornado um custo complementar a ser pago pela maioria dos assalariados, o sistema produziu um grande assalariamento dos profissionais de saúde tanto no âmbito do assistencialismo do Estado, como no do

complexo médico-empresarial por ele alimentado.¹⁸

Essa tendência afastou completamente a maioria dos profissionais de saúde das preocupações educativas características de uma hegemonia liberal burguesa, vigorando na organização do trabalho médico-assistencial, cada vez mais, a racionalidade de uma modernização restrita ao desenvolvimento econômico capitalista. Por outro lado, a irracionalidade global do economicismo desse sistema produziu outros pressupostos para as práticas profissionais em saúde também contraditórios com os direitos sociais e de cidadania da maioria da população.¹⁹

A divisão do trabalho característica desse sistema de saúde acima referido pressupõe, cada vez mais, o distanciamento entre a submissão do usuário dos serviços profissionais de saúde e a autoridade e/ou competência dos especialistas que definem as necessidades e até mesmo as possibilidades de atendimento dos pacientes. Estes são isolados individualmente para enfrentarem uma grande máquina de interesses corporativos, que se une aos econômicos, burocráticos e empresariais, através de um processo de centralização concentrado no atendimento curativo e hospitalar.

A crise da ideologia tecnocrática e os novos pressupostos sociais

A ideologia tecnocrata do capitalismo tardio que se impôs como modelo para as áreas sociais após 1964 (principalmente de educação e saúde), enquadrando-as nos parâmetros restritos da eficiência econômica capitalista como condição *a priori* para solucionar os

seus problemas, sofreu sua crise institucional juntamente com a crise do contexto global do capitalismo periférico em que se inseria como modelo. A estagnação econômica provocada pelo endividamento externo e falta de novos investimentos do capital financeiro internacional pôs à tona de forma irrefutável a dependência estrutural do capitalismo periférico. Isso potencializava as contradições sociais entre o empobrecimento selvagem das condições de vida da maioria da população e os interesses da concentração econômica capitalista posta em prática.

Nesse contexto de crise, deparamos com a confrontação e superposição dos padrões tecnocráticos educacionais e de saúde estereotipados em face da persistência, de outro lado, dos padrões tradicionais da divisão do trabalho característicos da modernização tardia, em que estão envolvidas amplas camadas de nossa população. Assim, por um lado se exalta, renunera e estimula o mérito do especialista competente, desligado dos problemas mais amplos da saúde da população (dos quais se isola sua competência). Por outro lado, ainda persiste o desinteresse tradicional quanto à difusão de conhecimentos elementares de saúde. Não se procura assim estimular com apoio profissional e com recursos institucionais sistemáticos o interesse coletivo de grupos voluntários e organizados da população, empenhados na busca de solução para seus problemas de saúde. Ambas posturas têm servido, quando muito, a políticas conservadoras ou populistas em relação à maioria da população.

Em oposição a esses padrões, desenvolveram-se esforços sistemáticos de profissionais da área de ciências sociais e da saúde, com outros pressupostos sociais, voltados para a amplificação dos espaços institucionais da rede de saúde pública, vinculados à atenção primária, prevenção e democratização da gestão dos serviços para a maioria da população. Esse movimento chegou a englobar grupos de pressão orga-

nizados e representativos de vários setores da população, dando origem ao projeto de Reforma Sanitária, em grande parte incorporado na atual Constituição.

Um caminho paralelo e nem por isso menos importante de oposição aos padrões e pressupostos conservadores e populistas acima referidos, na área de educação e saúde, tem sido adotado pelos movimentos sociais de organização da consciência e ação coletivas, no âmbito da comunidade local e do ambiente e as condições de trabalho. Isso, além de exigir uma postura interdisciplinar e educativa para a formação dos profissionais de saúde, vincula-os às necessidades concretas que podem ser avaliadas e analisadas, criticamente, em conjunto com os grupos de cidadãos ou trabalhadores participantes do movimento. Este caminho parece conduzir à possibilidade de coordenações amplas de movimentos civis orga-

nizados que defendem mudanças institucionais ou pressionem para a mudança da política existente no sentido de uma contra-hegemonia ou alternativa à visão de um mundo das classes dirigentes. Este caminho aponta também para uma alteração ampla na formação das especialidades da área de educação e saúde, no sentido de uma interdisciplinaridade calcada nas práticas concretas da população.

As transformações nos pressupostos que orientam as práticas de educação e saúde no âmbito institucional (político-administrativo) e civil (dos direitos sociais e de cidadania) parecem indicar a necessidade de uma articulação orgânica de ambos caminhos de oposição para viabilizar uma transformação global na ordem existente.

Este parece ser o desafio que temos pela frente no atual quadro político brasileiro.

Notas

1. Essa referência à modernização tardia chama a atenção para a defasagem histórica entre o momento das transformações sociais que acompanharam o início do desenvolvimento capitalista nos países centrais e o momento das principais manifestações nesse sentido que ocorreram no Brasil durante a Primeira República. Sobre o capitalismo tardio, o termo é usado em relações às transformações críticas que ocorrem nos países centrais, após o apogeu alcançado nesse século, pela concentração capitalista nesses países. Ver a respeito: Habermas, J. *A crise de legitimação no capitalismo tardio*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1980; e Paiva, V. & Rattner, H. *Educação permanente e capitalismo tardio*. São Paulo, Cortez, 1985.

2. Em relação à persistência dos processos ligados às formações sociais tradicionais anteriores do Brasil, referimo-nos, por exemplo, à estrutura latifundiária tradicional, que se apoiou até o fim do Império no trabalho escravo e deu sustentação política às oligarquias agroexportadoras que ainda dominam durante a Primeira República. Estas deixaram as marcas de sua presença política, embora declinante, nos períodos posteriores que iremos analisar.

3. O capitalismo mercantil aqui estabelecido, com base nas trocas internacionais, limitava-se

a criar condições para a reprodução do setor externo da economia no qual estava baseado. Ver a respeito: Oliveira, F. de *A economia da dependência imperfeita*. Rio de Janeiro, Graal, 1977. cap. I.

4. Segundo Cunha, L. A. (*A universidade temporã*, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1980), no período de expansão (de 1891 a 1910), "foram criadas no Brasil 27 escolas superiores: 9 de medicina, obstetria, odontologia e farmácia, 8 de direito, 4 de engenharia, 3 de economia e 3 de agronomia" (p. 157) e no período de contenção foram criadas outras 10 faculdades: 3 de medicina, 1 de farmácia, 3 de odontologia, 1 de direito, 1 de engenharia e 1 de agronomia (p. 165). Segundo Infantsi da Costa, A. M. C. (*A escola na República Velha*. São Paulo, EDEC, 1983), as escolas primárias existentes em 1890 estavam capacitadas a atender 7,9% da população de 7 a 14 anos; já, em 1918, 48,5% das crianças em idade escolar estariam matriculadas (p. 65). Esses dados não consideram a evasão e repetência características do ensino elementar e a porcentagem de analfabetos de 75%, que não se alterou de 1900 a 1920 (*Anuário Estatístico do Brasil*, 1933, p. 43).

5. O liberalismo na Primeira República assumiu um caráter formal, na medida em que, se-

gundo Wanderley G. dos Santos, “se é verdade que se abolira a escravidão, nem por isso a mobilidade do fator trabalho foi totalmente garantida substituindo-se a forma de servidão. A penetração das leis no mercado da economia agrária brasileira se fez muito lentamente e em flagrante descompasso com o ritmo de implantação da ordem capitalista na área urbana. (*Cidadania e justiça*, Rio de Janeiro, Campus, 1987, p. 64.)

6. “O gargalo de todo o problema econômico do país encontrava-se, entretanto, na diferenciação industrial e, tal como a experiência das décadas anteriores demonstrara, não se podia confiar que fosse obtida pela simples operação do mercado *laissez-fairiano*. O Estado deveria interferir na ordem de acumulação e reestruturá-la, criando condições para que se processasse tão rapidamente quanto a estrutura dos recursos o permitisse. (Santos, W. G. dos., op. cit., p. 67.)

7. Esses conceitos sobre a revolução de 30 são assim comentados por Luiz Werneck Viana: “Se a revolução ‘pelo alto’ consiste em uma forma de introduzir a modernização econômica através da intervenção política, implica, de outro lado, numa ‘conservação’ do sistema político, embora promova rearranjos nos lugares ocupados pelos seus diferentes protagonistas. Num certo sentido toda a revolução ‘passiva’ como Gramsci descreveu no Risorgimento, isto é, de uma revolução sem revolução, se bem que a recíproca não seja verdadeira, como ilustra o caso inglês”. (*Liberalismo e sindicato no Brasil*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976, p. 141.)

8. Sobre esse controle do Estado, diz Wanderley G. dos Santos: “A extensão da cidadania se faz, pois, via regulamentação de novas profissões e/ou ocupações, em primeiro lugar, e mediante ampliação dos direitos associados a estas profissões, antes que por expansão dos valores inerentes ao conceito de membro da comunidade. [...] tornam-se pré-cidadãos, assim, todos aqueles cuja ocupação a lei desconhece [...], todos trabalhadores da área rural [...] e os trabalhadores urbanos em igual condição, isto é, cujas ocupações não tenham sido reguladas por lei”. (Op. cit., p. 68.)

9. Sobre a burocratização e o autoritarismo governamentais na educação ver: Teixeira, A. A administração pública brasileira e a educação. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*. Rio de Janeiro, jan-mar 1956. Em relação à Previdência Social, ver: Oliveira, J. A. A. & Teixeira, S. M. F. (*Im*) *Previdência Social*. Rio de Janeiro, Vozes/ABRASCO, 1986.

10. Referindo-se a esses tecnocratas, afirma Rattner: “Esses reducionismo economista, que enfatiza a educação como investimento e propõe um planejamento centralizado para resolver os problemas de formação e qualificação de mão-de-obra face às necessidades do mercado de trabalho, torna-se inócuo e inadequado à medida

que se abstrai das tradições e valores culturais da população e não se integra a um conjunto de políticas e diretrizes visando melhorar as condições de vida dos trabalhadores”. (*Educação permanente e capitalismo tardio*, op. cit., p. 114.)

11. Ver Camargo, C. P. F. et al. *Crescimento e pobreza*. São Paulo, Vozes, 1976.

12. Segundo Cunha, “O imediatismo na busca dos diplomas escolares, principalmente do grau superior, acelerado pelo bacharelismo, comprometia a função do ensino, nesse grau, de formar os intelectuais orgânicos das classes dominantes, mais necessitados deles do que nunca, agora que a hegemonia de uma das frações sobre outras e de todas elas sobre as demais estava em crise”. (*Universidade temporã*, op. cit., p. 133.) Sobre essa situação, assim comenta Leoncio Basbaum: “Éramos um país de doutores e analfabetos”. (*História sincera da República: de 1889 a 1930*. São Paulo, L.B. 1962, v. 2, p. 289.)

13. Ver nota 6.

14. Segundo Singer et al., “Ocorreu, ainda nesta época (últimas décadas do séc. XIX e início do séc. XX), a atribuição constitucional do monopólio dos médicos, relativamente ao exercício da arte de curar. [...] Apesar dessa posição inequívoca, a exigência de um diploma para o exercício da medicina não era seguida no Rio Grande do Sul, onde vigorava a mais completa liberdade profissional”. (*Prevenir e curar*. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1981, p. 117.)

15. Ver sobre isso Lima, G. Z. de. *Saúde escolar e educação*, São Paulo, Cortez, 1985. p. 119.

16. Idem, op. cit., p. 138.

17. Para Hesio Cordeiro, “Aprofundou-se, dessa forma, o caráter contratual da Previdência Social, mantido em limites rígidos pela previsibilidade atuarial, o que permitia cálculos a mais longo prazo para investimentos no setor produtivo: uma consistente articulação da ‘política social’ com os processos de acumulação e da viabilização política do regime. [...] O aparelho previdenciário se tornara, explicitamente, um canal de articulação e manifestação política das massas trabalhadoras. [...] Esta expansão não se dava à margem ou de forma contrária aos interesses privados da assistência médico-hospitalar. A rede estatal de hospitais, em termos nacionais, de há muito já fora suplantada pela rede particular, principalmente pelo segmento filantrópico e mutualista. Em 1950, 53,9% dos leitos hospitalares existentes no país eram de propriedade particular e, em 1960, o percentual era de 62,1%, dos quais 14,4% pertencentes a entidades com fins lucrativos”. Estes como tendências predominantes se consolidariam durante a década de 60. *As empresas médicas*. Rio de Janeiro, Graal, 1984. p. 27 e 38.

18. Idem, op. cit., p. 95.

19. Idem, op. cit., p. 161, e (*Im*) *Previdência Social*, op. cit., p. 224.

Resumo Este trabalho apresenta três partes. Na primeira, o contexto histórico da modernização brasileira, mostra-se que o país esteve sob a influência de uma modernização tardia até meados do período republicano, onde as formas de divisão do trabalho atenderam por um lado às necessidades de formação profissional e ideológica das elites dominantes e, por outro, às necessidades da produção artesanal e da produção manufatureira elementar. Na segunda parte, pressupostos sociais da educação e das práticas profissionais em saúde, mostra-se que a modernização tardia da educação brasileira pressupunha uma educação acrítica e passiva para as classes populares e um saber em sua maior parte importado e alienígena destinado ao uso e consumo das elites agrárias. A terceira parte discute a crise da ideologia tecnocrática implantada na década de 60 e os novos pressupostos sociais para a implantação de uma nova prática em educação e saúde surgidos especialmente na década de 80.

Palavras-chaves: divisão do trabalho, educação e modernização brasileira; divisão do trabalho, prática profissional em saúde e modernização brasileira; ideologia tecnocrática e educação brasileira; ideologia tecnocrática e prática em saúde no Brasil; educação brasileira e ideologia tecnocrática.

Abstract This paper presents three parts. In the first one, the historical context of Brazilian modernization, the author shows that the country was under the influence of a late modernization until midway of the republican period, where the forms of work division responded, on one hand, to the needs of professional and ideological formation of the dominant elites and, on the other, to the needs of craft production and elementary manufacture production. In the second part, which discusses the social assumptions of education and of the professional practices in health, it is shown that the late modernization of Brazilian education assumes an acritical and passive education for the popular classes and a knowledge, in its major portion imported and foreigner, destined to the use and consumption of the agrarian elites. The third part discusses the crisis of the technocratic ideology implanted in the decade of the 60's and the new social assumptions for the implantation of a new practice in education and health originated particularly in the decade of the 80's.

Key-words: work division, education and Brazilian modernization; work division, professional health practice and Brazilian modernization; technocratic ideology and Brazilian education; technocratic ideology and health practice in Brazil; Brazilian education and technocratic ideology.

