

UNICAMP

MILTA NEIDE FREIRE BARRON TORREZ

POLÍTICAS DE FORMAÇÃO DOCENTE PARA A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL TÉCNICA NA ÁREA DE SAÚDE, NA PERSPECTIVA DA REFORMA SANITÁRIA

CAMPINAS

2014

UNVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

TESE DE DOUTORADO

MILTA NEIDE FREIRE BARRON TORREZ

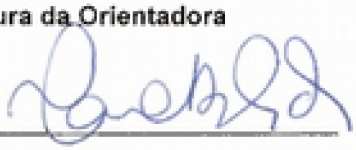
POLÍTICAS DE FORMAÇÃO DOCENTE PARA A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL TÉCNICA NA ÁREA DA SAÚDE NA PERSPECTIVA DA REFORMA SANITÁRIA

ORIENTADOR: Profa. Dra. Mara Regina Lemes de Sordi

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Doutora em Educação, **na área de concentração de Ensino e Práticas Culturais**

Este exemplar corresponde à versão final da Tese
defendida pela aluna Milta Neide Freire Barron Torrez
e orientada pela Profa. Dra.Mara Regina Lemes de Sordi

Assinatura da Orientadora



Campinas

2014

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Educação
Gildenir Carolino Santos - CRB 8/5447

B278p

Barron Torrez, Milta Neide Freire, 1955-
Políticas de formação docente para a educação profissional técnica na área da saúde, na perspectiva da reforma sanitária / Milta Neide Freire Barron Torrez. – Campinas, SP : [s.n.], 2014.

Orientador: Mara Regina Lemes de Sordi.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação.

1. Políticas públicas. 2. Formação docente. 3. Educação profissional. 4. Reforma sanitária - Brasil. I. Sordi, Mara Regina Lemes de,1955-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Titulo em outro idioma: Teacher training policies for technical education in halthcare, in the perspective of the sanitation reform
Palavras-chave em inglês:
Public policy
Teacher training
Professional education
Sanitation reform - Brazil
Área de concentração: Ensino e Práticas Culturais
Titulação: Doutora em Educação
Banca examinadora:
Mara Regina Lemes de Sordi [Orientador]
Maria Inês do Rego Monteiro Bomfim
Francisco José da Silveira Lobo Neto
Maria Helena Salgado Bagnato
Adriana Kátia Corrêa
Data de defesa: 27-02-2014
Programa de Pós-Graduação: Educação

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

TESE DE DOUTORADO

POLÍTICAS DE FORMAÇÃO DOCENTE PARA A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL TÉCNICA NA ÁREA DA SAÚDE NA PERSPECTIVA DA REFORMA SANITÁRIA

Autora: Milta Neide Freire Barron Torrez

Orientadora: Profa. Dra. Mara Regina Lemes de Sordi

Este exemplar corresponde à redação final da Tese defendida por **Milta Neide Freire Barron Torrez** e aprovada pela comissão julgadora

Data: 27/02/2014

Assinatura: _____

Orientadora

COMISSÃO JULGADORA:

_____

_____

_____

Campinas
2014

DEDICATÓRIA

A Matheus, Lucca, Beatriz e Estevão, netinhos que ressignificaram a pós-graduanda tardia em vovó ao longo deste trabalho e o passar do tempo tomou um novo sentido.

AGRADECIMENTOS

A Ti porque “as misericórdias do Senhor são a causa de não sermos consumidos, porque as suas misericórdias não têm fim; renovam-se a cada manhã. Grande é a tua fidelidade”. (Lamentações de Jeremias: capítulo 3: vers. 22,23).

À professora Mara Regina Lemes de Sordi, pela orientação emancipadora e competente, humanizando a travessia, representando o LOED, composto por ‘nossos mestres’ e os amados colegas que refletem a sua cultura de respeito, solidariedade e compromisso com a qualidade social da educação dos brasileiros, sem perderem a ternura, jamais.

Aos professores Francisco José da Silveira Lobo Neto, Maria Inês do Rêgo Monteiro Bomfim, Maria Helena Salgado Bagnato, Adriana Kátia Correa, Beatriz Jansen Ferreira, Eliete Maria Silva, Geisa do Socorro Cavalcante Vaz Mendes pelas atenciosas leituras, contribuições e respeitosa interlocução.

A Miriam, minha irmã amada, que assumiu com todo zelo e afeto o cuidado direto com a nossa mãe, mesmo sendo eu a ‘filha enfermeira’, possibilitando-me ‘ficar na retaguarda’ em momentos cruciais desta trajetória, representando aqui toda a família, da qual recebi apoio, orações e muito carinho dos filhos, irmãos, cunhados, Babá, sobrinhos e netos.

A Antonia Maria Coelho Ribeiro, amiga muito especial, cuja contribuição, dedicação e afeto foram responsáveis pela superação de momentos que seriam intransponíveis sem a sua presença solidária e estimuladora, digna representante de todas as amigas e amigos, gente que ajudou, torceu, amparou, divertiu, ligou e acompanhou esta caminhada dentro de circunstâncias muito especiais.

Ao Antonio Ivo de Carvalho, Lúcia Dupret, Mauricio De Seta, Suely Rocha, Henriette Santos, em nome de todos os companheiros da EAD/ENSP/FIOCRUZ que produziram parte fundamental da base empírica deste estudo, viabilizaram a licença formal institucional e pagaram vários preços diante do crônico déficit de trabalhadores-técnicos nas equipes, sempre estimulando e apontando sentidos em relação ao trabalho coletivo que realizamos ali.

RESUMO

Este é um estudo exploratório em análise de políticas públicas caracterizado como pesquisa qualitativa, situado na relação Educação e Formação de Trabalhadores em saúde a partir de uma perspectiva crítica da realidade, tendo em mente as determinações, mediações e contradições de ordem econômica, política, sociocultural e pedagógica que marcam tal formação. O tema central são três políticas de formação docente para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Saúde promovidas no Brasil pelo Ministério da Saúde no período de 1980 a 2009. Utilizou-se da análise documental e entrevista semiestruturada como principais procedimentos para a coleta de dados e da análise temática do conteúdo para o seu tratamento, apoiados nas categorias de análise – Estado no sentido ampliado ou integral, força social e sentidos em disputa pela hegemonia histórico-política. Analisou as contribuições e limites destas políticas na perspectiva da Reforma Sanitária como parte das lutas sociais pela democratização da sociedade brasileira com ênfase nas áreas de saúde e educação, entendidas como bens públicos, a partir das bases político-conceituais dos Cursos de Capacitação Pedagógica para Instrutor/Supervisor Área de Saúde, Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem e Formação Docente em Educação Profissional na Área de Saúde (curso piloto), voltados para os profissionais de saúde e demais graduados que atuam como docentes, prioritariamente nas Escolas Técnicas de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), como componentes que foram dos projetos Larga Escala, Profae e Profaps. O estudo identificou, a partir da materialidade da formação docente para a EPTNM em saúde, limites do desenvolvimento histórico da formação docente promovida na perspectiva da Reforma Sanitária como parte de uma reforma social e contribuições potencialmente *instituintes* de uma *política ampla* de profissionalização docente para a EPTNM ainda não existente no país, em discussão no interior das Diretrizes Curriculares Nacionais para esse campo, frente à necessidade de construção de novas iniciativas, fruto da vontade coletiva, que superem a polarização hoje existente e potencializem novas relações de força no campo democrático da educação e saúde.

Palavras-chave: Política pública. Formação docente. Educação Profissional Técnica de Nível Médio. Reforma Sanitária Brasileira.

ABSTRACT

This exploratory study analyzes public policies by means of a qualitative research focusing on the relation between education and training of workers in the healthcare sector from a critic perspective of reality, having in mind the determinations, mediations and contradictions of the economic, political, sociocultural and pedagogical orders that have an impact on this training. The central themes of this thesis are three teacher training policies for technical education in healthcare promoted by the Healthcare Ministry from 1980 to 2009. Data gathering was based on documental analysis and semi-structured interview and on thematic analysis of the content for its processing, supported on the analysis categories – State in the broaden or Integral sense, social forces and directions in dispute for the historical-political hegemony. This work analyzed the contributions and limits of these policies from the Sanitation Reform perspective as part of the social struggles for the democratization of the Brazilian society with particular emphasis on the healthcare and education sectors, which are seen as public goods, from the conceptual-political basis of the courses for pedagogical capacitation for instruction and supervision in the healthcare sector, pedagogical training in professional education in the healthcare sector: nursery and teacher training in professional education in the healthcare sector (pilot course), which are directed towards healthcare professionals and others who act as teachers, mainly, at the Escolas Técnicas de Saúde of the Sistema Único de Saúde [SUS], as the components they were of such projects as Larga Escala, Profae e Profaps. The study identified, from the materiality of the teacher training for the EPTNM in healthcare, limits of the historical development of the teacher training practice promoted, from the perspective of the Sanitation Reform as part of a social reform, and contributions potentially *instituting* a *broad policy* of teacher professionalization not yet developed in the country for the EPTNM, discussed in the National Curricular Directives for this field, in face of the need for the elaboration of new initiatives, derived from collective will, that overcome the current polarization and potentialize new force relations in the democratic field of education and healthcare.

Keywords: Public policy. Teacher training. Technical training. Sanitation Reform.

LISTA DE SIGLAS

ABEn	–	Associação Brasileira de Enfermagem
ABRASCO	–	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AAPs	–	Atividades Programadas de Pesquisa
AAPs	–	Atividades Programadas de Pesquisa
AIS	–	Ações Integradas de Saúde
AMS	–	Assistência Médico-Sanitária
ANFOPE	–	Associação Nacional pela Formação dos Profissionais da Educação
BDTD	–	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
BID	–	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CADES	–	Campanha de Aperfeiçoamento e Difusão do Ensino Secundário
CAPEs	–	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CAPES	–	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CBAI	–	Comissão Brasileiro-Americana do Ensino Industrial
CEBES	–	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEDRHU	–	Curso de Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde
CEFET	–	Centro Federal de Educação Tecnológica
CEP	–	Comitê de Ética em Pesquisa
CIB	–	Comissão Intergestores Bipartite
CNE	–	Conselho Nacional de Educação
CONASEMS	–	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	–	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CNDSS	–	Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde
CNS	–	Conferência Nacional de Saúde
CNTC	–	Catálogo Nacional de Cursos Técnicos
DNSP	–	Departamento Nacional de Saúde Pública
DCN	–	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGES	–	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
EAD/ENSP	–	Coordenação de Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
EGS	–	Escola de Governo em Saúde
ENSP	–	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
EPSJV	–	Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio
EPT	–	Educação Profissional Técnica
EPTNM	–	Educação Profissional Técnica de Nível Médio
EPTT	–	Educação Profissional Técnica e Tecnológica
ETIS	–	Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos
ETSUS	–	Escolas Técnicas do SUS
FAETEC	–	Fundação de Apoio a Escola Técnica
FAS	–	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FBH	–	Federação Brasileira de Hospitais
FCM	–	Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas
FIOCRUZ	–	Fundação Oswaldo Cruz

HSE	–	Hospital dos Servidores do Estado
IAPs	–	Institutos de Aposentarias e Pensões
IBGE	–	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBCIT	–	Instituto Brasileiro em Ciência e Tecnologia
IDA	–	Integração Docente-Assistencial
IDSUS	–	Índice de Desempenho do Sus
IES	–	Instituição de Ensino Superior
INAMPS	–	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INCA	–	Instituto Nacional do Câncer
INEP	–	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
INPS	–	Instituto Nacional de Previdência Social
IPASE	–	Instituto de Previdência a Assistência dos Servidores do Estado
IPEA	–	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LDB	–	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LE	–	Projeto de Formação de Trabalhadores de Nível Médio e Elementar em Saúde em Larga Escala – Projeto Larga Escala
LOED	–	Laboratório de Observação e Estudos Descritivos
LOPS	–	Lei Orgânica da Previdência Social
MEC	–	Ministério da Educação
MS	–	Ministério da Saúde
NADs	–	Núcleos de Apoio Docente
NHS	–	Sistema Nacional de Saúde Inglês
OPAS	–	Organização Pan-Americana da Saúde
PBL	–	Ensino Baseado em Problema
PDE	–	Plano Nacional de Desenvolvimento da Educação
PPA	–	Plano de Pronta Ação
PROECOS	–	Programa de Educação Continuada em Saúde
PROFAE	–	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da área de Enfermagem
PROFAPS	–	Programa de Formação Profissional em Saúde
PRONATEC	–	Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego
PRORURAL	–	Programa de Assistência ao Trabalhador Rural
PUC-MG	–	Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
RSB	–	Reforma Sanitária Brasileira
RCN	–	Referenciais Curriculares Nacionais
RET-SUS	–	Rede de Escolas Técnicas do SUS
SAMU	–	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEMTEC	–	Secretaria de Educação Média e Tecnológica
SETEC	–	Secretaria de Educação Tecnológica
SES/SUS-RJ	–	Superintendência de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro
SGTES	–	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SINPAS	–	Sistema Nacional de Previdência Social
SUDS	–	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	–	Sistema Único de Saúde

TIC	–	Tecnologias de Informação e Comunicação
UERJ	–	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRJ	–	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNICAMP	–	Universidade Estadual de Campinas
USAID	–	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
UNESCO	–	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Tipologia e especificação para organização do conjunto documental	23
Quadro 2 –	O processo histórico da organização do setor de Saúde e o antecedente para o sistema brasileiro de cuidado em saúde	39
Quadro 3 –	Principais indicações sobre formação de trabalhadores e ações políticas, segundo a Conferência e o ano de sua realização	88
Quadro 4 –	Possibilidades de Temas e de Atuação e infraestrutura recomendada para formação de Técnicos em Farmácia, segundo o Catálogo de Ocupações do MEC, 2008	98
Quadro 5 –	Cursos oferecidos pelo Pronatec no eixo tecnológico Ambiente, Saúde e Segurança – 2012	102
Quadro 6 –	Bases da Formação docente segundo a Resolução CNE nº 297 e a Proposta de 2010	115
Quadro 7 –	Natureza das Instituições, tipos e modalidades dos cursos ofertados, em 2012	124
Quadro 8 –	Cursos de licenciatura, por situação, modalidade e gratuidade, em 2012	126
Quadro 9 –	Cursos de bacharelado, por situação, modalidade e gratuidade, em 2012	129
Quadro 10 –	Licenciaturas – Programas Especiais de Formação Pedagógica, em 2012	135
Quadro 11 –	Número de cursos por natureza da instituição e estados, em 2012	136
Quadro 12 –	Agrupamento das unidades de contexto e estruturas semânticas por documento, curso Capacitação Pedagógica para Instrutor Supervisor Área de Saúde e categoria perspectiva/sentidos sobre a Reforma Sanitária e SUS	156
Quadro 13 –	Agrupamento das unidades de contexto e estruturas semânticas por documento, curso Capacitação Pedagógica para Instrutor Supervisor Área de Saúde e categoria sentidos da formação docente	163
Quadro 14 –	Agrupamento das unidades de contexto e estruturas semânticas por documento, curso Capacitação Pedagógica para Instrutor Supervisor Área de Saúde e categoria sentidos do trabalho docente	184

Quadro 15 – Agrupamento das unidades de contexto e estruturas semânticas por documento, curso Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem e categoria perspectiva/sentidos sobre a Reforma Sanitária e SUS 191

Quadro 16 – Agrupamento das unidades de contexto e estruturas semânticas por documento, curso Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem e categoria sentidos da formação docente 194

Quadro 17 – Agrupamento das unidades de contexto e estruturas semânticas por documento, curso Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde:Enfermagem e categoria sentidos do trabalho docente 202

Quadro 18 – Agrupamento das unidades de contexto e estruturas semânticas por documento, curso Formação Docente em Educação Profissional na Área de Saúde e categoria perspectiva/sentidos sobre a Reforma Sanitária e SUS 216

Quadro 19 – Agrupamento das unidades de contexto e estruturas semânticas por documento, curso Formação Docente em Educação Profissional na Área de Saúde e categoria sentidos da formação docente 218

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Pessoal de nível auxiliar ocupado em estabelecimentos de saúde, por escolaridade 77

Tabela 2 – Pessoal de nível técnico ocupado em estabelecimentos de saúde, por escolaridade 78

Tabela 3 – Pessoal de nível superior ocupado em estabelecimentos de saúde, ocupação e jornada de trabalho 79

Tabela 4 – Dez cursos de Educação Profissional com maior número de matrículas na rede pública – Brasil, 2012 100

Tabela 5 – Dez cursos de Educação Profissional com maior número de matrículas na rede federal – Brasil, 2012 100

Tabela 6 – Dez cursos de Educação Profissional com maior número de matrículas na rede privada – Brasil, 2012 101

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa da distribuição das licenciaturas por estado, subáreas e número de cursos ofertados, em 2012 132

Figura 2 – Mapa da distribuição das licenciaturas por região, subáreas e número de cursos ofertados, em 2012 133

Figura 3 – Mapa da distribuição geográfica das Escolas Técnicas do SUS 134

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1	–	Fontes documentais selecionadas por programa/projeto para recuperação do contexto	261
Apêndice 2	–	Aspectos qualitativos das ofertas de cursos de formação docente	264
Apêndice 3	–	Termo de consentimento livre e esclarecido	280
Apêndice 4	–	Roteiro de entrevista com sujeito-chave	283
Apêndice 5	–	Memorial	285

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1	–	Parecer consubstanciado do CEP/FCM – Unicamp	295
Anexo 2	–	Documentos históricos do Projeto Larga Escala digitalizados (CD)	

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO ..... **..1**

CAPÍTULO 1: OS CAMINHOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS **7**

1.1 A problemática **7**

1.1.1 O problema e os objetivos **20**

1.2 Os caminhos metodológicos **22**

1.2.1 Referencial teórico e categorias analíticas **29**

CAPÍTULO 2: ESTADO, SAÚDE PÚBLICA E FORMAÇÃO DE TRABALHADORES: DO SUS? **35**

2.1 Um voo em grande altura pelo passado desta contemporaneidade **40**

2.2 A criação do aparato estatal na saúde e as primeiras regulamentações em Educação Profissional **46**

2.3 A institucionalização do modelo médico-assistencial-privatista: um obstáculo considerável para a saúde como bem público **55**

2.4 O Movimento Sanitário, a Reforma, a VIII Conferência Nacional de Saúde, o SUS: fenômenos indissociáveis **61**

CAPÍTULO 3: A FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DO SUS: SENTIDOS EM DISPUTA **81**

3.1 A força que vive do trabalho como técnicos em saúde **81**

3.2 A formação de trabalhadores nas Conferências de Saúde: remédios parciais para problemas crônicos? **85**

3.3 Formação dos trabalhadores do SUS: a hegemonia do mercado na formulação política **96**

3.3.1 A política de Educação Profissional: embates centrais **99**

CAPÍTULO 4: A QUESTÃO POLÍTICA DA FORMAÇÃO DE PROFESSORES NO BRASIL 111

4.1 Políticas de formação docente: primeiras reflexões 111

4.2 A política de formação docente para a Educação Profissional: tendências e desencontros 118

4.3 A disputa pela formação docente: sinais de sua materialidade 130

CAPÍTULO 5: POLÍTICAS PÚBLICAS DE FORMAÇÃO DOCENTE EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL TÉCNICA NA ÁREA DA SAÙDE: CONTRIBUIÇÕES E LIMITES 145

5.1 Breve contextualização dos cursos de formação docente 145

5.1.1 Curso de Capacitação Pedagógica para Instrutor Supervisor – Área de Saúde – LE **145**

5.1.2 Curso de formação pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem – Profae **149**

5.1.3 Curso de formação docente em Educação Profissional Técnica na Área da Saúde – piloto – Profaps **155**

5.2 Os sentidos que apontam para limites e contribuições 159

5.2.1 Curso promovido pelo Projeto Larga Escala **162**

5.2.2 Curso promovido pelo Projeto Profae **201**

5.2.3 Curso promovido pelo Projeto Profaps **228**

CONCLUSÕES 243

REFERÊNCIAS 263

APÊNDICES 275

ANEXOS 304

INTRODUÇÃO

Este estudo, de caráter exploratório, está situado mais amplamente na relação Educação e Formação de trabalhadores em Saúde, no universo da Educação Profissional Técnica e Tecnológica (EPTT) e nas internas e intensas vinculações dessas práticas sociais com as formas históricas de luta pelo acesso à educação e ao trabalho, nas condições sociais excludentes vivenciadas pela população brasileira, expressas também no panorama sanitário nacional.

Contextualiza-se mais especificamente na Educação Profissional Técnica de Nível Médio (EPTNM) para a área da Saúde, intensamente relacionada, por sua vez, com o Ensino Médio, cujo enfrentamento historicamente se constituiu repleto de dificuldades relacionadas à concepção, estrutura e organização, decorrentes da natureza mediadora entre a educação fundamental e a formação profissional *stricto sensu* (KUENZER, 2001) e, finalmente, reconhecida como integrante legítima da Educação Básica. Marcada pela dualidade estrutural que caracteriza a educação brasileira desde o inicio do século XX, a EPTNM ocupa o polo menos valorizado culturalmente, mas intensamente disputado.

Refere-se diretamente às políticas públicas de formação docente promovidas pelo Ministério da Saúde (MS) dirigidas aos profissionais de saúde e demais graduados que atuam na formação de trabalhadores técnicos inseridos – ou em processo de incorporação – na força de trabalho das redes de serviços integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS). Viabilizadas como estratégias de formação docente para o público prioritário das Escolas Técnicas de Saúde do SUS (ETSUS) e seus parceiros nestas redes, responsáveis pelos processos de formação profissional cujo *locus* é o SUS, foram consideradas formulações políticas referenciadas no projeto da Reforma Sanitária Brasileira e no interesse da consolidação do SUS.

A concretização da saúde como direito e do SUS como política e sistema público está fundada na determinação social do processo saúde-doença, em sua concepção ampliada e, consequentemente, na amplitude desse direito para muito além da noção básica de formulação setorial de políticas de saúde, ou seja, como "um elo integrador que teria de permear todas as políticas sociais do Estado e balizar a elaboração e a implementação das políticas econômicas" (PAIM, 1986, p. 92), sendo este o ponto de maior convergência da vontade coletiva na marcante

VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, afirmando a relação entre direito à saúde, cidadania e Estado.

Claramente, tal concepção demarca a diferença entre a saúde como bem público e como bem mercadoria, expressões que sintetizam as propostas que polarizavam (e polarizam) as visões das políticas de saúde em disputa na sociedade brasileira, movidas pelas (in)tensas relações público-privadas que permeiam a construção histórica desse sistema, no bojo das lutas pela democratização da sociedade, do Estado e da saúde no país, desde a década de 1970.

Essas alternativas, abrangendo o período entre 1980 e 2009, estão situadas no Projeto de Formação de Pessoal de Nível Médio em Larga Escala (LE), no Projeto de Formação dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae) e no Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps); as duas primeiras foram implementadas em caráter nacional e a última como curso-piloto, demandado pelo MS para posterior implementação pelo referido programa. Tais iniciativas, incluindo a Capacitação Pedagógica promovida pelo Larga Escala, foram justificadas pela necessidade de irem ao encontro dos profissionais graduados que não possuíam habilitação para o magistério mas atuavam em cursos de nível técnico nas várias subáreas, na educação permanente, e inúmeras outras ações educativas afins visando à ordenação dos recursos humanos em saúde e a consecução dos compromissos sociais, universais, do SUS.

Pela regulamentação vigente após a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), nº 9.394/96, especialmente a Resolução do Conselho Nacional de Educação n º 02/1997, esses docentes também podem ser formados em programas especiais de formação pedagógica, no nível de especialização, pós-graduação *lato sensu*, ou seja, em outras formas que não os históricos cursos de Licenciatura, com as mesmas prerrogativas de conferir certificado e o direito ao exercício do magistério em Nível Médio, equivalendo à licenciatura plena.

Com base nessa sustentação normativa e nas prerrogativas, foram viabilizadas duas das mais recentes experiências que compõem a base empírica deste estudo. O MS constituiu-se, assim, em executor de alternativas determinadas pela ausência histórica de uma política ampla, consistente, não emergencial, visando à formação docente teórica, ética e politicamente consistente para essa modalidade, cujo distanciamento da universidade foi também historicamente construído (e por muito tempo aceito com naturalidade). Ao mesmo tempo essa modalidade era vinculada essencialmente aos interesses do sistema produtivo, de modo

funcional à produção e preservação das relações sociais derivadas da estrutura social de classe da formação profissional requerida pelo capitalismo em seus diversos estágios de desenvolvimento.

Com o predomínio, em muitos países, das reformas neoliberais e decorrente da desresponsabilização do Estado com a preservação dos direitos sociais, a partir dos anos 1990 tem predominado nas políticas públicas de formação docente uma tendência ao nivelamento por baixo, ao aligeiramento. Isso decorre da desvalorização da educação como parte essencial do processo de humanização, ainda que seja ressaltado o discurso sobre o valor da educação, mas orientado, de fato, pela visão do profissional necessário à reestruturação produtiva, às exigências da internacionalização da economia, funcional aos interesses da produção de bens e serviços do capital. Desse modo, a temática deste estudo está indissociavelmente ligada ao pano de fundo das tendências, desencontros, hegemonias, debates, lutas contra-hegemônicas, poucos consensos e muitas disputas em torno da temática da formação que, hoje, mais que nunca, integram o campo da EPTT e deságuam nas políticas sociais, educacionais e de saúde, nas suas regulamentações e materialidades, evidenciando a relevância de estudos sobre as ações do Estado (no sentido ampliado ou integral) nesse campo.

Essas disputas correspondem a visões e projetos de sociedade muitas vezes antagônicos, mas também convergentes. A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e o SUS, como partes constituintes de uma reforma social conduzida pela sociedade civil e não por governos (PAIM et al, 2011) possuem perspectiva histórico-ético-política convergente com as perspectivas emancipadoras de educação e formação docente, no âmbito do projeto de redemocratização da sociedade brasileira em construção. Há, contudo, tensões e compreensões divergentes entre as forças sociais democráticas que assumem as lutas sociais pela saúde e educação como direito de todos e dever do Estado, com qualidade social (compreendidas como mediações necessárias ao desenvolvimento do processo de democratização e da consciência política coletiva[1]), principalmente em relação aos sentidos que tais ações efetivamente disputam, concretizados em

[1] Consciência política coletiva. Na perspectiva gramsciana dentre os critérios para a análise de situações concretas [em termos das possibilidades realistas de intervenção para sua transformação] está o conceito de relações de força, constituído de três momentos. No segundo momento – da análise da relação das forças políticas –, é necessário considerar os vários graus que correspondem aos diversos momentos da consciência política coletiva manifestados na história; ele afirma que só no "terceiro grau" "da relação de forças políticas" é que se pode falar propriamente de uma consciência ético-política de classe. "Estamos aqui diante do momento em que se põe a questão – crucial para Gramsci – da hegemonia" segundo Coutinho (2011, p. 131).

suas contribuições e limites. Tais tensões apontam para a importância da relação dialética Estado-sociedade civil, assim como para o fundamental papel desempenhado pelas relações entre as forças sociais na disputa pelos sentidos que conformam a hegemonia no âmbito da sociedade e destes campos, especificamente.

Neste estudo, portanto, o problema situa-se na necessidade de compreender em que as políticas de formação docente promovidas pelos Projetos Larga Escala, Profae e Profaps, nos seus limites de atos e contextos de realização específicos, contribuem ou não para a implantação da Reforma Sanitária como necessidade objetiva histórica da totalidade social brasileira. Configura-se, assim, a nossa questão-síntese.

Nesse sentido, o principal objetivo do estudo é analisar limites e contribuições das três políticas de formação em EPTNM em saúde, na perspectiva da RSB, representadas pelos Cursos de Capacitação Pedagógica para Instrutor supervisor Área da Saúde, Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem, Formação Docente em Educação Profissional Técnica na Área de Saúde [curso piloto], realizadas no período de 1980 a 2009, tendo em mente as determinações, mediações e contradições de ordem econômica, política, sociocultural e pedagógica que marcam tal formação.

Os objetivos específicos são: a) Analisar a(s) perspectiva(s) sobre a RSB e o SUS que **tais bases** assumem; e b) Analisar os sentidos que **elas** atribuem à formação docente e ao trabalho pedagógico. Pressupomos, contudo, que nessa caminhada movida pelas contradições que dinamizam a história houve avanço nessas formulações em termos ético-políticos e pedagógicos; contudo, procuramos ir além do supostamente sabido e analisar valorativamente as políticas públicas que se propuseram a enfrentar a complexidade, a importância e a premência dessa formação para a educação profissional de nível técnico no interesse da sociedade em geral e dos direitos sociais a saúde e educação em particular.

Para alcançar tais objetivos, este estudo foi estruturado em cinco capítulos. O Capítulo 1 encarrega-se de explicitar os caminhos metodológicos percorridos, sinalizando a opção pelo levantamento da materialidade da oferta de licenciaturas e programas especiais de formação docente em Saúde para que a análise deste objeto não se fizesse como abstração pouco fértil. O Capítulo 2 busca resgatar o processo de constituição da saúde como política no Brasil, intencionando permitir que (re)admiremos os desafios do processo histórico de construção da

Reforma Sanitária e do SUS, que materializam, ontologicamente, os sentidos disputados em torno da formação dos trabalhadores e docentes para o setor.

O Capítulo 3 levanta a expressão desses sentidos a partir das Conferências Nacionais de Saúde, a hegemonia do mercado na formulação política e os principais embates presentes nas políticas de Educação Profissional em torno das ideologias educacionais que as disputam, intencionando identificar algumas das múltiplas determinações da sua forma histórica atual. O Capítulo 4 explora a questão política da formação de professores, sua historicidade, tendências, desencontros e alguns sinais da sua materialidade (buscando identificar quem a disputa e como a disputa), atuando na formulação e consolidação dos sentidos hegemônicos até o momento.

O Capítulo 5 registra uma breve contextualização dos cursos que exemplificam as políticas objeto deste estudo, reconhecidos como parte da concretude da formação docente para a EPTNM em Saúde no Brasil no período estudado, assim como a apresentação e análise dos sentidos identificados na base documental para a formulação e implantação dessas políticas na perspectiva da Reforma Sanitária/SUS, da Formação Docente e do Trabalho Pedagógico, constituídas como categorias de conteúdo, a partir das bases político-conceituais dos três cursos.

Nas Conclusões estão, por fim, apontados limites e também elementos instituidores, portadores potenciais de contribuição ao debate em torno de uma política ampla de profissionalização docente para a EPTNM ainda não existente no país, cuja ausência e características foram apontadas anteriormente, parte fundamental da regulamentação proposta no interior das Diretrizes Curriculares Nacionais para esse campo, a partir dos sentidos presentes nas políticas de formação docente para EPTNM enfocadas neste estudo, na perspectiva da Reforma Sanitária – compreendida como uma necessidade objetiva histórica da sociedade brasileira, parte de um projeto societário plenamente democrático.

CAPÍTULO 1: OS CAMINHOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

1.1 A problemática

Para expressarmos o caráter problemático da atividade educacional dirigida à formação docente de trabalhadores de saúde no âmbito do SUS, lançamos mão de um recorte da realidade na qual se situa, social e historicamente, nestas primeiras décadas do século XXI, em íntima relação com o "mundo" da Educação Profissional Técnica e Tecnológica (EPTT).

Em termos nacionais, a EPTT é uma temática que há muitos anos mobiliza diverso e expressivo universo de interesses, instâncias governamentais e da sociedade civil, acumulando embates e o reconhecimento da necessidade de ampliação do debate, bem como de formulações que balizem solidamente as concepções sobre as formas de ofertar a educação profissional e tecnológica e o desenvolvimento de políticas públicas. O momento vivenciado atualmente por esse campo expressa esse acúmulo e concretiza movimentos nesse sentido por iniciativa da sociedade civil e do Estado que, se tomado no sentido restrito de sociedade política, está representado pelo Ministério da Educação/Conselho Nacional de Educação (CNE), com participação de diversos outros ministérios (PACHECO, 2012). Este autor registra essa trajetória e o entendimento de que

> se trata de um tema de particular interesse para jovens e adultos trabalhadores que buscam no Ensino Médio e na Educação Profissional uma formação capaz de inseri-los no mundo do trabalho e de levá-los a compreender as questões relativas a emprego/desemprego, formação e trabalho e os processos econômicos e sociais em curso no mundo atual (PACHECO, 2012, p. 7).

A formação dos trabalhadores da área da Saúde, por sua vez, expressa historicamente um dos principais desafios no campo da saúde pública. O desafio é frequentemente ampliado em virtude da incorporação de um contingente expressivo de técnicos e auxiliares nas equipes de saúde decorrente das políticas públicas, seja no "Brasil pré-SUS" como no "Brasil pós-SUS", como denomina Bahia (2008) – expressões que visam localizar períodos históricos da

construção social da área e do sistema de saúde, tendo o SUS como marco[2], mas não como períodos estanques. Estamos falando daqueles que atuam ou estão prestes a ingressar como força de trabalho nas estruturas responsáveis por ações como, por exemplo, as diversas vigilâncias em saúde e/ou na rede de serviços de assistência que integram esse sistema em todo o território nacional.

O nível técnico das diversas habilitações que compõem a área da Saúde está sendo particularmente demandado nas políticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Como exemplos, podemos citar o técnico de higiene dental, no Programa Brasil Sorridente; o técnico em vigilância ambiental, epidemiológica e sanitária no Projeto Vigisus; o técnico de enfermagem no Samu e o técnico em farmácia no Programa Farmácia Popular. Nas diretrizes do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps) [3], de 2009, em andamento, estão destacadas:

> Art. 3º - As áreas técnicas estratégicas prioritárias para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio na Saúde são: Radiologia, Patologia Clínica e Citotécnico, Hemoterapia, Manutenção de Equipamentos, Saúde Bucal, Prótese Dentária, Vigilância em Saúde e Enfermagem.
> Art. 4º - As áreas estratégicas para o nível de aperfeiçoamento/capacitação são: Saúde do Idoso para as equipes da Estratégia Saúde da Família e equipes de enfermagem das instituições de longa permanência, e a formação dos Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2009, p. 2-3).

O SUS que realmente temos, completados 26 anos da sua inscrição na Constituição Federal Brasileira de 1988, teve a sua implementação desenvolvida de forma simultânea ao processo de democratização e permanece constituído pelos componentes público e privado. Em termos formais, realiza-se por um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por instituições públicas das três esferas de governo (União, estados e municípios), com participação "complementar" do setor privado, mediante contrato ou convênio, possibilitado legalmente pelo inciso 2 º do Art. 4 º da Lei nº 8.080/90 – a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), embora tal participação tenha sido ampliada consideravelmente desde então, superando em muito o caráter complementar tal como compreendido no momento da publicação da Lei.

As articulações público-privadas que conformam o SUS são majoritariamente de dois tipos: privado-público, em que estabelecimentos particulares e privados são contratados pelo setor

---

[2] Estão presentes no estudo intitulado *A démarche do privado e público no sistema de atenção a saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1988-2008*, publicado em Matta e Lima (2008).
[3] Portaria nº 3.189, de 18 de dezembro de 2009. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps).

público para destinarem sua capacidade instalada (parcial ou integralmente) ao atendimento universal; e público-privado, em que estabelecimentos públicos são vinculados a empresas privadas de planos e seguros de saúde (BAHIA, 2008).

Tais articulações são derivadas

> de arranjos político-jurídicos pretéritos à Constituição de 1988, que foram preservados, ampliados e modernizados ao longo da implementação do SUS. [...] Como o componente privado da rede assistencial do SUS não foi estatizado – nem no curto ou no médio prazo –, sua presença, nada desprezível, passou a ser encarada com relativa naturalidade (BAHIA, 2008, p. 127).

Constituída desse modo, a rede assistencial do SUS abriga

> uma miríade de formas de contratação de pessoal, equipamentos e serviços e procedimentos. Os tipos puros – público e privado de um único empreendimento, praticamente inexistem. No linguajar cotidiano, o fato de o estabelecimento ser público ou privado não se associa necessariamente ao fato de seus serviços serem 'próprios'. Estabelecimentos de saúde públicos e privados contratam terceiros para executar diversas atividades (idem, p. 129).

Tais condições produzem divergentes significados e práticas, inclusive sobre o que é formar para o SUS na perspectiva da Reforma Sanitária Brasileira, em cuja perspectiva teleológica de reforma social os processos formativos deveriam referenciar-se, por reconhecê-la como parte constitutiva dessa totalidade. Queremos destacar, por este ângulo da questão, o quanto a temática da Educação Profissional em Saúde está imbricada com as complexas relações público-privadas no interior do sistema público de saúde, principalmente em sua estrutura e dinâmicas contemporâneas (BAHIA, 2008).

Pelo ângulo da oferta de cursos para esta área, também se torna evidente a hegemonia do setor privado no mercado da Educação Profissional, no qual a Enfermagem continua sendo uma das maiores demandas em número de matrículas. Tendo o SUS como *locus*, o setor público oferta a Educação Profissional Técnica de Nível Médio por meio da Rede de Escolas Técnicas de Saúde (RET-SUS)[4], vinculada a órgãos estatais (secretarias estaduais e municipais ou universidades públicas), realizando-a, predominantemente, na forma subsequente ou concomitante ao Ensino Médio. Pode-se concluir que não é fácil responder rapidamente o que significa formar para o SUS ou mesmo quem são os trabalhadores do SUS. Lembrando que

[4] A única escola da RET-SUS de nível federal que oferta a EPTNM de forma integrada ao Ensino Médio, com base na educação politécnica, é a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), unidade da Fundação Oswaldo Cruz /Fiocruz, que, por sua vez, é um órgão do Ministério da Saúde.

estamos diante de um SUS polissêmico, Bahia (2008) sugere perguntar: de qual SUS estamos falando?

No SUS do qual estamos falando aqui, os servidores públicos se deparam com muitos questionamentos quando atuam nas referidas políticas de Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Saúde, implementadas como ação do Estado por meio do Ministério da Saúde (MS), questionamentos estes relacionados às propostas de formação profissional (nas diversas subáreas ou habilitações técnicas específicas) e às de formação docente dos trabalhadores graduados (profissionais de saúde ou de outras áreas) que atuam como professores nessa modalidade. Entre estes, destacamos:

a) No que tange à formação dos trabalhadores técnicos, os compromissos do SUS aplicam-se para além do componente público do sistema?
b) As ações de Estado podem contemplar os trabalhadores que servem ao SUS (no componente privado) como trabalhadores do SUS?
c) Que contribuição essas ações trazem na direção do "SUS que queremos"[5] como parte integrante do projeto da Reforma Sanitária Brasileira?
d) De qual Reforma Sanitária e de qual SUS essas ações estão efetivamente falando, considerando a totalidade social brasileira?
e) Em que contribuem para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio como política pública de Educação e, especificamente, para a área da Saúde?

O SUS vivencia, reconhecidamente, fortes paradoxos entre o projeto – no sentido de contribuir para a democratização da saúde, da sociedade e do Estado; para as reformas estruturais de base; como sistema público estatal – e o processo de sua implantação, iniciado logo após a promulgação da Constituição de 1988 e a vigência da Lei nº 8080/90.

Por sua vez, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) específicas sobre a formação de professores para a Educação Profissional ainda não foram estabelecidas. Várias iniciativas no sentido de ampliar o debate foram promovidas pela então Secretaria de Educação Média e Tecnológica (Semtec) do Ministério da Educação (MEC) em 2003-2004, como a criação do

[5] Ver Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde Sérgio Arouca – *Saúde: um direito de todos e dever do Estado – a saúde que temos, o SUS que queremos*, realizada em Brasília de 7 a 11 de dezembro de 2003. Ver também 14ª Conferência Nacional de Saúde – *Acesso e acolhimento sem privatização* –, realizada de 30 de novembro a 04 de dezembro de 2011 (FIOCRUZ, 2012).

Fórum Nacional de Educação Profissional[6], proposição de Políticas Públicas para Educação Profissional e Tecnológica (BRASIL, 2004) e, em 2006, com a realização da 1ª Conferência Nacional de Educação Profissional e Tecnológica, o Simpósio Educação Superior em Debate, em cooperação com o Inep, onde o tema foi especificamente abordado, dentre outras promovidas nos anos seguintes[7], buscando construir uma proposta compartilhada pelas sociedades científicas, profissionais e sindicais, por instituições e redes públicas de ensino, pesquisadores, gestores públicos da Educação Profissional e Tecnológica e conselheiros do CNE.

As posições construídas nesse processo de debate apresentam questionamentos, explicitam os seus fundamentos e propõem outras DCN, numa perspectiva contra-hegemônica, o que inclui a formação docente para esta modalidade, tema no qual está explicita a divergência em relação a algumas das formas atuais de oferta, reiteradas nas DCN propostas pela CEB, dentre as quais os programas especiais – que ofertam no nível de especialização, pós-graduação lato sensu –, reiterando a licenciatura como a forma em que há convergência por parte dos integrantes do debate em nome das suas respectivas representações (PACHECO, 2012).

O Ministério da Saúde está representado entre os signatários do documento por meio da Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio [EPSJV], da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), que é um órgão do MS; também pertence à Fiocruz a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), que, na condição de Escola de Governo [8], realizou duas experiências formativas no nível de especialização para a área da saúde que integram a base empírica deste estudo, respectivamente o Curso de Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem, no âmbito do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), e o Curso-Piloto de Formação Docente em

---

[6] Este fórum foi criado pela Portaria nº 3.621, de 4 de dezembro de 2003, na gestão do então ministro da Educação Cristovam Buarque.

[7] Segundo Pacheco, em 2008 a Setec encaminhou ao CNE uma proposta de DCN para as licenciaturas destinadas à formação de professores para atuar na EPT, atualmente em análise nesse colegiado. Em 2010, foi enviada à Setec/MEC [pelo CNE/CEB] uma proposta de parecer contendo cinco possibilidades de formação de professores para a Educação Profissional: quatro resultantes dos debates promovidos durante os anos de 2006 e 2007 e constantes no documento encaminhado em 2008 ao CNE pela Setec, e uma já constante na Resolução CNE/CP nº 2/97(2012, p. 84-88).

[8] Escola de Governo em Saúde (EGS/ENSP) é uma reorientação programática estratégica de longo prazo das atividades de ensino, pesquisa e cooperação técnica para a preparação de quadros e produção de conhecimentos, que visa ao aumento da capacidade de governo do sistema de saúde do país, o SUS (ENSP, s/d, panfleto impresso).

Educação Profissional Técnica na Área da Saúde, demandado pelo Projeto de Formação Profissional em Saúde (Profaps).

Concretamente, neste momento, a legislação que regulamenta a formação pedagógica de profissionais graduados remonta ao final da década de 1990, isto é, à Resolução nº 02/97 do Conselho Nacional de Educação (BRASIL, 1997), reafirmada em sua orientação básica sobre as formas de ofertá-la pela Resolução nº 01/06 do Conselho Pleno (CP), que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Pedagogia, Licenciatura[9].

A Resolução nº 04/99 da CEB/CNE, por seu turno, já estabelecia, no artigo 17, que "a preparação para o magistério na Educação Profissional de Nível Técnico dar-se-á em serviço, em cursos de licenciatura ou em programas especiais" (BRASIL, 1999). Os docentes assim formados têm a prerrogativa de atuar na Educação Profissional Técnica de Nível Médio [10], que, segundo o Decreto nº 5.154/04 (regulamentação que revogou o Decreto nº 2.208/97), ainda poderá ser realizada tanto nos serviços como em instituições de ensino, de forma concomitante, subsequente ou integrada ao Ensino Médio.

Desse modo, integra esta problemática, a nosso ver, o fato de a oferta de formação docente para graduados promovida pelo Ministério da Saúde/SUS vir utilizando a prerrogativa legal de promovê-la mediante programas especiais e na modalidade de educação a distância semipresencial, ao tempo que esta forma é objeto de importantes questionamentos, pela área de Educação e por suas entidades representativas no campo da formação do profissional de Educação. Tais questionamentos colocam-se no bojo das críticas às perspectivas pragmáticas orientadas pela visão do trabalho restrita à dimensão de fator econômico, da formação técnica norteada pelo aprender fazendo e para o estrito exercício do trabalho como profissão, que ainda de forma hegemônica vem conformando a EPTNM e, por consequência, a formação dos seus docentes nos mais diversos campos.

---

[9] Essa Resolução, no seu Art. 14, regulamenta: "A Licenciatura em Pedagogia, nos termos dos Pareceres CNE/CP nº 5/2005 e 3/2006 e desta Resolução, assegura a formação de profissionais da Educação prevista no Art. 64, em conformidade com o inciso VIII do Art. 3º da Lei nº 9.394/96". Os parágrafos seguintes reiteram a formação no nível de pós-graduação prevista na Resolução nº 02/97 nos seguintes termos: § 1º Esta formação profissional também poderá ser realizada em cursos de pós-graduação especialmente estruturados para este fim e abertos a todos os licenciados. § 2º Os cursos de pós-graduação indicados no § 1º deste artigo poderão ser complementarmente disciplinados pelos respectivos sistemas de ensino, nos termos do parágrafo único do Art. 67 da Lei nº 9.394/96.

[10] Essa denominação passou a ser utilizada a partir desse decreto, em substituição à Educação Profissional Técnica ou Educação Profissional Média, utilizadas nas legislações anteriores.

Identificam tal modo de compreender e ofertar a formação pedagógica como antagônico a natureza sócio-histórica e o projeto de profissionalização dos profissionais da Educação; aligeirado e insuficiente como etapa construtora da identidade do profissional dessa área frente à complexidade e ao significado social que possui a ação educativa na perspectiva da formação humana.

Importa reconhecer, portanto, que na saúde, apesar de tais propostas afirmarem estar referenciadas nos princípios progressistas/democráticos da Reforma Sanitária Brasileira – para a conquista do direito à saúde, na qual a formação profissional da sua força de trabalho constitui-se uma mediação fundamental –, há uma evidente tensão entre a leitura politico-sanitária (exemplificada pelos cursos de formação profissional e docente promovidos pelo MS/SUS) e a leitura politico-educacional (exemplificada na proposta assumida pela Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica (Setec) do MEC), cujas perspectivas serão explicitadas nos capítulos mais à frente.

Embora a perspectiva ético-política assumida pela Reforma Sanitária como reforma social, cuja característica principal é ter sido conduzida pela sociedade civil e não por governos (PAIM et al, 2011), contenha elementos de convergência entre os campos democráticos da Saúde e da Educação, compreende-se que a prática social da EPTNM, em geral, e da formação dos seus professores, em particular, são constituídas e constituintes do contexto mais amplo de disputa de visões, projetos societários e contradições dinamicamente vivenciadas a cada momento histórico, no qual a sociedade civil se faz, nos termos gramscianos, "portadora material da figura social da hegemonia, como esfera de mediação entre infraestrutura econômica e o Estado em sentido restrito" (COUTINHO, 1989, p. 73), representado, nos campos aqui referidos, pelos organismos oficiais da burocracia executiva da Saúde e da Educação.

Outro elemento importante dessa problemática, da qual emana o estudo proposto, relaciona-se com as características dos discentes concretos com os quais os trabalhadores graduados da área da Saúde (que atuam como docentes, instrutores, supervisores, preceptores) constroem o processo de formação profissional no campo da Saúde, *locus* de produção do cuidado. Uma força de trabalho extremamente expressiva, como confirmam os dados da pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS) realizada pelo IBGE (2009), identificada como pessoal de nível técnico/auxiliar, nas grandes regiões do país, totalizando 889.630 trabalhadores ocupados

em estabelecimentos de saúde, públicos (nas três esferas de governo) e privados. Falar de EPTNM em Saúde, portanto, é considerar, tanto em termos da formação docente como da formação profissional, o que está sendo proposto para este universo de trabalhadores como um todo.

Quanto ao nível de escolaridade do conjunto dos técnicos, a pesquisa evidencia que a maioria já concluiu o Ensino Médio: 820.514 trabalhadores, enquanto 69.116 possuem apenas a escolaridade no nível fundamental. Se, por um lado, o crescimento no nível de escolaridade expressa uma importante conquista em relação às décadas de 1970, 1980 e 1990 (BAGNATO, 1994; TORREZ, 1994), por outro explicita a magnitude da histórica divisão social e técnica do trabalho nessa área e do desafio da oferta de Educação Profissional, mesmo na forma subsequente, que supere a formação hegemônica.

Esses trabalhadores são essenciais para a produção dos cuidados de saúde, porém dispõem de um nível muito baixo de autonomia de ação, pelo grau de subordinação intelectual e técnica a que estão submetidos, embora sejam o rosto que realmente materializa o (des)encontro com o atendimento de saúde ofertado. Enfrentam múltiplos empregos, condições precárias de trabalho em termos salariais e desqualificação das suas capacidades, duramente conquistadas ou apenas certificadas nos cursos técnicos majoritariamente ofertados pelo setor privado.

Concomitantemente, a evolução histórica da oferta de cursos de EPTNM vem confirmando crescimento progressivo, desde o primeiro censo, em 1999. Segundo o Censo Escolar 2012, "atua na Educação Profissional um conjunto de estabelecimentos públicos e privados que se caracterizam como escolas técnicas, agrotécnicas, centros de formação profissional, associações/escolas, dentre outros" (BRASIL, 2013, p. 31). Revela, ainda, que

> os números da Educação Profissional apontam para a manutenção de sua expansão. Considerando apenas a Educação Profissional concomitante e subsequente ao Ensino Médio, crescimento de 7,1%, atingindo mais de um milhão de matrículas em 2012. Incluindo o Ensino Médio integrado[11], os números indicam um contingente de 1,4 milhão de alunos atendidos (idem, 2013, p. 31).

É reconhecida a histórica hegemonia da oferta privada de formação na EPTNM no Brasil, incluindo o período de 2000 a 2006, no qual as matriculas privadas superavam as públicas. Desde 2010, o Censo Escolar já apontava um crescimento da esfera pública. Segundo Campello, naquele ano a matrícula na esfera pública representou "pouco mais da metade (52,2%) do total de

[11] Destacamos os sinais da travessia (FRIGOTTO et al., 2005) representados pelo Ensino Médio integrado, por mais embrionários que ainda possam ser em relação às outras formas de ofertar a Educação Profissional Técnica, já constatados pelo Censo Escolar de 2010.

matrículas na Educação Profissional Técnica" (2011, slide 6), expressando possivelmente efeitos de ações do próprio Estado promovidas pelo Ministério da Educação após 2007, como o Brasil Profissionalizado, a reorganização da Rede Federal de Ensino[12] e o Plano Nacional de Desenvolvimento da Educação (PDE) de 2007.

Esse crescimento foi reiterado pelo Censo 2012, expresso no percentual de 53,6% das matriculas na esfera pública (BRASIL, 2013), requerendo que consideremos ainda que a oferta de formação profissional integrada ao Ensino Fundamental e Médio na modalidade Educação de Jovens e Adultos**,** já existente**,** tem como potencial clientela a ser atendida, no Brasil, segundo a PNAD/IBGE (2011) "56,2 milhões de pessoas com mais de 18 anos que não frequentam a escola e não têm o Ensino Fundamental completo" (BRASIL, 2013, p. 25).

Quanto à forma subsequente, a mais ofertada aos trabalhadores do SUS, o Censo 2012 reafirma que o curso de Enfermagem é o mais procurado na rede privada, com 19% de participação (119.619 matrículas, num universo de 632.450). Na rede pública, ocupa o 4º lugar; na rede federal de ensino, não está entre os 10 mais (idem, p. 32).

Nessa área[13], a hegemonia do setor privado permanece inalterada, cabendo-nos não naturalizá-la e explicitar o que significam sua preservação e seu fortalecimento, considerando o alcance efetivo dos direitos à Educação e à Saúde, principalmente quando se busca construir outra perspectiva para esta sociedade e para esta modalidade de ensino, como parte indissociável da Educação Básica. Ainda resta saber se há participação da RET-SUS na composição dos dados do referido Censo, a partir de 2001[14].

Como já salientado, apesar do recentíssimo crescimento da oferta pública, em parte fruto da expansão promovida pelo Estado por meio do Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE) de 2007, é preciso dizer que tal crescimento na esfera pública também contribui de forma importante para a complexidade da problemática aqui apresentada. Há uma situação paradoxal

---

[12] Segundo esse censo, "na Rede Federal a Educação Profissional concomitante ou integrada ao Ensino Médio tem participação de 61,8% do total de matrículas nesta rede. Nos últimos oito anos [2002-2010], a rede federal mais que dobrou a oferta de matrícula de Educação Profissional, com um crescimento de 114% no período" (BRASIL, 2010, p. 24).

[13] Campello, com base no Censo Escolar 2010 e analisando a EPTNM em Saúde, afirma: "nesta primeira década do século XXI, a matrícula em escolas públicas cresceu mais do que a matrícula em escolas privadas: em 2002, o setor público era responsável por apenas 20% da matrícula dos cursos técnicos em Saúde; em 2010, essa participação representa 29,3%" (CAMPELLO, 2011, slide nº 10).

[14] Em 2001, a Diretoria de Estatísticas da Educação Básica (Deeb/Inep) incluiu, no instrumento de coleta, campos para o registro de informações sobre instituições, cursos, matrículas, concluintes e funções docentes da Educação Profissional Técnica de Nível Médio.

(aparentemente) ao requerermos a oferta pública como dever do Estado e, ao mesmo tempo, questionarmos o crescimento potencial da formação em saúde representado nas metas-compromisso que foram assumidas desde 2007. Esse aparente paradoxo evidencia, na verdade, o processo contraditório de construção desse campo e dos sentidos de positividade e negatividade que incorporam as ações implementadas pelo próprio Estado, quando estas tentam cumprir o seu papel (como ofertante público estatal), mas, ao mesmo tempo, preservam/fortalecem a participação do setor privado, já hegemônico.

Na análise crítica do Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE) de 2007, Saviani descreve as metas-compromisso para a modalidade Educação Tecnológica e Formação Profissional[15]:

> Para a ação Educação Profissional propõe-se reorganizar a Rede Federal de Escolas Técnicas, integrando-as nos IFETS, triplicar o número de vagas pela via da educação a distância nas escolas públicas estaduais e municipais e articular o Ensino Profissional com o Ensino Médio regular (SAVIANI, 2009, p. 12, grifo nosso).

Essa política pública com vigência até 2022 dispõe sobre o Plano de Metas Compromisso Todos pela Educação e trata, "com efeito, de ações que cobrem todas as áreas de atuação do MEC, abrangendo os níveis e modalidades de ensino, além de medidas de apoio e infraestrutura" (SAVIANI, 2009, p. 5).

Na sua análise, ele explicita as condições e implicações da incorporação no plano de ação do MEC das metas educacionais, vistas sob a ótica de parcela do empresariado signatário do referido compromisso (que, mais uma vez, busca legitimar sua perspectiva como sendo a de todos), mas objetiva realmente o desenvolvimento econômico-social e a hegemonia da visão/relação com a educação que seus interesses demandam, as quais, a nosso ver, muitas vezes passam despercebidas ou então são acriticamente apropriadas pela maioria dos sujeitos da formação e da gestão do trabalho e educação na Saúde.

---

[15] O PDE 2007 – uma política pública constituída por um conjunto de medidas e metas – tem validade ate 2022. O PNE, convertido em lei em 2001 com validade até 2011, deveria ter sido sucedido pelo PNE 2011-2020. Esse PNE, encaminhado como Projeto de Lei em 2010 pelo Ministério da Educação ainda está tramitando no Congresso Nacional neste momento, com a probabilidade de ser analisado em 2014 e estender-se até 2024. Esse plano relaciona 21 metas para o período. Destacamos a Meta 3: Universalizar, até 2016, o atendimento escolar para toda a população de 15 a 17 anos e elevar, até 2020, a taxa líquida de matrículas no ensino médio para 85%, nesta faixa etária; e a Meta 10: Oferecer, no mínimo, 25% das matrículas de Educação de Jovens e Adultos na forma integrada à Educação Profissional nos anos finais do Ensino Fundamental e no Ensino Médio, cujas estratégias merecem especial atenção pelas relações e implicações em termos das perspectivas emancipadoras defendidas pelas forças democráticas no campo da Educação e da formação em Saúde (CONAE, 2010).

Atentando criticamente para a historicidade dessa modalidade e de sua relação com os jovens desvalidos, podemos perceber algo mais profundo nessa direção, na opinião divulgada pelo jornal *Valor Econômico*, referindo-se às políticas promovidas pelo MEC a partir de 2007, no segundo mandato de Luiz Inácio Lula da Silva, que expressam um caminho mais curto para atender, também, a esses interesses:

> Em todas as esferas, os governos perceberam que o Ensino Profissional é o caminho mais curto para combater o desemprego entre os jovens, que atinge quase 5 milhões de pessoas entre 16 e 29 anos – 60% do total de desocupados no país, conforme estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) divulgado em janeiro de 2010 (MÁXIMO, 2010).

Reproduz-se, assim, o uso já longevo dessa modalidade de ensino como recurso de dissimulação de tensões e das desigualdades sociais, travestido de solução político-econômica de curto prazo, com todas as consequências daí derivadas, por décadas e gerações. Do mesmo modo como é utilizado, por sua importância ideológica, o estabelecimento da relação direta entre escolaridade e emprego no imaginário social[16]. O Governo Federal lançou mais recentemente o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec), criado pela Lei nº 12.513, de 26 de outubro de 2011, consciente, dentre outras razões estruturais, da sua potente contribuição para a manutenção da hegemonia que tal relação ajuda a preservar no que tange principalmente à divisão social e técnica do trabalho, legitimada pelos diversos processos de (pseudo)profissionalização que se fazem passar por educação/formação autorizada pelo MEC. A lei que o criou articula e altera

> as Leis nº 7.998, de 11 de janeiro de 1990, que regula o Programa do Seguro-Desemprego, o Abono Salarial e institui o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT); nº 8.212, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre a organização da Seguridade Social e institui Plano de Custeio; nº 10.260, de 12 de julho de 2001, que dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior; e nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem) e dá outras providências.

Esse programa de governo pretende realizar também ações interministeriais MEC/MS, por meio de programas, projetos e ações de assistência técnica, ofertando cursos que, juntos, oferecerão, aproximadamente, oito milhões de vagas nos próximos quatro anos, dirigidos aos

[16] O significado de imaginário social aqui assumido foi concebido por Pierre Ansart, no qual "toda a sociedade cria um conjunto coordenado de representações, um imaginário por meio do qual ela se reproduz e que designa em particular o grupo a ele próprio, distribui as identidades e os papéis, expressa as necessidades coletivas e os fins a alcançar. Tanto a sociedade moderna como as sociedades sem escrita produzem esses imaginários sociais, esses sistemas de representações, pelos quais elas se autodesignam, fixam simbolicamente suas normas e seus valores" (ANSART, 1978, *apud* RUMMERT, 2000, p. 32).

trabalhadores, incluindo aqueles que se tornarão profissionais de nível técnico em Saúde, com a finalidade de ampliar a oferta de Educação Profissional e Tecnológica (BRASIL, 2011) no período 2011-2014.

Estes exemplos evidenciam como as políticas públicas de Educação e de Saúde, incluindo suas regulações e regulamentações específicas, planos e projetos (executados até mesmo em regime de cooperação, amparado pela Constituição Federal de 1988), são expressões de "uma correlação de forças no plano estrutural e conjuntural da sociedade" (FRIGOTTO et al, 2005, p. 27). Integram, portanto, o conjunto das determinações que agem na concretização e consolidação das disputadas visões e formas de ofertar a Educação Profissional Técnica e da formação docente para essa modalidade, consequentemente.

Quanto às visões, é indispensável destacar que, dentre o elenco de propostas concretizadas, estão aquelas que se orientam explícita ou implicitamente pelos interesses do mercado e aquelas que assumem a Reforma Sanitária e seu projeto societário como referências ético-políticas para as mediações pedagógicas voltadas para a formação de trabalhadores, necessárias à produção do cuidado em saúde como direito social. Segundo Lima, (2010), as últimas estão constituídas como matrizes distintas, identificadas como educação politécnica e integração ensino-serviço.

Diante dessas formas concretas de apropriação da relação trabalho-educação na perspectiva da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e cientes de que fazem parte do conjunto de sentidos e projetos em disputa, assumimos aqui o sentido que a concebe como constituinte de uma reforma social, devido à sua vinculação com um projeto societário emancipador democrático, universal, que também deve ser consequente em relação às políticas de formação de trabalhadores, com os termos ético-políticos e pedagógicos da visão societária que abriga.

Apontando nessa direção, Paim assinala que "ainda que parte da implementação da RSB possa ser traduzida por políticas de Saúde, a exemplo da implantação do SUS, sua concepção e sua formulação transcendem as políticas estatais" (2008, p. 29). Em outras palavras, significa que transcende o setor, capilariza-se para a totalidade social, ainda que tenha como referência a Saúde, cujo processo de democratização, naquela época, cunhou o nome de Reforma Sanitária (idem, p. 27). Esse autor (e sujeito histórico desse movimento) reafirma essa tese fazendo questão de distinguir: "a RSB é constituinte de um projeto de reforma social, não uma mera

política social ou de saúde [...] enquanto ideia, proposta, projeto e processo, ainda que só analiticamente seja possível distingui-las do *movimento*" (ibidem, p. 32, grifo do autor).

As disposições gerais contidas na Lei nº 8.080/90 (a Lei Orgânica da Saúde), amparando legalmente essa visão, apontam alguns dos fatores determinantes e condicionantes da saúde, tais como "alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais" (BRASIL, 1991, p. 8), reconhecendo o quanto a saúde que temos em toda a sua concretude assume a forma histórica determinada pela organização econômico-social do país e das expressões e contradições político-ideológicas que gera.

Por fim, é necessário ressaltar outro elemento instituído e instituidor dessa problemática que não pode ser subestimado no enfrentamento das divergências e tensões em torno das ações de formação docente, principalmente as promovidas pelo Ministério da Saúde: o estatuto constitucionalmente amparado que o SUS detém (em todos os níveis de governo) de ser responsável pela ordenação e formação dos recursos humanos para a saúde, o que inclui a formação docente, internamente e para além dos limites desse setor.

Tal envergadura político-institucional normatizadora requer e permite que as políticas implementadas impliquem em relações intersetoriais, interministeriais, intergovernamentais, interinstitucionais; na magnitude das metas, recursos, sujeitos e instituições envolvidos; na produção de uma *cultura* de formação profissional e docente referenciada nas experiências já concretizadas, revestida da condição de antecedentes históricos exitosos.

Essa complexidade também nos permite entender, em algum grau, como os conflitos existentes nos espaços de produção do cuidado e da EPTNM em Saúde são expressões das tensões da EPT como campos originados na sociedade brasileira, pelo prosseguimento de mecanismos (estruturais, culturais, legais, educacionais etc.) que atualizam e reiteram a estruturação dual das redes de ensino, a falta de política de profissionalização do docente da EPT, no sentido amplo, assim como as dificuldades para equacionar os conflitos (mais ou menos explícitos) vivenciados pelas formas de realização da EPT, onde atuam os docentes, inclusive nas formas concomitante e integrada ao Ensino Médio, em relação aos que ministram os conteúdos específicos de cada habilitação técnica, "causados pelos estranhamentos recíprocos e disputas por espaços hierarquizados de saberes e poderes" (PACHECO, 2012, p. 56).

A complexa problemática da EPTNM e da formação docente, com ênfase na Educação Profissional em Saúde que tentamos representar explicita um dado conjunto de múltiplas determinações relacionadas ao modelo de sociedade/Estado existente, as relações de força e as disputas de sentidos na esfera político-ideológica que geram impactos na formulação e implementação das políticas públicas sociais que, por sua vez, determinam, dialeticamente, a forma histórica que assumem a organização institucional, o processo de trabalho, os distintos níveis de prestação do cuidado em saúde (promoção, proteção e recuperação); a composição, formação e utilização da força de trabalho representada tanto pelos trabalhadores de nível técnico como de nível superior em saúde, nos três níveis governamentais que constituem o SUS (federal, estadual e municipal), desaguando concretamente na qualidade de saúde que impacta a vida de cada cidadão, individual e coletivamente.

Consequentemente, explicita, em algum grau, a relevância de considerarmos o SUS (com base em sua condição de política pública e organismo institucional responsável pela produção do cuidado em saúde como direito universal) como: a) espaço que não pode deixar de ser disputado pelo projeto histórico de construção de um momento ético-político universal, em termos gramscianos, plenamente democrático (COUTINHO, 2011) para toda a sociedade brasileira; b) *locus* necessário aos processos coerentes com tal perspectiva para a formação profissional e docente, na medida em que a Reforma Sanitária reitera a condição da Saúde/SUS como parte de uma totalidade social a ser transformada.

1.1.1 O problema e os objetivos

Situada a problemática que inspira este estudo, cabe agora a definição do problema extraído desse recorte da realidade mais ampla. A necessidade percebida como problema está localizada na compreensão dos limites e contribuições das propostas representadas pelos cursos de formação docente selecionados, promovidos no período de 1980 a 2009, em seus respectivos contextos de realização, na perspectiva teleológica da Reforma Sanitária de contribuir para a democratização da sociedade, do Estado e da saúde, no contexto complexo e contraditório de uma sociabilidade capitalista. Esta questão-síntese e os questionamentos que a interpelaram, enunciados abaixo, estruturaram o problema e apoiaram o recorte do estudo:

a) Quais perspectivas de Reforma Sanitária Brasileira e Sistema Único de Saúde estão expressas nas bases político-conceituais destas propostas?

b) Quais são os sentidos que expressam em termos da formação docente e do trabalho pedagógico referenciados nessas perspectivas?

As divergentes apropriações a esse respeito presentes no campo de lutas pela democratização da sociedade brasileira nos levam, como servidora pública implicada no projeto da Reforma Sanitária e parte integrante dos sujeitos envolvidos nessas políticas de formação, a considerar tal compreensão "uma necessidade que se impõe objetivamente e que é assumida subjetivamente" (SAVIANI, 2003, p. 15).

Podemos afirmar, portanto, que não se trata de um estudo sobre os projetos Larga Escala, Profae e Profaps que demandaram estes cursos, mas está focalizado, ainda que em nível exploratório, na formulação das bases político-conceituais assumidas por eles, cientes, porém, que tais projetos fazem parte da historicidade e dos contextos aos quais estão intrinsecamente relacionados .

Frente ao exposto, explicitamos a suposição de que, do ponto de vista da formação docente para a EPTNM em Saúde promovida pelo MS/SUS houve algum *avanço* das bases conceituais em termos ético-políticos e pedagógicos, determinados pelas contradições e disputas enfrentadas no contexto histórico de implantação do SUS e das políticas públicas de Educação Profissional em geral no período de 1980 a 2009.

Nesses termos, o principal objetivo do estudo é analisar os limites e as contribuições das políticas de formação docente para a EPTNM em Saúde na perspectiva da Reforma Sanitária Brasileira, a partir das bases político-conceituais dos Cursos de Capacitação Pedagógica para Instrutor Supervisor – Área de Saúde; Formação Pedagógica em Educação Profissional na área de Saúde: Enfermagem; e Formação Docente em Educação Profissional Técnica na Área de Saúde (curso piloto), tendo em mente as determinações, mediações e contradições de ordem econômica, política, sociocultural e pedagógica que marcam tal formação. Dada a amplitude que pode ser assumida por este objetivo em termos das múltiplas dimensões que o envolvem optamos por delimitar esta exploração nos limites do recorte representado nos objetivos específicos descritos a seguir:

Os objetivos específicos são: a) Analisar a(s) perspectiva(s) sobre a RSB e o SUS que **tais bases** assumem; e b) Analisar os sentidos que **elas** atribuem à formação docente e ao trabalho pedagógico.

1.2 Os caminhos metodológicos

Diante do objeto, da natureza das questões levantadas, da "escassez de publicações científicas acerca da formação profissional do pessoal de nível médio e fundamental em Saúde" (RAMOS, 2010, p. 15), mais acentuada ainda em termos da formação dos seus docentes, optamos por um estudo de caráter exploratório de análise de política pública, realizado na perspectiva da pesquisa qualitativa, considerando que

> o método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das representações, das crenças, das percepções e opiniões produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. [....] As abordagens qualitativas se conformam melhor à investigação de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análise de discurso e de documentos (MINAYO, 2008, p. 57).

Identificamos a análise documental como principal procedimento para a coleta de dados, por sua adequação à abordagem qualitativa (SANTOS FILHO; GAMBOA, 2009; ANDRÉ, 2008; SEVERINO, 2000), e utilizamos a entrevista semiestruturada com ator chave da política de formação de trabalhadores de nível técnico em Saúde no período estudado. A análise documental[17], além das reconhecidas contribuições na reconstituição e contextualização de fatos, tem a potencialidade de "acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social; [...] favorece[r] a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros" (SÁ-SILVA, *apud* CELLARD, 2010).

Esta escolha revelou-se um grande desafio, pela necessidade de constituir um *corpus* satisfatório de documentos (CELLARD, 2010, p. 298), capaz de fornecer informações relevantes para o problema da pesquisa referente às três experiências de formação, confiáveis,

[17] Segundo Oliveira "na pesquisa documental, o trabalho do pesquisador (a) requer uma análise mais cuidadosa, visto que os documentos não passaram antes por nenhum tratamento científico (2007, p.70)", uma vez que se caracterizam, fundamentalmente, como dados originais, como fontes primárias.

portadoras de credibilidade e representatividade e por valer-nos, inclusive, de documentos originais que não receberam tratamento analítico por nenhum autor. Esta última aportou importante implicação ético-metodológica, especialmente porque a pesquisadora, mesmo não possuindo a crença no documento em si (ou em sua análise) como portador de neutralidade ou objetividade, integra o corpo de sujeitos sociais envolvidos nessas ações nesse período.

Entendemos que "tudo o que é vestígio do passado, tudo o que serve de testemunho, é considerado como documento ou fonte" (CELLARD, 2010, p. 296). Nessa definição estão incluídos "textos escritos [...] ou qualquer outro tipo de testemunho registrado" (CELLARD, 2010, p. 297).

Na intenção de captar os sentidos atribuídos, 'esclarecidos' pelos sujeitos institucionalizados que implementaram e/ou demandaram tais políticas de formação docente ao longo do período estudado, optamos pela entrevista individual, semiestruturada**,** realizada com um sujeito que ocupou papéis de representação e consultoria desde a década de 1980 e cargos técnicos e de gestão no Departamento de Gestão da Educação na Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Ministério da Saúde nas décadas de 1990 e 2000.

A escolha pela entrevista semiestruturada respaldou-se em Lüdke, que considera esse tipo de entrevista mais adequado para o trabalho de pesquisa em Educação, principalmente quando se pretende também colher visões, opiniões de indivíduos ou grupos, possibilitando correções e esclarecimentos a partir de um esquema básico, porém "não aplicado rigidamente" (1986, p. 34).

Para proceder à análise documental dos três cursos, foram planejadas algumas etapas preliminares, denominadas levantamento e organização, acatando algumas indicações de Pimentel (2001), Minayo (2005) e Cellard (2010), adaptadas às condições objetivas de implementá-las por um único pesquisador, fora do contexto de uma equipe interdisciplinar, institucionalizada e financiada para tal.

De Minayo (2005), colhemos a indicação de considerar os documentos que possuíssem maior contribuição heurística, no sentido da perspectiva compreensiva, o que significa, para este estudo, não subestimar em que podem contribuir para a explicitação e interpretação do contexto, relações, representações e participações estabelecidas, formuladas, efetivadas pelos sujeitos, instâncias e instituições envolvidas. A autora estabelece relações entre as diversas fontes de informação, aí incluindo a leitura da bibliografia, e sugere uma dada tipologia das fontes

documentais, o que acatamos, para organização do conjunto de documentos ao qual tivemos acesso e do qual seria identificado o *corpus* a ser efetivamente analisado.

Os tipos sugeridos pela autora são: instituidores, históricos, de convênio, instrumentos operacionais, de avaliação, de prestação de contas, de publicidade e outros (MINAYO, 2005). A nosso ver, para vinculá-los a cada tipo precisamos levar em conta especificidade, natureza ou peculiaridades do fenômeno estudado, o tipo de acervo que pôde efetivamente ser produzido ou a que foi possível ter acesso. Ou seja, as experiências em estudo não podem ser equitativamente tratadas em termos documentais, qualitativa ou quantitativamente, assim como é preciso ser flexível quanto ao tipo de documento e o que pode ser localizado nele, pois o que está em um tipo de documento na experiência A estará em outro tipo na experiência B, ou não, dentre outros aspectos.

Consideramos nesta seleção uma qualidade proposta por Minayo, referindo-se a indicadores, pela relação estreita destes com os documentos selecionados, tal como: a de serem "heuristicamente úteis para a intervenção" (MINAYO, 2005, p. 41), ou, em outras palavras, permitirem a melhor interpretação e compreensão, o que, no caso dos cursos em questão, às vezes impediu a classificação rígida de um dado documento a apenas um dos tipos, implicando escolhas pelo pesquisador. A classificação aplicada está representada na especificação a seguir.

Quadro 1 - Tipologia e especificação para organização do conjunto documental

Tipos de documentos	Especificação
Instituidores	Relacionados à estrutura formal e legal
Históricos	Relacionados ao contexto e à formulação
Instrumentos operacionais	Relacionados ao processo desenvolvido
Convênios	Instrumentos formais de pactuação
Relatórios de avaliação	Internas ou externas
Relatórios de prestação de contas	Do projeto, do curso, das equipes
De publicidade	Divulgação, comunicação com o público externo, imprensa
Outros	Pesquisas, consultorias, publicações

Fonte: Elaboração da pesquisadora (2012), a partir de Minayo (2005, p. 45).

Os documentos constituem-se de fontes primárias e secundárias (em versão impressa e/ou eletrônica) relacionadas às três propostas de formação docente promovidas pelos Projetos Larga Escala e Profae, respectivamente – a Capacitação Pedagógica e o Curso de Formação Pedagógica para Educação Profissional na Área da Saúde: Enfermagem –, e pelo Profaps, o Curso-Piloto de Formação Docente em Educação Profissional Técnica na Área da Saúde. Durante a reconstrução do breve *contexto* foram localizadas fontes documentais institucionais (EAD/Ensp/Fiocruz) e outras. Como contribuição para futuras investigações e complementações, foram listadas por projeto, compondo o Apêndice 1.

O *corpus* documental efetivamente analisado para a apreensão das bases politico-conceituais foi composto pelos documentos relacionados por curso, conforme a relação a seguir:

1) **Capacitação Pedagógica para Instrutor Supervisor Área de Saúde – 1980** - 4 documentos.

1.a. BRASIL. Ministério da Saúde. *Recursos Humanos para Serviços Básicos de Saúde: Formação de Pessoal de Níveis Médio e Elementar pelas Instituições de Saúde*. Brasília, 1982;

1.b. BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. *Programa de Formação de Pessoal de Nível Médio*. Rio de Janeiro, 1987;

1.c. BRASIL. Ministério da Saúde. *Capacitação Pedagógica para Instrutor Supervisor na Área da Saúde*. Programa. Brasília, 1989;

1.d. SANTOS, I.; GALVÃO, E. *Entrevistas temáticas*. Brasília, 1993 (mimeo).

2) **Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área da Saúde: Enfermagem -1990** - 2 documentos.

2.a. FIOCRUZ. ENSP. *Projeto do Curso de Especialização em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem.* Rio de Janeiro, 2000 (mimeo);

2.b. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. Fundação Oswaldo Cruz. Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde - Enfermagem: *Livro do tutor.* Maria Inês do Rego Monteiro Bomfim (Coord.). Brasília, 2003.

3) **Formação Docente em Educação Profissional Técnica na Área da Saúde – Curso Piloto. 2009 –** 2 documentos.

3.a. BRASIL. Ministério da Saúde. SGTES/Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Fiocruz/ENSP/Educação a Distância. *Projeto do Curso de Formação Docente em Educação Profissional na Área da Saúde. Nível Especialização.* Rio de Janeiro, 2006;

3.b. FIOCRUZ. ENSP. Educação a Distância. Formação Docente em Educação Profissional Técnica na Área da Saúde. *Caderno do tutor.* Maria Inês do Rego Monteiro Bomfim (coord.). Rio de Janeiro, EAD/ENSP, 2008.

Os documentos foram disponibilizados pela Coordenação de Educação a Distância da ENSP/Fiocruz, exceto aqueles referentes à Capacitação Pedagógica do Projeto Larga Escala, que pertencem à pesquisadora. O anexo 2 foi composto pelos documentos históricos do Projeto Larga Escala digitalizados intencionando favorecer o acesso aos mesmos.

Buscando a compreensão da concretude da formação docente para a EPTNM em Saúde, durante a revisão bibliográfica, no processo de apropriação teórico-crítica da temática central e demais temas afins, deparamo-nos com a necessidade de informações que revelassem a sua materialidade e no âmbito do País, como um pressuposto necessário a este estudo.

A fim de apreender as formas, os sujeitos, as concepções que estão sendo praticadas nesse campo e que, no conjunto das contradições, tanto determinam como são determinadas pela existência das experiências do SUS/MS como política pública[18], realizamos dois levantamentos exploratórios que apontam alguns sinais dessa materialidade, coletados em bases de dados disponíveis *on line* e em *sites*.

Este tipo de levantamento, segundo Frey (2000) com base em Schrpf, faz-se necessário no caso da existência de déficits de informação e quando um estudo de políticas públicas queira fazer justiça à realidade empírica

> (...) dificilmente pode deixar de dirigir uma parte dos esforços de pesquisa para esses levantamentos primários, ainda que isso possa significar – por consequência das limitações de capacidades e recursos disponíveis – cortes nas pretensões referentes à profundidade das investigações sobre a dimensão *policy*[19]. Só dessa maneira é possível [...] corresponder à pretensão de analisar as

[18] Segundo Souza (2007, p.68), "não existe uma única, nem melhor definição sobre o que seja política pública". Sobre a essência da política pública salienta que é o embate em torno de ideias e interesses, tem um aspecto conflituoso, limites relacionados as decisões dos governos, sendo estes o lócus onde os embates se desenvolvem. Expressando as inter-relações entre Estado, política, economia, sociedade, o governo em ação, tradução de propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações, produzirão resultados ou mudanças no mundo real (idem, p.68-69).

[19] Na Ciência Política costuma-se distinguir três abordagens de acordo com os problemas de investigação levantados: a) referidos ao sistema político; b) referidos ao político – na condição de forças políticas cruciais no processo; e c) referidos aos resultados que um dado sistema político vem produzindo. Esta última diz respeito à análise de campos específicos de políticas públicas, como as políticas econômicas, tecnológicas e sociais, dentre

> interdependências recíprocas entre as instituições políticas, os processos políticos e os conteúdos concretos das políticas (2000, p. 247).

Uma vertente de pesquisa da Ciência Política visando à explanação das leis e princípios próprios das políticas específicas denomina-se *policy analysis*, em cuja designação dos conceitos básicos adotou-se o emprego em inglês, tais como, *polity*, *politics*, *policy*, *policy network*, *policy arena* e *policy cycle*. Os primeiros referem-se às três dimensões da política, cabendo à *polity* referir-se à dimensão institucional, à ordem do sistema político, jurídico, institucional do sistema político-administrativo; à *politics* a dimensão processual, o processo político, de caráter conflituoso; a *policy* enfocaria os conteúdos concretos, os programas, problemas técnicos e o conteúdo material das decisões políticas (FREY, 2000, p. 215-216), a produção empírica dos governos.

Embora na realidade política essas dimensões sejam "entrelaçadas e se influenciem mutuamente", tal diferenciação teórica se faz em função do fornecimento de "categorias proveitosas" na estruturação de projetos de pesquisa, na opinião do autor (idem, p. 217). Nossa opção pela perspectiva da totalidade social nos levou a fundamentar-nos na 'teoria política', na qual já se pressupõe a articulação dialética entre totalidade e fenômenos políticos, o que será mais explicitado ao longo dos demais capítulos.

Souza (2007), distinguindo o foco da pesquisa em política pública de uma em política social, justificado pelas implicações na agenda de pesquisa destaca que "estudos sobre política social (...) são demarcados pelo objeto da política pública, focalizando, sempre, as questões que a política busca 'resolver', os problemas da área e seus resultados" (2007, p.71). O que nos leva a situar o estudo e seu objeto no âmbito das políticas públicas sociais.

Os levantamentos realizados foram:

1º) Quem são os sujeitos que disputam, o que disputam, como disputam a oferta. Utilizamos os descritores: licenciatura na área da Saúde; formação docente; formação pedagógica; formação de professores [para] Educação Profissional Técnica na área da Saúde, agrupando-os por instituições ofertantes (segmentos privado, público e organizações de trabalhadores), os tipos de cursos e a modalidade (presencial ou a distância), capturando também informações sobre clientela, carga horária, duração e organização curricular, quando estas estavam acessíveis (Apêndice 2).

---

outras. Refere-se, assim, a uma das dimensões da politica – a policy – na qual são enfocados os conteúdos concretos das decisões políticas, tais como programas , problemas técnicos, resultados produzidos, dentre outros (FREY, 2000, p.215-216).

2º) A oferta de cursos de licenciatura e bacharelado na área da Saúde, segundo a situação (em atividade, em extinção, extinto), a modalidade (presencial e a distância) e gratuidade da oferta (públicos e privados) e sua distribuição no território nacional, no momento em que desenvolvíamos o levantamento dos dados empíricos deste estudo, constante do Capítulo IV.

Para a abordagem dos dados coletados nas fontes documentais e na entrevista, utilizamos as técnicas da análise temática de conteúdo propostas por Bardin (1997) e reconhecidas por Minayo (2008) como aquelas que objetivam descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico escolhido.

A unidade de significação ou de registro é o tema que também corresponde a uma regra de recorte do sentido e não da forma: "de significação complexa, comprimento variável", afirmação ou alusão a respeito de determinado assunto (BARDIN, 1977, p. 135). Sua unidade de contexto é o parágrafo, que serve de unidade de compreensão; em muitos casos, torna-se necessário fazer (conscientemente) referência ao contexto próximo ou longínquo, principalmente "no caso de análise de mensagens políticas, em que palavras como liberdade, [...] democracia, sociedade têm necessidade de contexto para serem compreendidas no seu verdadeiro sentido" (idem, p. 137), e cujos resultados podem ser suscetíveis de variar sensivelmente segundo as dimensões de uma unidade de contexto.

Como intencionamos uma análise que é valorativa de ações que expressam a relação dialética Estado-sociedade, precisamos ter em mente que as bases politico-conceituais são textos e estes são de fato discursos que servem de orientação política e que um documento não é um objeto para consumo passivo, mas produtor de sentido a partir do trabalho realizado pelo pesquisador (SHIROMA et al, 2005), em busca das regularidades, convergências e divergências que possam constituir perspectivas/sentidos. Em nosso caso, relacionadas(os) à formação docente e ao trabalho pedagógico em EPTNM na perspectiva da Reforma Sanitária, assumidas(os) por cada uma das experiências analisadas.

Como se trata de um estudo envolvendo seres humanos foi submetido como protocolo de pesquisa à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/Unicamp), em cumprimento às

exigências da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96. O parecer consubstanciado aprovando o estudo recebeu o nº 48.604, relatado em 06 de julho de 2012 (Anexo 1). O sujeito da pesquisa entrevistado assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3) após receber os devidos esclarecimentos sobre os objetivos e o método do estudo. Optou-se, para preservação da identidade dos sujeitos, pela utilização de codinome, como Entrevistado 1 (E1), para cada um dos participantes desse procedimento. O sujeito também pode desistir de participar a qualquer momento desta pesquisa, como consta no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

1.2.1 Referencial teórico e categorias de análise

A formação de professores para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio e a forma assumida na área da Saúde não são uma abstração. Como práticas sociais que são, precisam ser compreendidas dentro da totalidade social/bloco histórico em que se situam. Defendemos também que não há neutralidade possível no processo de conhecer e, como Kuenzer (1999), que é preciso reafirmar o caráter práxico do conhecimento, capaz de fornecer os necessários elementos para compreensão e intervenção na realidade. Entendendo o objeto deste estudo como constituído e constituinte do real, empenhamo-nos em apreendê-lo e analisá-lo a partir de uma perspectiva crítica da realidade, de sua contextualização histórica, de modo que a formação docente em Saúde possa ser analisada como parte de "uma rica totalidade de determinações e relações diversas" (MARX, 1978, p. 116) e a sua concretude como "síntese de muitas determinações, isto é, unidade do diverso" (idem, p. 116).

A realidade é histórica, portanto, uma construção passível de transformações, resultantes das contradições produzidas no contexto das disputas pela hegemonia no campo de lutas representado pela sociedade e o Estado capitalistas brasileiros, em sua mútua determinação, especificamente no âmbito das políticas públicas sociais de saúde e educação.

Nesse sentido, acreditando que o objeto de estudo e os objetivos do presente projeto tenham tornado clara a opção por uma outra formação dos trabalhadores do SUS e de seus professores, comprometida com as necessidades de saúde dos brasileiros, na perspectiva da reforma social na qual está inserido o projeto da Reforma Sanitária Brasileira, explicitaremos a seguir alguns referenciais conceituais decorrentes dessa opção que se constituíram em

categorias analíticas para balizar o conhecimento do objeto nos seus aspectos mais gerais – como fenômeno social, política pública.

Estamos compreendendo as categorias como "conceitos relevantes e carregados de sentido que permitem expressar aspectos fundamentais das relações dos seres humanos entre si e com a natureza" (MINAYO, 2008, p. 178). No pensamento dialético, são construções históricas que comportam vários graus de generalização, aproximação e poder explicativo sobre as determinações do real.

Antonio Gramsci, segundo Coutinho,

> entre os marxistas do seu tempo, foi o único a utilizar de modo positivo o termo "ciência política" [...] frente ao compromisso com a elaboração de uma "ciência da política" adequada à filosofia da práxis, isto é ao marxismo" [...], [situando-se] para além da falsa divisão acadêmica do trabalho intelectual vigente em sua época e na nossa [20], adotando em suas investigações 'o ponto de vista da totalidade', [e ao afirmar] o papel criador da práxis humana na história, sua percepção das 'relações de força' como momento constitutivo na história humana, levam-no a privilegiar o estudo do fenômeno político em suas várias determinações (COUTINHO, 2011, p. 108).

Assim, *a política é compreendida como fenômeno político* – "processos dinâmicos determinados pela práxis, situados no devir histórico e que, por isso, têm gênese no passado e apontam para o futuro" (COUTINHO, 2011, p. 9) e para a relação orgânica entre teoria política (como ciência crítica da política) e ideologia. Gramsci define ideologia como "unidade de fé entre uma concepção de mundo e uma norma de conduta adequada a ela, ou seja, como uma representação do ser que está na base da proposta de um dever ser" (idem, p. 10), evidenciando sua relação com a ética, com juízos de valor.

Distinguindo entre grande política (alta política) e pequena política, ele esclarece:

> a grande política compreende as questões ligadas à fundação de novos Estados, à luta pela destruição, pela defesa, pela conservação de determinadas estruturas orgânicas econômico-sociais. A pequena política compreende as questões parciais e cotidianas, que se apresentam no interior de uma estrutura já estabelecida [as políticas especificas, sociais, por exemplo] em decorrência de

[20] Referindo-se a divisão acadêmica do saber, hoje uma presença corriqueira no pensamento social, que faz distinção entre a ciência política, sociologia, antropologia, economia, história, etc. A teoria política – uma disciplina filosófica – "não hesita em ligar a esfera da política à totalidade social; aliás parte da convicção de que só nessa articulação dialética com a totalidade é que os fenômenos políticos (que certamente têm sua especificidade) podem ser devidamente elevados a conceitos" (COUTINHO, 2011, p. 9). Portanto, não tem compromisso com a neutralidade axiológica, ao contrario, considera, na perspectiva da totalidade social, "inescapável a necessidade de articular o ser com o dever ser, ou seja, os fatos empíricos com as possibilidades concretas que estão sempre presentes em qualquer realidade social, por mais coisificada que ela se apresente à primeira vista" (ibidem).

> lutas por predominância entre as diversas frações de uma mesma classe política (GRAMSCI, 1999-2002, *apud* Coutinho, 2011, p. 10).

Deste teórico político colhemos o primeiro referencial: o Estado, "ampliado ou integral" esquematicamente representado pelas esferas (sociedade política + sociedade civil) e suas funções e modos peculiares de atuar como superestruturas (coerção + consenso, ditadura [no sentido de soberania] + hegemonia etc.), considerado o conceito mais concreto da sua teoria política porque "tem todas as determinações (como se governa, por que se obedece etc.) já contidas no primeiro elemento [da ciência e da arte políticas], que é a existência de governantes e governados" (idem, p. 109). Tal existência justifica a existência do Estado e o sentido habitual de política (em sua acepção restrita) – "como conjunto de práticas e objetivações que se referem diretamente ao Estado, às relações de poder entre governantes e governados" (COUTINHO, 1989, p. 54), portanto algo historicamente transitório.

Este conceito de Estado que Gramsci (1991) reelabora a partir de Marx, introduzindo a noção de sociedade civil, que, juntamente com a sociedade política conforma-o no seu sentido ampliado, permite compreender que ambas são esferas essenciais das superestruturas, ou seja, em conjunto formam o Estado cujo significado integral é dado pela junção das funções peculiares a cada uma delas, tais como já foi dito: ditadura [no sentido de soberania] + hegemonia (COUTINHO, 1989, p. 76-77). Assim, a base econômica, ou seja, a produção e a reprodução da vida material implicam a produção e reprodução das relações sociais globais – resultantes da relação dialética entre infraestrutura e superestrutura ou bloco histórico –, e a sociedade civil se torna uma nova determinação no modo pelo qual isso ocorre, porque é formada "precisamente pelo conjunto das organizações responsáveis pela elaboração e/ou difusão das ideologias" (COUTINHO, 1989, p. 76).

Como bloco histórico, exercem suas funções e modos peculiares na organização da vida social, na articulação e reprodução das relações de poder. "Nesse sentido, ambas servem para conservar ou promover uma determinada base econômica, de acordo com os interesses de uma classe social fundamental" (idem, p. 77).

Nesses termos, a ampliação se dá em relação à concepção clássica, na qual o Estado (com o seu caráter de classe) era entendido como sociedade política (em sentido estrito ou Estado-coerção), isto é, a máquina estatal era identificada com o conjunto dos seus aparelhos repressivos (COUTINHO, 1989), que expressam a sua força reguladora e coercitiva em

benefício das expressões mais hegemônicas em cada período, construídas pelas forças sociais, como "direção consciente das grandes multidões nacionais" (GRAMSCI, 1978b, p. 17, *apud* RUMMERT, 2000, p. 28). Essa direção é implementada por meio das organizações da burocracia executiva e policiais-militares.

Vale lembrar que essa concepção estava contextualizada em uma época de escassa participação política e efetivo modo ditatorial como "aspecto principal da dominação de classe [...], [da] natureza real dos Estados com os quais se defrontaram Marx, Engels e Lênin" (COUTINHO, 1989, p. 75).

Constituindo também a sociedade civil, tais forças se materializam nos aparelhos privados de hegemonia[21] – organismos de participação política aos quais se adere voluntariamente (e por isso privados) e que não se caracterizam pelo uso da repressão – como partidos políticos, sindicatos, associações de trabalhadores e patronais, a mídia, os movimentos populares, sistema escolar, igrejas, associações científicas, de professores, de profissionais de saúde –, por exemplo, por meio dos quais, as classes buscam exercer sua hegemonia, ou seja, buscam ganhar aliados para suas posições mediante a direção política e o consenso. E a esfera ideológica ganha materialidade em relação à necessidade de conquistar consenso ativo e organizado, como base para a dominação (idem, p. 77). Por meio da sociedade política, ao contrário, as classes exercem sempre uma ditadura ou, mais precisamente, uma dominação mediante a coerção (ibidem, p. 77).

Representando um conjunto extremamente diverso de interesses e formas de compreender a realidade e de intervir sobre ela, tais forças disputam as questões que julgam merecer o *status* de política pública, uma forma de direcionar a ação estatal para os seus interesses, por convencimento ou pela força, visando legitimá-los como do interesse de todos. Nessa mesma sociedade civil ocorrem a organização e a atuação de outras forças que, de forma contra-hegemônica, discordante da hegemonia vigente, organizam alternativas na perspectiva de disputar a hegemonia. Para Gramsci (2004), a sociedade civil é o espaço da formação das vontades coletivas, das visões de mundo, que conferem identidade às forças sociais em busca de obtenção do poder político que poderá possibilitar o atendimento, pelo Estado, dos interesses que disputam.

---

[21] Resultantes do desenvolvimento das forças produtivas, da ampliação e socialização da participação política, em países capitalistas onde o fenômeno estatal já havia desenvolvido um maior nível de complexidade, a partir do último terço do século XIX (COUTINHO, 1989).

Assim, força social é outro conceito proposto por Gramsci (1978) que se torna particularmente útil ao nosso estudo. Em cada momento histórico, as forças sociais se aliam ou se enfrentam na defesa de interesses, definindo as possibilidades de transformação de uma determinada realidade e o grau que essas transformações podem atingir, traduzindo relações de força. A dinâmica que dá vida a esse processo é, segundo Rummert (2000), a disputa pela hegemonia – o confronto entre modos de conceber a realidade e agir sobre ela. São os projetos de hegemonia que conferem expressão e significado a uma força social.

Os sentidos da formação docente em disputa são, assim, uma expressão síntese do complexo fenômeno (político-ideológico) que ocorre com as concepções presentes nos projetos de hegemonia em disputa, no que tange à Educação Profissional Técnica de Nível Médio e à Formação Docente em Saúde, na medida em que pressupomos que a(s) perspectiva(s) ético-política(s) referenciada(s) na Reforma Sanitária Brasileira pode(m) estabelecer contradições com outras perspectivas existentes, como já mencionado, implicando a capacidade de identificação e construção de relações de força mais propulsoras das mudanças historicamente necessárias nessa perspectiva.

CAPÍTULO 2: ESTADO, SAÚDE PÚBLICA E FORMAÇÃO DE TRABALHADORES: DO SUS?

Evidentemente, não há uma história verdadeira que sintetize uma construção social tão complexa (BAHIA, 2010, p. 73).

Este capítulo representa um recorte dos antecedentes históricos do setor e do sistema de saúde que temos para que (re)admiremos a construção da saúde como direito e do SUS como política e sistema público na sociedade brasileira, a partir do (re)conhecimento de determinantes que marcaram a construção da política pública de saúde, evidenciando a estreita relação com as estruturas e superestruturas da sociabilidade que temos. E o sentido de conquistá-los e assegurá-los coletivamente, para o que os trabalhadores da saúde são fundamentais, e sua formação humana, na qual está inserida a Educação Profissional, uma indispensável mediação.

Considerando que os processos de formação de trabalhadores para o SUS são práticas sociais, torna-se necessário compreender as bases sócio-históricas das concepções e práticas que disputam o sistema de saúde no Brasil, para apreendermos mais especificamente limites e possibilidades das políticas públicas de formação de trabalhadores-docentes em Educação Profissional promovidas na perspectiva da RSB e do SUS, em seus diferentes contextos de realização, como parte da totalidade social mais ampla.

Considerando, ainda, os objetivos específicos – que buscaram os sentidos que assumem a formação docente e o trabalho pedagógico para identificar limites e contribuições nessa perspectiva –, vimos na historicidade do espaço de produção do cuidado que é, também, a da formação profissional e do exercício da docência dos trabalhadores em saúde uma oportunidade para melhor reconhecê-los nas propostas analisadas.

Diante disto, julgamos importante resgatar a emergência da saúde como política pública – como *resposta* do Estado às tensões econômico-sociais expressão dos ganhos e perdas das forças sociais, geradoras de ações e omissões, avanços e retrocessos, propostas e disputas, que impactam também sobre a composição da força de trabalho e sua formação na área de saúde. Será um olhar retrospectivo, *recortado* e situado no início da segunda década do século XXI, na qual o SUS completou 25 anos, entendido como "foco central de atuação e formação de milhões de trabalhadores e pesquisadores" neste campo (BAHIA, 2010, p. 73).

Como outras práticas sociais, os problemas de saúde e suas formas de compreensão e intervenção são produções (produtoras) das estruturas e relações socioeconômicas e ideológico-culturais onde se situam e variam historicamente com base nesses determinantes fundamentais, sendo possível afirmar, por exemplo, que a Saúde Pública, que vem se desenvolvendo "desde a passagem do feudalismo para o capitalismo e especialmente a partir da Revolução Industrial, sofre as influências desses determinantes sociais e passa por recomposições em função das novas relações entre a sociedade e o Estado" (PAIM, 2006, p. 119).

Podemos inferir que os movimentos de ideias (PAIM, 2006) que exerceram e ainda exercem influência sobre o campo social da saúde, desde a emergência e desenvolvimento do capitalismo central e periférico, são exemplos dessas recomposições: Polícia Médica, Higiene, Medicina Social, Saúde Pública, Medicina Preventiva, Saúde Comunitária, Medicina Familiar, Promoção da Saúde, Saúde Coletiva e Nova Saúde Pública. Esses movimentos contribuíram e contribuem para o desenvolvimento do capitalismo ou se constituíram como contradição a ele, em diferentes níveis, contextos e possibilidades, mediados pelos movimentos ideológicos, sociais, ação política e produção do conhecimento por eles mobilizados (PAIM, 2006), representados inclusive nos processos de formação em Saúde promovidos nesses contextos.

As raízes históricas dos elementos discursivos (teórico-práticos) desses movimentos que foram trazidos até o Brasil remontam à segunda metade do século XVIII e ao século XIX na Europa Ocidental e nos Estados Unidos da América do Norte, principalmente no caso da Medicina Preventiva. Tais movimentos influenciaram diferentes e divergentes formas de compreensão da saúde, modelos e reformas a partir, principalmente, de 'recomposições' em torno da medicina, da formação e prática médicas.

Repercutindo, a partir daí, sobre a constituição da saúde como política, as bases institucionais (sistemas) que sustentam sua implantação, a formação e prática das profissões de Saúde surgidas no âmbito da divisão social e técnica do trabalho em muitos países ocidentais vêm preservando assim majoritariamente o caráter hegemônico do saber médico sobre a saúde e a organicidade com o projeto de classe que o origina, reproduzindo a leitura liberal e profissional da medicina e da saúde, por decorrência.

Tais recomposições foram trazidas dos países capitalistas desenvolvidos e acolhidas nos países que ficaram sob suas órbitas de influência, mediadas pelas relações sociedade-Estado, utilizando também estratégias educativas como ensino, pesquisas, visitas locais em

viagens de estudo e apoio de *experts*, assim como o financiamento de bolsas de estudo, projetos, escolas, institutos, cátedras e departamentos de ensino, dentre outras (AROUCA, 2003; PAIM, 2006). Sinalizando a tradução dessas recomposições/visões em políticas e em suas formas de efetivação, Merhy alerta que

> tomar um campo de ações sociais – a Saúde Pública – como objeto de estudo e procurar entendê-lo enquanto política social é não só compreender as relações entre este campo e os padrões de acumulação capitalista, mas também compreender como se constitui enquanto um determinado projeto de política no interior do Estado e sob qual forma, como modelo tecno-assistencial, ele se efetivou (2006, p. 35).

Este autor considera ainda que é importante entender também que nas estruturas sociais capitalistas, compreendidas como o conjunto das relações sociais econômicas e políticas, as políticas de Saúde (parte das políticas especificas/sociais) "se realizam através de serviços privados ou públicos, hospitalares ou ambulatoriais, por ações coletivas ou individuais entre outras" (2006, p. 35), o que representa uma miríade de especificidades tecno-assistenciais vinculadas a diferentes modelos de atenção coexistindo nos espaços de produção do cuidado, nos quais tais estruturas tiveram maior ou menor ênfase, foram fortalecidas ou sucateadas.

Sinalizam, portanto, para a existência, no processo social mais geral, da conformação de sujeitos sociais e arenas políticas [22] que possibilitam que uma dada formulação sobre a Saúde Pública, como modelo tecno-assistencial, efetive-se como política governamental ou não.

Segundo Coutinho (1989),

> tal como em Marx, em Engels, em Lênin, em Lukács, também em Gramsci a economia determina a política não mediante a imposição mecânica de resultados unívocos, fatais, mas condicionando o âmbito das *alternativas* que se colocam à ação do sujeito. Esse papel determinante da objetividade, por um lado, é claramente afirmado no que ser refere à política em sentido amplo, à "catarse", que é vista como elaboração teleológica do movimento da causalidade econômica. E, por outro lado, é reafirmado diante da política no sentido restrito [também quanto] [...] à determinação pela economia em última instância da própria esfera política em geral (p. 57).

---

[22] Segundo "Frey (2000, p. 224), a concepção da *policy arena* [ou arena política, um dos conceitos básicos da abordagem da *policy analisys*, citada na referência 18], foi originalmente introduzida por Theodore J. Lowi (1972) partindo do pressuposto de que "as reações e expectativas das pessoas afetadas por medidas políticas têm um efeito antecipativo para o processo político de decisão e implementação. Os custos e ganhos que as pessoas esperam de tais medidas tornam-se decisivos para a configuração do processo político. O modelo da *policy arena* refere-se, portanto, aos processos de conflito e de consenso dentro das diversas áreas de política, as quais podem ser distinguidas de acordo com seu caráter distributivo, redistributivo, regulatório ou constitutivo. Essas quatro formas de política podem ser caracterizadas, no tocante à forma e aos efeitos dos meios de implementação, aplicados aos conteúdos das políticas e, finalmente, no que tange ao modo de resolução de conflitos".

Entendida a economia como conjunto das relações sociais (idem, p. 57) e não algo à parte destas, este mecanismo explicita a influência que tais movimentos de ideias exercem, por exemplo, sobre a organização do sistema, os processos de trabalho, a composição estratificada e as ênfases dadas na formação dos trabalhadores do setor, instituídos na prática social em Saúde, historicamente, desde o sanitarismo campanhista, que se tornou hegemônico do final do século XIX, até o final dos anos 60 do século XX (MENDES, 1993), incluindo a proposta contra-hegemônica representada pela Reforma Sanitária Brasileira dos anos 1980 e a política pública representada pelo SUS [23].

Esta proposta teve, entre muitas outras determinações, longa trajetória, na qual, a partir de 1964, a saúde pública se tornou um excelente exemplo de falência da forma como o regime capitalista a havia conduzido e se desenvolvido no país (AROUCA, 2003).

Compreendendo-se que o golpe não era transitório, mas sim uma forma de reestruturação do Estado-sociedade: "caminhos novos teriam que ser inventados e descobertos" (ESCOREL, 2005, p. 1), possibilitando outro movimento sanitário e outra reforma para os quais as relações com as condições de vida e as formas de organização da sociedade e do Estado são convicções estruturantes. A construção histórica longeva em bases liberais, fortemente enraizadas na sociabilidade brasileira, tem sido um teste de resistência criativa para a potência transformadora das forças sociais progressistas e sua práxis até o momento.

Sobre a relevância da historicidade presente nesta argumentação, esclarecemos que se coloca também para demarcar a distância do que tem sido possível observar nas últimas décadas em termos da emergência de novos paradigmas científicos decorrentes de concepções de realidade historicamente produzidas, porém também despidas de historicidade. Essas concepções desconsideram que os indivíduos não são somente síntese das relações existentes, mas da história dessas relações, o resumo de todo o passado.

O movimento da história resultante das formas de resolução das contradições nos distintos momentos e temporalidades segue conservando e mudando, avançando ou

[23] Localizando o SUS no âmbito das políticas redistributivas, destaca-se que estas são orientadas para o conflito nas arenas políticas. "O objetivo é o desvio e o deslocamento consciente de recursos financeiros, direitos ou outros valores entre camadas sociais e grupos da sociedade" (WINDHOFF-HERITIER, 1987, p. 49 *apud* FREY, 2000, p. 224). "O processo político que visa a uma redistribuição costuma ser polarizado e repleto de conflitos" (ibidem, p. 224).

retrocedendo, construindo assim o desenvolvimento dos fenômenos (econômicos, sócio-político-culturais) que possibilitam a existência humana em cada época. Nessa perspectiva, a "historicidade entra como uma dimensão fundamental do real" (JAPIASSÚ; MARCONDES, 1991, p. 70) e do devir. Valorizar a historicidade significa buscar compreender, dialeticamente[24], para além da contemporaneidade e das aparências, o que permitiu que se chegasse até aqui, reconhecendo-a não apenas como elemento das circunstâncias imediatas, mas como expressão dinâmica da totalidade social.

Sabemos que todas as épocas têm suas marcas e que sobre estas existem inúmeras visões e versões a depender da ótica, dos valores e da posição que ocupa quem as analisa, no cenário dos interesses em disputa. Por exemplo, para nos situarmos criticamente no século XXI não podemos deixar de considerar, no mínimo, as determinações que se originaram no século XX.

Na perspectiva de Hobsbawm (1995), a marca do século XX é a era de guerras, da longa guerra de 31 anos (1914-1945), numa escala muito mais vasta do que qualquer coisa experimentada antes, travada a qualquer custo e sem limites, democratizada sobre os civis que viraram alvos estratégicos. Sua impessoalidade – com vítimas invisíveis devido à operação remota das tecnologias de morte, decidida a distância – acostumou o mundo a matanças e expulsões de grandes contingentes humanos e gerou uma das maiores catástrofes dessa era: a humanidade "aprendeu a viver num mundo em que a matança, a tortura e o exílio em massa se tornaram experiências do dia a dia que não mais notamos" (HOBSBAWM, 1995, p. 56-58). Os inúmeros conflitos atuais, em diferentes regiões e continentes, confirmam essa compreensão.

Como estamos tencionando não deixar cair no esquecimento como chegamos até aqui nas lutas sociais por saúde e educação para situarmos a forma histórica da formação dos trabalhadores-docentes em saúde, fruto dessa historicidade, recorremos novamente a esse historiador, para quem, desde o fim dos Impérios, no início do processo de modernização das ex-colônias, no século XIX, a exacerbação do individualismo foi detectada pelas ideologias e sistemas de valores pré e não capitalistas existentes (tanto o tradicionalismo como o socialismo). Desde então já se mostrava um espaço moral vazio no centro do triunfante liberalismo capitalista econômico e político capaz de destruir todos os

[24] Estamos assumindo aqui o sentido presente em Konder (1991, 1992), no qual o modo de pensar e compreender a realidade é essencialmente contraditório, em permanente transformação, sendo as contradições da realidade expressão do lado dinâmico e mutável do real, do caráter instável, dinâmico e contraditório da condição humana.

laços entre indivíduos, à exceção daqueles baseados na tendência à troca de Adam Smith e na busca de satisfação de necessidades pessoais (HOBSBAWM, 1995).

Contemporaneamente, essa dominação aparentemente perfeita se expressa no consumismo, imediatismo e exibicionismo ,

> molas mestras de um enorme apassivamento social, banhado em satisfação compradora [...], em que os valores humanos esfumaçam-se nos preços, nas reluzentes prateleiras, nos aparelhos tornados infernalmente necessários, mas descartáveis (FONTES, 2012, p. 30).

Coloca-se, assim, não por idealismo ou voluntarismo, mas como inegável necessidade histórica, a superação da mera recepção passiva ou a manipulação de dados imediatos [da realidade] que caracterizam boa parte da práxis técnico-econômica e da práxis cotidiana em geral por uma práxis que se orienta para a totalidade das relações subjetivas e objetivas (COUTINHO, 1989), ou seja, para tornar-se um momento socialmente universal, no sentido ético-político, pleno de consequências democráticas.

2.1 Um voo em grande altura pelo passado desta contemporaneidade

> *Não podemos (...) ter uma concepção do mundo criticamente coerente sem a consciência da nossa historicidade, da fase do desenvolvimento por ela representada e do fato de que ela está em contradição com outras concepções ou com elementos de outras concepções* (GRAMSCI, 1991, p. 13).

O sistema de saúde brasileiro, como já foi dito, é constituído por expressiva variedade de organizações públicas e privadas em diferentes períodos históricos.

O Quadro 2 foi elaborado por Paim et al (2011); sua capacidade de representação desses períodos de extrema valia ao registrar de forma sintética importantes contextos políticos, macro e socioeconômicos, fenômenos políticos, criação de estruturas (aparelhos privados de hegemonia e burocrático-executivos) e desafios da Saúde determinantes históricos fundamentais da formação social brasileira (uma ex-colônia de exploração portuguesa), desde os mais remotos aos mais contemporâneos –, com ênfase na organização do setor e do sistema de saúde brasileiros.

Considerando essa representação como base, permitimo-nos tentar evidenciar, nos limites desse recorte, outros elementos relacionados ao desenvolvimento da composição e

formação dos profissionais/trabalhadores em Saúde, na perspectiva do objetivo principal deste estudo.

Importa não esquecer que os referidos determinantes, contraditoriamente, possibilitaram ao longo desse processo histórico a objetivação das "bases democráticas" que integram, por exemplo, tanto a proposta da Reforma Sanitária Brasileira como as propostas para o Sistema Nacional de Educação, da década de 1980, em suas especificidades, e o reconhecimento da educação e da saúde como direitos sociais na Constituição Federal de 1988, cujas perspectivas teleológicas continuam sendo construídas em meio às mais acirradas contradições.

Quadro 2 – O processo histórico da organização do setor de Saúde e o antecedente para o sistema brasileiro de cuidado da saúde

	Contexto macroeconômico e socioeconômico	**Contexto político**	**Sistema de saúde**
Colonialismo português (1500-1822)	Exploração de matérias-primas e monopólio comercial por Portugal	Controle político e cultural de Portugal	Século XVI: • Criação de hospitais da Santa Casa de Misericórdia em Santos, São Paulo, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e Olinda • Organização sanitária incipiente
Império (1822–1889)	Abertura dos portos (1808), surgimento do capitalismo moderno e início da industrialização	Centralismo político e sistema de coronelismo, que dava aos grandes proprietários de terra o controle político de províncias e localidades	• Estruturas de saúde com ênfase na polícia sanitária • Administração da saúde centrada nos municípios • Criação das primeiras instituições de controle sanitário dos portos e de epidemias (1828 e 1850)
República Velha (1889-1930)	Economia agroexportadora (capital comercial), crise do café e insalubridade nos portos	Estado liberal-oligárquico, revoltas militares e emergência das questões sociais	• Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP; 1897) • Reformas das competências da DGSP (Oswaldo Cruz; 1907) • Caixas de Aposentadoria e Pensão (Lei Eloy Chaves; 1923) • Incipiente assistência à saúde pela previdência social • Dicotomia entre saúde pública e previdência social

Ditadura Vargas (1930-1945)	Industrialização com manutenção da estrutura agrária	"Estado Novo" – Estado autoritário entre 1937 e 1938, identificado com o nazifascismo	• Saúde pública institucionalizada pelo Ministério da Educação e Saúde Pública • Previdência social e saúde ocupacional institucionalizadas pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio • Campanhas de saúde pública contra a febre amarela e a tuberculose • Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) estendem a previdência social à maior parte dos trabalhadores urbanos (1933-1938)
Instabilidade democrática (1945-1964)	Substituição de importações, rápida urbanização, migrações, advento da indústria automobilística, penetração do capital internacional	Governos liberais e populistas	• Criação do Ministério da Saúde (1953) • Leis unificaram os direitos de previdência social dos trabalhadores urbanos (1960) • Expansão da assistência hospitalar • Surgimento de empresas de saúde
Ditadura militar (1964-1985)	Internacionalização da economia Milagre econômico (1968–73) Penetração do capitalismo no campo e nos serviços Final do milagre econômico	• Golpe militar, ditadura (1964) • Reforma administrativa (1966) • Crise política (eleições de 1974) • Abertura política lenta, segura e gradual (1974-1979) • Liberalização • Criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (1976); movimentos sociais • 1º Simpósio de Política de Saúde do Congresso (1979) • Transição política (1974-1984) • Criação da Associação Brasileira em Pós-Graduação em Saúde Coletiva (1979)	• Institutos de aposentadoria e pensões (IAP) unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), privatização da assistência médica e capitalização do setor da saúde (1966) Capitalização da medicina pela previdência socialCrise do sistema de saúde • Programas de Extensão de Cobertura (PEC) para populações rurais com menos de 20·000 habitantes • Crise na previdência social • Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS; 1977) • Centralização do sistema de saúde, fragmentação institucional beneficiando o setor privado • Inamps financia estados e municípios para expandir a cobertura

Fonte: PAIM, J. et al, 2011, p. 16-17.

Destacamos, então, que desde 1808, com a vinda de D. João VI para o Brasil, a criação de escolas para a formação de oficiais médicos e engenheiros (que se tornou prioridade para

atender às necessidades da Corte) não tinha a finalidade de formar o homem brasileiro, mas sim exclusivamente o profissional, uma educação aristocratizante-profissionalista, segundo Tobias (1986). Assim, por ordem do rei, foram fundados os centros de formação de médicos – as academias médico-cirúrgicas –, transformadas posteriormente nas escolas de Medicina do Rio de Janeiro, em 1813, e da Bahia, em 1815 (FILHO, 2008, p. 8). Com a Independência, em 1822, começou-se a estruturar o Estado brasileiro, que precisava enfrentar o dilema sanitário, identificado no Quadro 2 como os principais desafios da saúde, em cada período.

É importante indicar que, no início do século XIX, o estudo da Higiene[25] – como disciplina científica que se formava sob a influência de grandes transformações determinadas pela industrialização e urbanização em processo nas sociedades europeias (Inglaterra, França, Alemanha) e nos Estados Unidos –, tornou-se a base sobre a qual se apoiavam as visões e as muitas controvérsias científicas sobre as condições de saúde das coletividades humanas.

Emergiram duas posições que, nos séculos XVIII e XIX, disputaram as explicações (causas, formas) da transmissão das doenças e, consequentemente, as propostas e políticas de enfrentamento: a contagionista e a infeccionista. Grosso modo, tais visões justificavam, a partir das suas diferentes perspectivas, as práticas de isolamento e a instituição de quarentenas ou intervenções sobre ambientes insalubres (águas estagnadas, habitações populares, concentração de lixo e esgoto). Tornaram-se concepções influentes na orientação das intervenções sociais – urbanas e sanitárias – nas cidades europeias e norte-americanas durante o século XIX (LIMA 2002, p. 29-30).

A fase imperial da história brasileira chegou ao fim sem que o Estado solucionasse os graves problemas da saúde da coletividade. A Primeira República, por sua vez, materializou a perspectiva de que a história da saúde pública no Brasil se expressasse fortemente por meio do combate aos grandes surtos epidêmicos urbanos e às endemias rurais, quando os problemas sanitários interferiam na exportação dos produtos gerados pela agricultura e pelo extrativismo. A área rural, desde então, estava relegada a um sombrio segundo plano (FILHO, 2008), o que repercute até hoje nas desigualdades regionais presentes no território brasileiro.

[25] Desta disciplina deriva o termo *higienista* – tradicional referência aos pesquisadores/cientistas desse campo, que foi progressivamente a partir de 1910-1920, substituída pelo termo sanitarista, "indicando especialização profissional e maior distinção entre as atividades científicas no laboratório e as atividades de saúde pública" (LIMA, 2002, p. 42), como parte da construção de uma identidade profissional mais delimitada.

Um momento de importante desenvolvimento tecnológico com impacto no desenvolvimento das ciências biomédicas e na saúde pública iniciou-se em 1901 (LIMA, 2002); nas cidades, a chegada de grandes levas de imigrantes e o contínuo crescimento populacional urbano resultaram na multiplicação de cortiços e favelas, assim como do número de enfermos, uma vez que as mesmas doenças que atingiam a população antes da Proclamação da República assumiam agora dimensões mais trágicas (FILHO, 2008). A vacinação compulsória contra a varíola, por sua vez, entrou em vigor em 1904, com forte reação popular. Associada às precárias condições de vida da população, à carestia, às reformas urbanas, contribuiu para a eclosão da conhecida Revolta da Vacina.

O Estado foi colocado frente às questões de saúde de forma ampla, assumindo a responsabilidade pelas condições da saúde pública, fortalecendo a eficiência dos higienistas e fiscais sanitários, fundando institutos de pesquisa em grandes centros econômicos [26] como São Paulo e Rio de Janeiro - uma vasta organização representada por instituições responsáveis pela pesquisa em saúde pública –, representando a incorporação da ciência e da tecnologia às atividades exercidas pelo Estado (RIBEIRO, 2006). A criação dos institutos de pesquisa induziu não apenas um modelo de instituição científica como a direção do ensino das ciências e, possivelmente, um dado perfil de cientificidade, de cientista e de profissional das áreas biomédicas, tanto em termos sociais como científicos. Tal hegemonia certamente estava permeada por descobertas e fundamentais avanços no conhecimento científico e por disputas entre as instituições.

Destacamos, nesse momento, um fato histórico relacionado à participação das instituições de pesquisa na construção da Saúde Pública Como política e na formação de trabalhadores que parece apontar nexos entre Estado, classe social ou frações, consolidação científica da Saúde e profissões em Saúde.

As contribuições das instituições de pesquisa e dos institutos de pesquisa biomédica para a institucionalização das ciências, sua difusão, absorção do pensamento e do comportamento baseados nos modernos conhecimentos nos campos das ciências médicas (Microbiologia, Bacteriologia, Anatomia, Fisiologia etc.) e das ciências químicas e farmacêuticas, além de

[26] O principal centro de pesquisa instalado no Rio de Janeiro, o Instituto Soroterápico de Manguinhos, em funcionamento desde 1899, produzia soros e vacinas. Foi dirigido por Oswaldo Cruz, que sucedeu ao clínico Pedro Afonso, o primeiro diretor. Em 1908, tornou-se o Instituto Oswaldo Cruz. Na fase áurea dos institutos, os cientistas atuavam ao mesmo tempo como cientistas e sanitaristas, empreendendo estudos e arriscadas viagens pelo interior do Brasil (FILHO, 2008).

concretizarem o processo de urbanização com as reformas de caráter sanitário, criaram oportunidades de acesso para uma crescente classe média urbana às novas ocupações e ao ensino médico, farmacêutico etc., favorecidas também pela instalação das escolas de Farmácia e de Odontologia, em 1898.

No início do século XX, a melhoria das condições sanitárias se tornou uma efetiva política de Estado, traduzida pela política de controle de endemias e pelo saneamento dos portos, áreas vitais para a economia nacional, concentrada no eixo agrário-exportador e administrativo formado especialmente pelos Estados do Rio de Janeiro e de São Paulo, segundo Junior e Nogueira (2002). Significava uma garantia para a atração da força de trabalho estrangeira que substituiu os escravos negros libertos após 1888, uma vez que a formação do mercado de trabalho estava sendo estimulada pela incorporação de trabalhadores imigrantes.

Os grupos que detinham o poder de decisão na administração federal da República Velha (oligarquias dos estados mais ricos) destinavam grandes verbas para fazer acontecer à intervenção higienista nas áreas dos seus interesses econômicos. A mesma disposição não se revelava em relação ao interior do país e as doenças endêmicas permaneciam grassando apesar dos novos conceitos bacteriológicos e epidemiológicos. A ausência da ação do Estado nos sertões e no interior não era apontada como determinante desse quadro.

Nesse contexto, médicos, educadores e outros profissionais já denunciavam a presença, em todo o território, do analfabetismo e da doença, impulsionando uma campanha pela reforma da saúde pública e pelo saneamento dos sertões, expondo a ausência da autoridade governamental em sua maior parte. Nesse período, como não havia praticamente capacidade de atuação pelo Estado na assistência individual à saúde, a assistência médico-hospitalar continuava dependente de entidades beneficentes, filantrópicas e mutualidades às quais se filiavam os grupos de imigrantes, principalmente os portugueses, espanhóis e italianos; algumas delas ainda estão presentes no cenário do SUS atual como conveniadas ou contratadas.

A formação de novas gerações de profissionais, a maior delimitação da identidade profissional no campo da saúde pública e a progressiva substituição do termo higienista por sanitarista, indicando especialização profissional e maior distinção no que tange às atividades de saúde pública e atividades científicas no laboratório, são consideradas influências da mobilização realizada pelo movimento sanitário que gerou a Liga Pró-Saneamento do Brasil, em fevereiro de 1918 (LIMA, 2002).

Os médicos higienistas passaram a substituir a autoridade ausente no território com base em incentivos do governo federal. Ocuparam cargos importantes na administração pública, estabelecendo estratégias para o saneamento das áreas indicadas, expansão dos serviços de saúde para além do Rio de Janeiro e o exercício da autoridade sanitária. Iniciava-se tanto a hospitalização compulsória dos portadores de doenças contagiosas como dos doentes mentais (FILHO, 2008; JUNIOR; NOGUEIRA, 2002; LIMA, 2002), questões que, atualizadas pelos novos contextos históricos permanecem mobilizando as visões e intervenções materializadas nas polêmicas em relação às políticas públicas de internação compulsória também para usuários de drogas, especificamente do crack, considerada, inclusive por agentes públicos, como uma medida higienista nos moldes do século XIX.

2.2 A criação do aparato estatal na saúde e as primeiras regulamentações em Educação Profissional

Nesta seção enfatizamos a relação entre o aparato estatal gerado (em íntima relação com os projetos de sociedade/Estado brasileiros hegemônicos) e seu lugar de determinação importante na formação dos trabalhadores de saúde. Evidenciamos a subárea de Enfermagem pela importância histórica e política do Projeto Larga Escala na origem das experiências de formação docente analisadas neste estudo (incluindo aquela promovida pelo Profae) que focalizaram os trabalhadores das categorias que compõem a denominada equipe de Enfermagem. A nosso ver, a materialidade desses processos está *imbricada* nessa historicidade que tentamos recuperar.

Ganhando caráter nacional nos anos 1920[27] e acelerando-se na década seguinte no aparato estatal da saúde, a diferenciaram dois setores: a *saúde pública e a medicina previdenciária*" (LIMA, 2002, p. 45, grifo nosso). A contínua intervenção estatal nas questões relativas à saúde individual e coletiva – indo além das épocas de surto epidêmico – revela, na opinião de Filho (2008), a criação de uma política de saúde induzida pela transição de uma economia agrário-exportadora para uma economia urbano-industrial, evidenciando que as ações

[27] Nesse ano houve a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNPS), marcada pela estratégia campanhista que se constituiu como modo de ação da saúde pública e pelo combate às endemias rurais, pensada como solução para maior centralização das ações sanitárias no âmbito federal.

sanitárias, como práticas sociais, expressam o conjunto das relações sociais a que estão historicamente articuladas.

A estruturação desse aparato contou com o apoio da Fundação Rockfeller[28] para a criação de um serviço de enfermeiras de saúde pública, um hospital geral de assistência e uma escola de enfermagem vinculada a esse hospital – a mesma Escola de Enfermeiras que em 1926 passou a denominar-se Dona Anna Nery. Na avaliação de Lima, (2010), esse processo aconteceu de forma diferente da ocorrida na Inglaterra e nos EUA, visto que aqui a institucionalização da enfermagem ocorreu a partir do trabalho em saúde pública e não hospitalar. Essa ênfase na saúde pública estava relacionada de forma central, como vimos, à natureza do desenvolvimento do capitalismo no Brasil até os anos 1930. Por meio dessa Escola, o Estado promoveu a formação de profissionais de Enfermagem fora da influência do clero, força social que ainda hoje participa das disputas pela hegemonia na área da prestação da assistência e formação em saúde (BAPTISTA, 1997) e na área de educação.

Nesse período, o surgimento da Previdência Social no Brasil constitui-se um fato histórico importante para a compreensão da construção da saúde pública, do sistema de saúde e, posteriormente, da perspectiva contra-hegemônica da Saúde Coletiva em relação à Saúde Pública e ao modelo médico assistencial privatista. Teve como ponto de partida a Lei Elói Chaves, em 1923, com a criação da Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários, em São Paulo – a primeira de muitas outras CAPs organizadas e financiadas por empresas e trabalhadores – possibilitando que o modelo tecno-assistencial, chamado de médico-assistencial-privatista, tivesse condições objetivas de conformar-se e, posteriormente, tornar-se hegemônico (MENDES, 1993). Nas caixas, a assistência médica era a atribuição central.

Nos anos 1930, o descontentamento das classes médias e operárias criou o cenário da Revolução. No trabalho em saúde, o monopólio dos médicos nas várias modalidades da então denominada arte de curar já estava definido desde o final do século XIX. O responsável pela farmácia também gozava de papel bastante abrangente nas comunidades, até as primeiras décadas do século XX. No que concerne ao trabalho em Enfermagem, Lima, (2010), a partir dos estudos de Barreira (1999), menciona a adesão do Serviço de Enfermeiras do DNSP e da Escola de

[28] Essa mesma fundação norte-americana, financiadora da Escola de Higiene e Saúde Pública John Hopkins, na qual alguns sanitaristas com atuação relevante nesse contexto obtiveram formação especializada, nas décadas de 1920, 30 e 40, também teve participação ativa no ensino médico, por exemplo, por meio da criação da cadeira de Higiene na Faculdade de Medicina de São Paulo, em 1918. Alguns deles assumiram cargos de direção da OMS, representaram o Brasil nas Conferências Pan-Americanas de Saúde e no corpo diretivo da OPAS (LIMA, 2002).

Enfermeiras Dona Anna Nery à nova ordem política instaurada, mediante a organização de hospitais de sangue e de cursos de Enfermagem de campanha em Belo Horizonte (MG), foco da rebelião armada que culminou com a deposição de Washington Luís. "Em nome do patriotismo e do dever profissional, as enfermeiras diplomadas reproduziam o discurso oficial" (LIMA, 2010, p. 82).

O período foi marcado por relevantes transformações decorrentes da ruptura política, social e econômica com o Estado oligárquico na direção do desenvolvimento do Estado burguês. O governo brasileiro, atendendo às exigências do processo de acumulação capitalista, priorizou e incentivou a industrialização. Possibilitava, assim, que os industriais brasileiros se constituíssem como força política e disputassem a hegemonia com a fração agroexportadora em busca de um projeto nacional moderno [29], alavancado pelo desenvolvimento industrial, na perspectiva da fração da classe burguesa que representavam.

A partir de 1930, ano da criação do Ministério da Educação e Saúde Pública e momento em que o Estado capitalista brasileiro, contando com certo aparato estatal e uma dada política de saúde iniciados em 1920, articulou iniciativas governamentais em saúde com outras áreas, como educação, alimentação, habitação e transporte e trabalho, como elementos necessários à reprodução da força de trabalho e do projeto de modernização do País (para o qual a medicina assumiu o papel de guia do Estado nos assuntos sanitários). Alguns autores consideram, então, que a partir de 1930 passou a existir efetivamente um conjunto de políticas sociais [30] (FILHO, 2008), um sistema de assistência à saúde e até mesmo um sistema típico de proteção social estatal (JUNIOR; NOGUEIRA, 2002), embora baseado em políticas predominantemente voltadas para os trabalhadores urbanos.

---

[29] Segundo Ribeiro, os estudos realizados por Luiz Antônio de Castro Santos – em parte contemplados no artigo *A Reforma Sanitária "pelo alto"*, de 1993 – abordam a Reforma Sanitária dos fins do século XIX e inicio do século XX como expressão do pioneirismo da elite paulista no campo da Saúde Pública e a ausência de uma revolução burguesa à europeia como elemento chave para explicar a apropriação dos aparelhos do Estado pela oligarquia rural, que impôs uma modernização autoritária, sendo a saúde pública paulista um caso concreto que serve para ilustrar a especificidade do Estado forjado pela classe dominante – vale dizer, das oligarquias e não pelos movimentos populares (2006). Aponta o estudo de Masako Yida *Cem anos de saúde pública: a cidadania negada*, de 1994, como outro exemplo que analisa a formação dos serviços de saúde no âmbito da formação do Estado capitalista no Brasil (2006, p. 5).

[30] Dentre os estudos históricos que estabelecem nexos entre a configuração das políticas de saúde como políticas sociais do Estado e do Estado capitalista no Brasil estão os trabalhos: DONANGELO, M. C. F. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1979; LUZ. M. T. *As instituições médicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1982; BRAGA, J. C.; GOES, S. G. *Saúde e previdência: estudo de políticas sociais*. São Paulo: Hucitec, 1981.

Na verdade, as ações em saúde e em educação, bem como a legislação trabalhista criada a partir dos anos 1930, destacaram-se como peças-chave na construção da hegemonia do novo grupo dominante junto aos setores populares urbanos, preparando o terreno para a expansão do processo de industrialização capitalista, que tinha a seu dispor uma mão de obra volumosa e barata. Por meio do ministério recém-criado, o Estado garantia à burocracia federal o controle dos serviços sanitários, o que seria indispensável à centralização político-administrativa do Estado Novo, embora a nova organização do setor fosse anunciada como o compromisso de zelar pela saúde da população como direito e "dever da assistência pública promovida pelo Estado" (FILHO, 2008, p. 31)[31].

A construção de serviços permanentes de saúde pública – os postos de saúde – foi uma das características das políticas dos anos 1930-1940. Essa organização somou-se às estruturas centralizadas de enfrentamento de problemas específicos, como o combate à malária, à febre amarela e à tuberculose, entre outros. O Estado mantinha, assim, em termos de política, programas verticais de combate a doenças específicas baseados nos projetos bacteriológicos e médico-sanitários (BOMFIM et al, 2009).

Entretanto, a demanda por cuidados de enfermagem crescia e as irmãs das ordens religiosas já não eram suficientes, sendo necessário contar com a força de trabalho de jovens carentes, sem trabalho e moradia. Parte deles ia trabalhar na manutenção dos hospitais, outros nos serviços administrativos e na própria assistência.

> Estes últimos geralmente eram iniciados nas rotinas do hospital, realizando tarefas como trocar lençóis e desinfetar camas, servir refeições aos internados, dar banho e conduzir os pacientes para os exames, desentupir agulhas de injeção e fazer tricotomia, por exemplo. Dependendo do desenvolvimento das atividades, do interesse e dedicação, da capacidade de observação e da habilidade que demonstravam na execução das tarefas, eram iniciados em atividades mais complexas, como a verificação de pressão, respiração e temperatura dos pacientes, aplicação de injeções e soros, medicamentos e curativos. Também podiam fazer cama de operado, aspirar secreções de crianças e adultos, atuar como circulante de sala de cirurgia, no preparo de bandejas e esterilização de material cirúrgico e na própria instrumentação cirúrgica, com a instalação de equipamentos e colocação de aparelho gessado, por exemplo (LIMA, 2010, p. 79).

O trabalho desses desvalidos da sorte logo foi regulamentado. O Decreto nº 20.109/31 definiu, por considerar a enfermagem "uma das mais nobres profissões" exercida tanto nos

[31] *Direito à Saúde*. Texto publicado em São Paulo pelo médico e deputado constituinte de 1934 Antônio Carlos Pacheco e Silva (1934, *apud* FILHO, 2008, p. 3).

hospitais como na saúde pública, que só poderiam usar o título de enfermeiro diplomado os profissionais formados por escolas de Enfermagem oficiais ou equiparadas e os profissionais diplomados por escolas estrangeiras reconhecidas pelas leis do seu país e habilitados perante a banca examinadora competente, sendo a Escola de Enfermeiras Dona Anna Nery, do Departamento Nacional de Saúde Pública, a escola oficial padrão.

As escolas de Enfermagem oficiais ou particulares que desejassem a equiparação deveriam solicitá-la ao Ministério da Educação e Saúde Pública (BRASIL, 1931). Os militares reagiram e a resposta do poder público foi o Decreto nº 21.141/32, que regulamentou a organização do quadro de enfermeiros do Exército. Outro Decreto, o de nº 22.257, do mesmo ano, conferiu às religiosas com prática de enfermagem ou de farmácia direitos iguais às enfermeiras da saúde pública e dos práticos de farmácia.

Sem nenhum tipo de formação requerida, tal como previsto nos primeiros decretos, a comprovação de 6 anos de experiência seria suficiente para a certificação. Em outras palavras, a atuação no campo da Saúde, particularmente na enfermagem, estava sendo disputada nos anos 1930 (LIMA, 2010), e nessa disputa o processo formativo foi subsumido em nome da experiência empírica, visão que permanece coexistindo com as lutas pela Educação Profissional Técnica, como comprovou o PL 026/07[32].

O Estado Novo (1937-1945) foi responsável pela implantação definitiva de uma sociedade capitalista industrial e urbana, e sua política social contribuiu para isso mediante a manipulação dos fundos sociais dos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs; sob a doutrina do seguro e com orientação para a economia de gastos, os Institutos foram estruturados por categorias profissionais. A partir de 1938 foram também impulsionados os cursos de formação de enfermeiras sanitárias, cursos de formação de auxiliares de Enfermagem na Escola

[32] Em 2007, o senador Tião Viana (PT-Acre) propôs o PL nº 026/07, no qual alterava a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe "sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências, para estabelecer prazo para a concessão de registros aos atendentes, auxiliares e técnicos de Enfermagem e às parteiras, bem como para assegurar a esses profissionais acesso diferenciado aos cursos de graduação de nível superior em enfermagem". Publicado em http://legis.senado.leg.br/mateweb/arquivos/mate-pdf/9173.pdf. Acesso em 12 de dezembro de 2012. Repudiado pelas entidades da Enfermagem – ABEn e COFEn, não teve êxito. Dentre as possibilidades de acesso diferenciado não especificadas no texto do PL (que as remetia para um "regulamento" posterior), foram identificadas durante os debates ocorridos nos diversos estados a comprovação de 5 a 6 anos de exercício na condição de técnico para que o trabalhador tivesse acesso ao curso de graduação. O senador julgava eliminar por força de Lei a divisão social e técnica do trabalho nesta subárea até 2017, mas não tratou da origem da mesma como determinação estrutural da sociedade capitalista.

Anna Neri e os cursos de enfermagem de guerra, pela Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha Brasileira. Regulamentou-se também o exercício profissional dos práticos.

O primeiro decreto-lei (nº 8.345/45) estabeleceu que o exercício das profissões de protéticos, massagistas, óticos práticos, práticos de farmácia, práticos de enfermagem, parteiras práticas e profissões similares, em todo o território nacional, estava destinado a quem estivesse devidamente habilitado e inscrito no Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e nos respectivos serviços sanitários nos estados. Já o Decreto-Lei nº 8.778/46 era restrito aos enfermeiros práticos e parteiras com mais de dois anos de exercício de enfermagem em estabelecimento particular, que poderiam submeter-se a exames de habilitação que facultassem o certificado de prático de enfermagem e de parteira prática, respectivamente.

Apesar da regulamentação já existente, a certificação não era sempre exigida. De todo modo, ao menos no caso do cuidado hospitalar,

> as informações sugerem que aqueles envolvidos [...] dominavam o código letrado ou detinham o antigo ensino primário, atuais cinco primeiras séries do Ensino Fundamental. Isso porque uma das missões das misericórdias era "ensinar aos simples", o que motivou a abertura de instituições como os educandários [...]. Por sua vez, diferentemente dos cuidados domiciliares, os cuidados hospitalares eram prescritos pelo médico exigindo a capacidade de leitura e de um mínimo de registro do fazer e da evolução do paciente, o que pressupunha o domínio das "primeiras letras", tornando o saber ler e escrever um critério básico para a prática que qualifica o trabalhador para o exercício dos cuidados hospitalares. Essa prática era operacionalizada pelo processo de iniciação ou pela demonstração de suas qualidades aferidas na execução de um procedimento prático como, por exemplo, a verificação de sinais vitais e/ou a aplicação de injeção intramuscular ou endovenosa (LIMA, 2010, p. 80).

Os anos seguintes são fundamentais à compreensão da hegemonia do modelo médico-assistencial-privatista e da institucionalização da Educação em Saúde que se utilizava de emissoras de rádio para veicular as mensagens higienistas. A administração do setor, tentando unir técnicas pedagógicas e de comunicação com os princípios da medicina sanitária, valia-se de cartazes e folhetos com ilustrações coloridas acessíveis até mesmo às pessoas que não sabiam ler (FILHO, 2008). A saúde pública, por sua vez, relegada mais uma vez a segundo plano, tornou-se uma máquina ineficiente, realizando campanhas de baixa eficácia, com efeitos visíveis nas altas taxas de mortalidade nas áreas metropolitanas[33].

[33] Com o apoio de técnicos norte-americanos, foi montado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em 1940, para sanear as regiões onde ocorriam a exploração da borracha amazônica e o minério de ferro no vale do Rio

Com o golpe de 1945, iniciou-se um desmantelamento de tudo que se identificava com a ditadura de Getúlio Vargas; a Constituição de 1937 foi substituída pela de 1946, quando foi assegurada a assistência médica aos segurados da Previdência Social. Do ponto de vista político, Ianni (1979) avalia que, em nome da democracia representativa, abandonaram-se as diretrizes e as práticas de caráter nacionalista, adotou-se uma política de associação e interdependência entre grupos nacionais e estrangeiros, de redução das funções econômicas do poder público e descompromisso com o desenvolvimento econômico, o que também se refletiu na compra de serviços hospitalares, promovendo a aceleração da criação de hospitais privados. O poder público voltou-se, assim, à condição de guardião das regras do jogo econômico.

À medida que progredia a divisão social do trabalho e a diferenciação interna da sociedade brasileira, as classes tornavam-se mais configuradas. Burguesia industrial, classe média e proletariado mostravam-se bem marcados. Nesse contexto, podemos compreender melhor a Lei nº 775/49, que tratava do ensino de Enfermagem. Ela definia que o ensino de Enfermagem compreendia dois cursos: o de Enfermagem, com duração de 36 meses, e o de auxiliar de enfermagem, com duração de 18 meses, exatamente a metade. Para ambos era exigida idade mínima de 16 e máxima de 38 anos. O ingresso no curso de Enfermagem exigia ainda o então curso secundário. A legislação cuidou também de garantir que em cada centro universitário ou sede de Faculdade de Medicina houvesse uma escola de Enfermagem, com os dois cursos.

Com isso, como sublinha Lima, (2010), a formação de enfermeiras no Brasil de 1949 a 1961 era essencialmente de nível médio, ainda que algumas escolas de enfermagem já estivessem integradas às universidades, como a Escola Anna Nery. "De fato, a Enfermagem só se tornaria um curso de nível superior com a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), em 1961" (LIMA, 2010, p. 110). Conforme esse autor,

> em outras palavras, a Enfermagem moderna exigia a formação, mas em condições diferenciadas, daqueles que iriam realizar um trabalho mais intelectual e daqueles que iriam fazer um trabalho predominantemente manual. Reproduzia assim a dualidade educacional no seu interior com uma concepção de escola destinada aos desvalidos, aos menos aptos, voltada para o treinamento imediato para a produção dos serviços de saúde, ao mesmo tempo que reforçava a ideia de que as escolas de formação para auxiliares de enfermagem existiam para prover o serviço de enfermagem dos hospitais. Para Almeida (1986), a institucionalização do auxiliar de enfermagem marca o

---

Doce, importantes política e economicamente para o Estado Novo, inspirado nas ideias corporativistas e autoritárias do regime fascista, no contexto da Segunda Guerra Mundial.

> início formal da divisão do processo de trabalho na enfermagem. Segundo Dornelles (1995), no entanto, enquanto os outros profissionais (práticos de enfermagem, enfermeiros práticos, visitadora sanitária, parteira prática, irmãs enfermeiras etc.) eram vistos como concorrentes, a enfermeira diplomada paulatinamente assumiria a tutela do auxiliar de enfermagem, passando inclusive a representar e defender os seus interesses nos congressos de Enfermagem, que tiveram início em 1947 (LIMA, 2010, p. 119).

Getúlio Vargas, novamente no poder (1951-1954), decidiu enfrentar problemas como da energia e de transportes. A intervenção estatal na economia não interessava aos setores conservadores nem aos investidores estrangeiros, traduzindo-se no nacionalismo econômico sintonizado com as massas urbanas (IANNI, 1979). Após sete anos de debates, criou-se o Ministério da Saúde, em 1953 [34], agora separado do Ministério da Educação. Em 1955, a Lei nº 2.604 estabeleceu seis categorias na enfermagem: enfermeiro, obstetriz, auxiliar de enfermagem, enfermeiro prático ou prático de enfermagem, parteira e parteira prática.

Segundo Arouca (2003), até 1950 a Medicina Preventiva (MP) não existia como movimento na América Latina, embora já estivessem sendo criados os departamentos nas escolas médicas dos Estados Unidos e Canadá, precedidos pelas reformas curriculares da Grã-Bretanha em 1922. Esse movimento preconizava que o ensino da MP permeasse todo o currículo e tivesse como objetivo o desenvolvimento de uma atitude. Esse movimento ideológico era visto como uma evolução histórica da Medicina (terapêutica) que caminharia para uma nova forma da prática médica, superior e ideal (a preventiva), levando à redefinição do profissional médico que incorporaria a dimensão ecológica em sua formação, determinando "novas relações sociais entre médico e paciente, família, comunidade, outros profissionais e instituições, assumindo-se que essas relações são determinadas por uma atitude" (2003, p. 127) [35].

A crítica e a superação da Medicina Preventiva pela perspectiva da Saúde Coletiva serão abordadas mais adiante, porque são consideradas uma das bases fundantes da Reforma Sanitária dos anos 1980.

---

[34] A falta de dinheiro, de funcionários especializados, de equipamentos apropriados, de postos de atendimento e principalmente de ânimo aos servidores, segundo Filho (2008, p. 41) resultou na pouca eficiência no controle da mortalidade e morbidade, sobreposição de estruturas e serviços, aumento dos gastos com o funcionalismo e declínio do custeio do saneamento e assistência aos doentes. O clientelismo trocava ambulâncias, leitos hospitalares, profissionais de saúde e vacinas por votos em épocas eleitorais.

[35] Em iniciativas recentes relacionadas ao Programa de Valorização da Atenção Básica – Provab, por iniciativa do Ministério da Saúde, pode-se perceber certo retorno dessa perspectiva nas diretrizes norteadoras das ações de formação propostas pelo programa. A nosso ver, retrocede em termos das perspectivas mais críticas já presentes no movimento de mudanças na formação dos profissionais de Saúde dos últimos 25 anos.

No Governo JK, que tomou posse em 1956, o Estado orientou sua ação com vistas à implantação de uma estrutura industrial integrada, prevalecendo a aceleração do desenvolvimento econômico, impulsionando os setores privados interno e externo. Há, dessa forma, reelaboração das relações entre Estado e economia, adotando uma política de desenvolvimento que acabou por consolidar o capitalismo dependente brasileiro.

Em decorrência desse desenvolvimento, uma crescente massa operária passou a gerar grande demanda a ser atendida pelo sistema de saúde, sendo, por outro lado, necessário "atuar sobre o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando a sua capacidade produtiva" (MENDES, 1993, p. 21), o que trouxe implicações para a política social, de modo que, em 1960, no final do Governo Kubitschek, foi promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), tentando garantir a uniformização dos benefícios oferecidos pelas caixas.

A saúde estava em crise desde o final da década de 1940, em virtude da ampliação dos beneficiários e do custo do atendimento médico-hospitalar na porcentagem destinada ao custeio da saúde no âmbito da arrecadação das caixas e institutos, que também se destinava a outros benefícios. A Previdência, pressionada, assumiu a assistência médico-hospitalar, mas com baixa qualidade dos serviços prestados, longas filas, dificuldade para obter internação, mortes por falta de atendimento de emergência, ou seja, por falta de eficiência para atender ao crescimento e à mudança qualitativa e quantitativa da previdência social brasileira (FILHO, 2008).

A disputa por verba pública da saúde pelo setor privado foi materializada na pressão política para que a rede pública não fosse expandida, evitando que o Estado competisse com a medicina privada, cabendo-lhe, nessa lógica, promover, por meio de empréstimos a juros baixos, a estruturação de uma rede de clínicas e hospitais que seriam fornecedores de serviços à população, comprados pelos IAPs e pelo próprio poder público. Vemos, assim, que o argumento da ineficiência estatal frente à eficácia do setor privado se faz presente nessa disputa desde então.

Nos anos seguintes, a crise política e econômica era grave, gerando um quadro de instabilidade democrática. Jânio Quadros tentou, sem sucesso, concretizar um golpe de Estado e, reduzidos os investimentos e a entrada de capital externo, a inflação se agravou. O Governo João Goulart (1961-1964), por seu turno, não estava em condições de resolver as contradições

herdadas do governo JK. As contradições de classe, tanto no campo como na cidade, estavam agora mais agudas.

O modelo médico que dominou a política pública de saúde até os anos 1960 instalou-se com o esvaziamento progressivo do modelo campanhista (prevalente desde o século XIX)[36], que não respondia mais às demandas do capitalismo brasileiro. O Ministério da Saúde responsabilizava-se quase exclusivamente pelas áreas rurais, e nos centros urbanos industriais o atendimento à saúde era protagonizado pelos hospitais e clínicas próprias ou conveniadas com os institutos de aposentadorias e pensões mantidos pelos patrões e trabalhadores das categorias aos quais atendiam.

Em 1962, o enfermeiro foi incluído no quadro dos profissionais liberais. Um pouco antes, em 1961, o Decreto nº 50.387 havia indicado a participação dos enfermeiros no ensino em escolas de Enfermagem e de auxiliar de Enfermagem e treinamento em serviço. A formação diferenciada dos trabalhadores do setor permanece, ou seja, uma formação vinculada ao processo de escolarização (enfermeiros), com baixa procura, e outra constituída de treinamentos para os atendentes, realizados nos hospitais, expressando a forma pela qual o hospital foi se configurando como centro da formação. Na prática, a divisão de trabalho intelectual e manual estava plenamente definida a partir da área da Enfermagem.

2.3 A institucionalização do modelo médico-assistencial-privatista: um obstáculo considerável para a saúde como bem público

O golpe civil-militar de 1964 promoveu as condições políticas para a hegemonização do modelo médico-assistencial-privatista, pelo incremento do papel modernizador e regulador assumido pelo Estado, afastamento dos trabalhadores do controle da Previdência Social, centralização de recursos no governo federal, controle do déficit público e a criação de fundos específicos não tributários para dar suporte às políticas setoriais (MENDES, 1993). A criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, contribuiu fortemente para essa conformação. O Estado de classe empenhado na manutenção da ordem social capitalista passou

[36] Para Mendes, o sanitarismo campanhista como modelo hegemônico de saúde perdurou do final do século XIX até a metade dos anos 1960, mas o processo de industrialização que pôs fim ao modelo econômico agroexportador induziu o aparecimento da assistência médica da Previdência Social, cujo crescimento concomitante ao esvaziamento progressivo das ações campanhistas resultou na conformação e hegemonia do modelo médico-assistencial privatista (1993).

a ser, assim, o único regulador tanto dos serviços de assistência médica como de aposentadorias e pensões destinadas às famílias dos trabalhadores, firmando o domínio sobre condições vitais para a sobrevivência desse imenso contingente humano.

O Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (ProRural), a incorporação na Previdência Social dos empregados domésticos e dos autônomos, ao mesmo tempo que significava a ampliação das ações previdenciárias, evidenciava o caráter discriminatório da política de saúde, na medida em que as desigualdades no acesso tanto quantitativo como qualitativo se davam entre as diferentes clientelas urbanas e entre estas e as clientelas rurais, processo denominado universalização excludente, consolidado na década de 1980.

Resgatamos algumas das características desse modelo na perspectiva de Teixeira (1986); elas evidenciam a relação com a forma hegemônica de organização do sistema de saúde após a constituição da previdência social brasileira – cada vez mais baseada na prestação privada de serviços e a indução que tal modelo promoveu sobre o perfil dos trabalhadores atuantes nos serviços dessa rede:

> a) a extensão de cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e rural;
> b) o privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública;
> c) a criação, através da intervenção estatal, de um complexo médico-industrial;
> d) o desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada em termos de lucratividade do setor Saúde propiciando a capitalização da medicina e privilegiamento do produtor privado desses serviços (TEIXEIRA, 1986, *apud* MENDES, 1993, p. 22).

Desse modo, com a ditadura civil-militar pós-1964, mais do que nunca os interesses dos grandes grupos privados na saúde prevaleceram e atuaram para consolidar um modelo tecno-assistencial voltado para o lucro, cabendo ao Estado manter a saúde dos trabalhadores para que seguissem produzindo. Igualmente, era fundamental preservar os lucros cada vez maiores da indústria farmacêutica e de equipamentos em saúde, visto que era nos hospitais (e não na rede básica de saúde) que se poderia consumir os mais sofisticados e caros exames e remédios.

A medicina previdenciária priorizava a assistência individual e hospitalar, aliada a um descaso pelas ações de saúde pública, que eram executadas pelo Ministério da Saúde. Em decorrência disso, em meados dos anos 1970 observou-se o retorno de diversas epidemias e piora das condições de saúde da população, fortemente influenciada pela degradação das condições de vida das classes populares.

No regime militar, não podemos esquecer, ocorreram empréstimos a fundo perdido, importando em somas enormes de recursos públicos para a construção de hospitais privados, sustentados, depois de inaugurados, por meio do pagamento de consultas, procedimentos e internações dos usuários do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), criado em 1977 como especialização das organizações previdenciárias.

Esse instituto, o Sistema Nacional da Previdência Social (Sinpas) e o Sistema Nacional de Saúde, criado pela Lei nº 6.229/75, conformavam o arcabouço jurídico-legal do sistema previdenciário/saúde vigente nos anos 1970. Para Mendes (1993), essa lei institucionalizou o modelo e consolidou a divisão dos espaços institucionais ao definir as competências das instituições públicas e privadas, utilizando os eufemismos de atenção à saúde coletiva e saúde das pessoas para consagrar a separação das ações entre saúde pública (não rentável, designada para o setor estatal) e atenção médica (rentável, reservada para o setor privado) intermediada pela Previdência Social, estabelecendo um "Tratado das Tordesilhas no campo da Saúde" (MENDES, 1993, p. 25).

Além disso, desde então já eram bastante conhecidos o superfaturamento, o pagamento de serviços não realizados, os pacientes fantasmas e as internações desnecessárias. Havia distintos formatos de pagamento aos diferentes prestadores: contratos e credenciamentos por serviços prestados e subsídio fixo via convenio, a remuneração às instituições estatais e hospitais universitários preconizados pelo Plano de Pronta Ação (PPA) que, em 1974, reorganizou as relações da Previdência Social com os prestadores de serviços garantindo mercado cativo, e pelo financiamento subsidiado, especialmente na área hospitalar, proporcionado pelo Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS).

Os investimentos foram direcionados principalmente para expansão e crescimento de serviços de alta densidade tecnológica, de modo que, em 24 anos (de 1969 a 1984), os leitos privados cresceram de 74.543 para 348.255, ou seja, um aumento de 425%, o que explica a expressão "sistema de atenção hospitalocêntrico". Essas relações promoveram o surgimento de uma nova modalidade assistencial – a medicina de grupo – a partir do convênio-empresa, que, por sua vez, contribuiu para viabilizar o subsistema da atenção médica supletiva, hegemônico na década de 1980 (MENDES, 1993).

Podemos concluir, então, que as políticas do Estado brasileiro, em seu conjunto, construíram as bases políticas, legais e institucionais para que o modelo médico-assistencial-

privatista se fortalecesse, beneficiado pelo milagre econômico, apoiado no seguinte tripé: a) o Estado como o grande financiador do sistema, por meio da Previdência Social; b) o setor privado nacional como o maior prestador de serviços de atenção médica; c) o setor privado internacional como o mais significativo produtor e fornecedor de insumos médico-hospitalares e farmacêuticos.

Assim, esse modelo tecno-assistencial, que contava com o setor privado contratado e conveniado como subsistema, a Federação Brasileira dos Hospitais (FBH) como ator social relevante e a burocracia previdenciária como núcleo ideológico, foi sendo estruturado, mas no final dos anos 1970 já demonstrava seu esgotamento em termos da capacidade de responder às demandas sociais (MENDES, 1993).

Do ponto de vista da formação dos profissionais, os cursos superiores formavam para esse mercado de saúde hospitalocêntrico consumidor de alta tecnologia, com tecnificação intensa do ato médico e currículos omissos em relação à realidade sanitária brasileira. A maior parte dos trabalhadores auxiliares, apesar da regulamentação, continuava sem formação, sendo a sua escola o próprio trabalho, por meio dos treinamentos em serviço.

Nos conturbados anos 1970, nos países centrais, em especial, as mudanças eram drásticas em virtude de mais uma crise estrutural do capitalismo que marcaria profundamente as políticas de saúde no período 1980-1990, impactadas pelas diretrizes neoliberais e o ajuste econômico nos países da América Latina. O capital, como ensina Harvey (2011), é o sangue que flui pelo corpo político de todas as sociedades capitalistas, "espalhando-se às vezes como um filete e outras vezes como uma inundação, sendo a sua compreensão indispensável ao entendimento das condições em que vivemos" (p. 36).

O cenário era propício à adoção de soluções drásticas pelos defensores de um Estado fraco em relação às políticas sociais, para quem altos salários, pleno emprego e bem-estar para todos eram a razão do insucesso econômico. A partir daí, inaugurou-se um conturbado período de reestruturação econômica e de reajustamento social e político, apoiado na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados, dos produtos e dos padrões de consumo (BOMFIM et al, 2009). Estava em curso uma série de processos na área da organização industrial e da vida social que configuraram um novo regime dominante de acumulação denominado por Harvey (2000) "acumulação flexível".

No Brasil, ao conjunto de elementos decorrentes do plano internacional apontado acima somavam-se os de âmbito nacional que puseram fim ao milagre econômico promovido no regime militar. Ao longo da década de 1970-1980, a insatisfação popular cresceu progressivamente, bem como a inflação e a recessão. A crise econômica traduziu a crise de legitimidade da ditadura, cujos sinais já se mostravam claros nos movimentos sociais urbanos em um momento de enfraquecimento das lutas sociais no mundo inteiro.

Nesse período, depois de profundas alterações no projeto original, emergiu como opção governamental um Sistema Nacional de Saúde (Lei nº 6.229/75), que buscava atender às necessidades de compatibilização e estruturação dos serviços de saúde, cuja organização havia assumido formas mais complexas e diversificadas, "resguardando-se a predominância da prática médico-previdenciária, curativa, individual" (TEIXEIRA, 2007, p. 102) sobre o conjunto das ações destinadas à saúde pública e privada, sendo o espantoso desenvolvimento da assistência médica o responsável pela crise financeira, sem que o privilegiamento do produtor privado de serviços fosse arrolado entre as causas.

A crise política se ampliou, com o Estado sendo acusado de todos os males da economia, e ocorreram defecções nas bases representadas pelas classes dominantes, além de tensões entre elas e as classes populares, gerando um problema no âmbito da institucionalização do regime.

Para controlar tal processo, o governo militar buscou implementar diversas medidas de caráter legal, administrativo e assistencial, incluindo as racionalizadoras dos recursos, promotoras de ampliações de coberturas desde as emergências ao saneamento e nutrição, convênios com instituições públicas e secretarias de Saúde como forma de aliviar as tensões e racionalizar o modelo anteriormente estabelecido, mas se deparou com fortes dificuldades políticas de viabilização produzidas pelos interesses empresariais setoriais que se utilizaram das articulações com a burocracia governamental e das máquinas políticas existentes para produzir fortes limitações a essas propostas (OLIVEIRA, 2007). Este autor compreende tais ações como "projeto de recuperação da eficácia político-ideológica das políticas sociais enquanto instrumento de hegemonia" (idem, p. 203) desenvolvido pelo governo militar naquele momento.

Para Paim (2008, p. 91), no espaço político criado por uma destas medidas, o Plano do Conasp – Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, em 1982, foi possível sugerir propostas alternativas por meio de um quadro técnico que ocupava espaços na burocracia estatal (entre eles quadros comunistas, cebianos) e que tentavam colocar as ideias

dos grupos progressistas no conjunto de políticas propostas e produzir fatos político-institucionais e certas acumulações que repercutiram, posteriormente, no desenho de estratégias-ponte para o SUS, aí consideradas as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

Dentre estes espaços estavam a área denominada desenvolvimento de recursos humanos, os programas de extensão de cobertura e o planejamento. Para as classes dominantes, o governo Geisel promoveu iniciativas como

> a ampliação de seu espaço de manifestação política – reativação da sociedade civil de forma lenta e gradual, evitando a transferência dos conflitos para o interior do Estado – e em relação às camadas populares as concessões econômicas restritas a uma política simultaneamente repressiva e paternalista (TEIXEIRA, 2007, p. 100).

A situação da assistência médica pela Previdência continuava crítica, garantindo o atendimento, por meio dos serviços comprados a terceiros e especializando o sistema hospitalar próprio, que foi reservado para pesquisa e aperfeiçoamento técnico-profissional (idem). Mais que qualquer tema, a crise da Previdência conseguia aglutinar e mobilizar a manifestação das classes fundamentais (PAIM, 2008). O aprofundamento da crise financeira e o contexto de abertura política tenderam a possibilitar a entrada em cena de outros atores, como os trabalhadores e os profissionais de Saúde das instituições previdenciárias, na luta pelos seus interesses na área, inserindo-se na luta mais geral pela melhoria das condições de atenção à Saúde (TEIXEIRA, 2007).

Com a redemocratização (lenta e gradual), chegou-se ao governo civil por eleições indiretas, à Nova República[37], em 1985, e no V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde foram pautadas algumas questões para o setor Saúde no governo de transição com base nas seguintes considerações:

> 1) Saúde como direito do cidadão e dever do Estado;
> 2) A melhoria do estado de saúde da população está intimamente relacionada à elevação qualitativa das condições de vida;

[37] Este período denominado de Nova República e estas iniciativas foram alvo de muitas polêmicas e discordâncias sobre as leituras em torno da relação com o Estado autoritário e suas medidas racionalizadoras, tais como as AIS e a interpelação sobre uma concepção restrita da Reforma Sanitária em relação ao SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, em 1987, consideradas por estes 'técnicos militantes' como etapas relacionadas com a implantação da Reforma Sanitária (Saúde em Debate,2007), que ocupavam o Departamento de Planejamento do INAMPS, Secretaria de Planejamento do INAMPS, e até a Presidência.

> 3) A democratização da saúde estreitamente vinculada ao processo de democratização da sociedade brasileira reflete a luta e a aspiração dos mais amplos setores sociais (PAIM, 2008, p. 96).

Até 1987, no processo de implantação das AIS e do SUDS, os atores sociais envolvidos não utilizavam a expressão Reforma Sanitária, adotada pelo CEBES desde 1977, mas no âmbito do Estado havia conflito entre um pensamento de esquerda e o núcleo conservador do governo, e o marco da mudança no âmbito político-institucional era transferir o Inamps para o Ministério da Saúde. Na discussão do veto pelo ministro da Previdência, que argumentava tratar-se de um patrimônio dos trabalhadores, que deveriam ser consultados, Sergio Arouca, então presidente da Fiocruz, propôs fazê-lo por meio de uma conferência (PAIM, 2008). A realização da 8ª Conferência como ideia e proposta nasceu nesse contexto e conjuntura e tornou-se "a primeira com ampla participação da sociedade civil e contando com o protagonismo dos profissionais de Saúde, trabalhadores e setores populares" (p. 99).

Como podemos ver, a institucionalização das políticas que consolidaram o modelo médico-assistencial privatista pela assistência médica previdenciária, por sua vez construída pelas forças sociais hegemônicas na relação Estado-sociedade no Brasil, fortalecidas por um regime autoritário, representava um obstáculo considerável para a construção e efetivação da saúde como direito público, uma concepção antagônica, contra-hegemônica à lógica dominante, às políticas de saúde autoritárias e privatizantes, explicitamente favorável ao Estado democrático, à democratização da sociedade brasileira como totalidade social. A preservação deste modelo no âmbito do SUS que ainda temos mostra a envergadura da disputa entre esses projetos societários, nos quais saúde e educação assumem fins e formas muito distintas.

2.4 O Movimento Sanitário, a Reforma, a VIII Conferência Nacional de Saúde e o SUS: fenômenos indissociáveis

A apreensão da perspectiva da Reforma Sanitária presente nas bases político-conceituais dos cursos de formação docente que analisamos é um dos elementos para a apropriação dos limites e contribuições da formação docente promovida pelos cursos que conformam a base empírica desse estudo, reconhecendo as determinações, mediações e contradições de ordem econômica, sócio-político-cultural e pedagógica que marcam tal formação, constituindo-se no

seu primeiro objetivo específico. Por essa razão, vamos focalizar nossa atenção nas representações/mensagens que nos permitam identificar as perspectivas que o Movimento Sanitário abrigava sobre o que seria (ou é) a Reforma Sanitária Brasileira, objeto também de grande disputa, como é sabido.

Cremos que o contexto mais amplo apresentado até aqui evidenciou a complexidade e envergadura da luta que vem sendo enfrentada a partir de 1967 pela redemocratização da sociedade brasileira e que expressam, simultaneamente, a resistência ao regime autoritário e setorialmente a reformulação do sistema de saúde, como ocorreu com a educação e em outros setores da sociedade.

Na educação, desde o final dos anos 1970, as forças progressistas assumiram o enfrentamento com o paradigma educacional tecnicista e suas consequências para a formação humana (fortemente sentidas na área de Saúde); engajaram-se na construção de uma proposta democrática para a Educação brasileira nos debates e embates em torno da LDB e da proposta de construção do Sistema Nacional de Educação, dentre outros marcos históricos das perspectivas emancipatórias que constituem sua contribuição setorial para a redemocratização da sociedade, apresentadas sinteticamente desde a enunciação da problemática e fortemente disputadas até hoje, como ocorre com a Reforma Sanitária e com o SUS.

Na área da Saúde as contradições vivenciadas nessa longa trajetória possibilitaram que as forças sociais organizassem estratégias, dentro das convergências possíveis, desde as universidades às donas de casa, movimento estudantil, classe trabalhadora, intelectuais e profissionais da classe média, de saúde, educação, movimentos sociais comunitários e das mulheres, sindicatos, parlamentares, partidos políticos, dentre tantos outros, e viabilizassem o mais contemporâneo Movimento Sanitário, aproveitando estrategicamente o momento político resultante da chamada crise do pós-1974. E assim promovessem, com muitos debates, embates e capacidade propositiva e política, naquele momento, o marco histórico que foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), assumindo coletivamente a proposta da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), em 1986.

A redemocratização da sociedade e do Estado brasileiros e a implantação dessa Reforma são fenômenos político-sociais indissociáveis, daí a noção de direito à saúde ter assumido lugar central no desenvolvimento do Movimento e da concepção da Reforma, fortalecido pela apresentação do principio da universalidade durante a Constituinte de 1987 (que elaborou, contraditoriamente, a

Constituição Federal de 1988), inerente à noção de cidadania plena ou ampliada, que nem mesmo o discurso liberal-conservador pôde ignorá-lo diante do enraizamento dessa ideia na sociedade, segundo Campos (2007).

É desnecessário redundar sobre os limites do desenvolvimento desse direito em uma sociedade em que prevalece a lógica de mercado, principalmente frente a uma compreensão de saúde como produto das condições objetivas de existência, determinadas socialmente, em que "a manutenção do estado de saúde depende da ação articulada de um conjunto de políticas sociais mais amplas relativas ao emprego, salário, previdência, educação, alimentação, ambiente, lazer etc." (PAIM, 1986, p. 92), como defendeu o Movimento Sanitário, naquele momento.

Tal compreensão enfatiza a amplitude do direito à saúde para muito além da noção básica do processo setorial exclusivo de formulação de políticas de saúde, ou seja, como "*um elo integrador* que teria de permear todas as políticas sociais do Estado e balizar a elaboração e a implementação das políticas econômicas" (idem, grifo nosso). Essa abrangência foi bastante acentuada na discussão sobre direito à saúde, cidadania e Estado, na marcante 8ª CNS, o que demarcava, claramente, a diferença entre a saúde como bem público e como bem-mercadoria, expressões que sintetizam as propostas que polarizavam as intensas discussões, articulações, negociações em torno do tema desde os debates prévios à 8ª CNS, que representam ainda o que está ocorrendo no âmbito do SUS que temos, como vimos na descrição da problemática na qual se insere nosso objeto de estudo.

A construção desta e de muitas outras noções estruturantes da Reforma Sanitária, como a integralidade, equidade e sua proposta de política pública, o SUS, criado em 1990 para enfrentar tanto as condições de saúde como as de organização do "sistema" existentes, foi iniciada na vertente da academia, muito antes da 8ª CNS, na concepção de alguns autores, como Escorel (1998, 2005), Paim (2006, 2008) e Arouca (2003), no período entre 1967 e 1977, que abarcou a criação dos departamentos de Medicina Preventiva, impulsionados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), como confirmam Mendes (1993) e Lima (2002).

Resultou do esforço crítico de compreensão da saúde por meio da incorporação das ciências sociais e superação das visões das correntes dominantes do funcionalismo sobre o equilíbrio universal, a neutralidade do positivismo, assumindo a sociedade como composta por classes em situação de conflito e lutas (ESCOREL, 1987, *apud* Arouca, 2003). Essa vertente

veio subsidiar, teoricamente, por meio de matrizes conceituais capazes de fundamentar, mobilizar e acolher no Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), os demais segmentos do Movimento Sanitário, uma multidão de homens e mulheres mobilizados em um movimento pela democratização da saúde (PAIM, 2008), naquele contexto.

Esse esforço de construir uma teoria social da saúde foi considerado as bases universitárias do Movimento Sanitário (ESCOREL, 1998), para o que contribuiu, decisivamente, a crítica à Medicina Preventiva[38] como alternativa para as necessidades de transformações estruturais das sociedades e da saúde na América Latina, possibilitando o surgimento da Saúde Coletiva (termo utilizado no Brasil), relacionada à proposta da Medicina Social, marcando o tipo de compromisso, valores e concepções defendidos pelo Movimento e pela Reforma Sanitária Brasileira.

A Saúde Coletiva distancia-se da Saúde Pública pela sua origem nos movimentos sociais, e não a partir do Estado ou das classes dominantes (PAIM, 2006), nos quais a defesa da vida individual e coletiva é central para a concepção e incorporação de formas de organizar o sistema, o processo de trabalho e, consequentemente, a formação dos trabalhadores. Nesses termos, o Movimento Sanitário é definido como "um conjunto articulado de práticas ideológicas, políticas, científicas, teóricas, técnicas e culturais" (PAIM, 2008, p. 34), e a Reforma Sanitária como um fenômeno sócio-histórico constituído por momentos representados como ideia-proposta-projeto-movimento-processo portador de historicidade, "o que permitiria a sua identificação em uma dada conjuntura e a sua permanência processual como cristalizações e transformações possíveis de serem observadas no presente" (idem, p. 35). Histórico porque é a "realização de sujeitos sociais diante de circunstâncias, o que implica certa intencionalidade e, ao mesmo tempo, o reconhecimento das limitações estruturais e dos constrangimentos conjunturais" (idem, p. 35).

---

[38] Construída por parte dos professores e alunos dessa disciplina do ensino médico em São Paulo, de base marxista, que provocou a tese de doutoramento de Arouca, defendida em 1976, na Unicamp, intitulada *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva, no contexto de disputa das formações discursivas Medicina Social e Medicina Preventiva nos anos 60-70* pela orientação da prática médica e da saúde. Da Medicina Preventiva analisada desvela-a como prática ideológica e a relação orgânica da sua formação discursiva "aos grupos hegemônicos da sociedade civil e existindo como uma norma [a atitude preventivista] que não se instaura por suas próprias contradições decorrentes da articulação da medicina com o econômico, na prática" (AROUCA, 2003, p. 150), donde decorre o seu dilema. Essa tese é considerada um dos marcos fundamentais para essa nova abordagem da saúde, que gerou uma reviravolta (ESCOREL, 1987; 2005) e um dos legados do autor, além da liderança do movimento, da VIII Conferência e da formulação e implantação da Reforma Sanitária.

Nesta perspectiva, torna-se importante destacar a contribuição de trabalhos de medicina comunitária e projetos surgidos no período centrados no modelo de extensão de cobertura, respectivamente nos Estados de São Paulo (Campinas), Minas Gerais (Montes Claros) e em Pernambuco (Recife e Caruaru), como exemplos daqueles que buscavam evidenciar a possibilidade de propostas alternativas ao modelo vigente (MENDES, 1993). Essas experiências concretizavam, nos limites dos seus contextos, a construção de um novo pensamento e ação em saúde, afirmando-a como direito na vida das pessoas às quais alcançavam.

Vale relembrar então, a importância da forma como uma política de saúde se expressa no modelo tecno-assistencial que a representa e como este, por sua vez, mobiliza os saberes tecnológicos (ciências da saúde, epidemiologia, comunicação etc.) e aponta para um modo específico de organizar como será a produção das ações (em serviços, estratégias, projetos etc.), expressando sua intencionalidade no desenho assistencial que institucionaliza.

Esses modelos tecno-assistenciais são projetos políticos, antes de tudo (MERHY, 2006), sustentando ou não propostas políticas que materializam, por contradição ao modelo hegemônico, a Reforma Sanitária Brasileira como parte das lutas sociais por um tipo novo de sociedade ou apenas um novo tipo de Sistema de Saúde ou renovam o velho, dentre tantas possibilidades. Como vimos nas seções anteriores deste capítulo, os modelos coexistem e disputam espaço e poder no âmbito do SUS desde o seu inicio, das mais diferentes formas, requerendo um esforço adicional na busca da integralidade da assistência, do respeito ao usuário, ao controle social, à cooperação entre os diversos profissionais de Saúde na produção do cuidado para além dos procedimentos, dentre outros desafios.

Para compreender a ação histórica movida pelos sujeitos dentro de circunstâncias concretas em prol da Reforma Sanitária e o movimentar das suas perspectivas contra-hegemônicas, vamos dedicar especial atenção à 8ª CNS, realizada de 17 a 21 de março de 1986, por: a) representar o maior momento de convergência das forças sociais que a promoveram; b) ser referida como o mais amplo debate sobre saúde que o país vivenciou; e c) alcançar que suas propostas (emanadas dos 135 grupos de trabalho sistematizadas no relatório aprovado na plenária final) tenham sido, em parte, incorporadas na Constituição de 1988, dando concretude à conquista legal/formal do SUS e, principalmente, da saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1986), amparado constitucionalmente.

Estruturado em três eixos temáticos: 1) saúde como direito inerente à cidadania; 2) reformulação do sistema nacional de saúde; e 3) financiamento do setor Saúde, cujas discussões foram subsidiadas por textos encomendados a diversos acadêmicos, intelectuais e especialistas, que, em alguns casos, também participaram das três mesas-redondas, o texto elaborado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), um dos sujeitos coletivos do Movimento Sanitário, no qual estavam presentes, dentre outras análises e propostas, uma dada configuração de Estado, projeto de sociedade a ser desenvolvido nos anos seguintes, subsidiou, com elementos teóricos, científicos e técnicos, sindicatos, igrejas, organizações civis e partidos políticos (atuantes aparelhos privados de hegemonia), com vistas a desencadear um amplo debate nacional em torno da Reforma Sanitária a partir de 1987, servindo de referência para os demais textos e intervenções (PAIM, 2008), evidenciando a relação indispensável entre prática teórica e prática política, intelectuais-povo-nação, nos dizeres de Gramsci.

Assim, os debates ocorreram no âmbito dos grupos e das plenárias das respectivas mesas, além da plenária final. Estavam presentes 4 mil pessoas, dentre as quais mil delegados oriundos das pré-conferências estaduais (BRASIL, 1986).

As discussões e recomendações explicitaram o corpo doutrinário da Reforma e um conjunto de proposições políticas[39] consubstanciando o projeto, referências fundamentais para o objeto deste estudo; segundo o relatório, alcançaram "alto grau de consenso quanto ao encaminhamento das grandes questões, apesar da diversidade de propostas quanto às formas de implementação" (idem, 1986, p. 1).

Na introdução é dito que alguns pontos precisariam ser destacados, uma vez que a simples leitura das conclusões não permitiria que fossem captadas as ênfases ocorridas nos debates, sendo a primeira a abrangência das modificações no setor Saúde, que evidentemente deveriam transcender os limites de uma reforma administrativa e financeira, tornando-se uma reformulação mais profunda, ampliando o próprio conceito de saúde, alterando a correspondente ação institucional e o arcabouço legal sobre os níveis de atenção (promoção,

[39] Baseamo-nos fundamentalmente no Relatório Final e em PAIM. J. S. *Reforma Sanitária Brasileira*: contribuição para compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Este estudo teve o caminho inspirado na tese de Arouca [publicada em 2003, *pós morte*] dada a sua intenção de focalizar a Reforma em si considerando que esta "não se enquadra completamente no que se convencionou chamar de políticas sociais (ou de proteção social) nem se limita ao tópico das políticas de saúde" (2008, p. 28), e fundamenta a perspectiva da RSB como reforma social.

proteção e recuperação), "constituindo-se no que se convencionou chamar de Reforma Sanitária" (ibidem, 1986, p. 1).

A segunda refere-se ao SUS e sua natureza jurídica, se estatizado ou não, de forma imediata ou progressiva – a questão que mais mobilizou a discussão. O consenso se deu em torno da necessidade de fortalecimento e expansão do setor público e que a atuação do setor privado teria o caráter de serviço público concedido e regido por normas do Direito Público, sendo recusada a proposta de estatização imediata.

As duas outras questões que até hoje representam grandes dificuldades para o alcance do direito à saúde como "elo integrador que teria de permear todas as políticas sociais do Estado e balizar a elaboração e a implementação das políticas econômicas" (PAIM, 1986, p. 92), tal como discutido no eixo temático específico e constante do texto elaborado por esse autor[40], estavam contidas nos eixos 2 e 3, respectivamente: separação da saúde e previdência visando ao financiamento próprio da saúde, que receberia o repasse dos recursos gastos com o Inamps até que este orçamento fosse constituído. A inexistência de um sistema de seguridade social e do financiamento condizente com as diretrizes do SUS público são fortes determinantes das iniquidades sociais preservadas no Brasil, apesar das lutas e das inúmeras propostas já debatidas e da implantação do SUS, a duras penas, desde 1990.

Sinteticamente, a discussão do direito à saúde inerente à cidadania possibilitou que os sujeitos políticos do projeto da Reforma Sanitária lançassem forte crítica, por meio da 8ª CNS, referenciados na expressão-chave do texto da Abrasco – Saúde: direito de todos e dever do Estado, dentre outros aspectos, aos impeditivos à gestão pública das instituições próprias do Estado, evidenciando o cruel aprendizado, mencionado por Teixeira (1987, p. 92, *apud* PAIM, 2008, p. 105), promovido nos governos autoritários acerca de que nem tudo que é estatal é público, frente à prática clientelista de utilização da coisa pública prevalente no período.

Foram acentuadas a necessidade de efetiva publicização, por meio da transparência dos aparelhos do Estado (no sentido restrito), do "controle público dos serviços estatais, da gestão pública das instituições (inclusive empresas privadas) no sentido de se contrapor ao 'estatismo autoritário'" (PAIM, 2008, p. 104) presente na nossa história, e a pertinência de examinar a natureza do Estado capitalista, apesar de o Estado de Bem-Estar Social ter relação com o

[40] PAIM, J. S. *Direito à saúde, cidadania e Estado*. Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.

surgimento do direito à saúde nessas formações sociais, alertando dos riscos quando as forças conservadoras assumem o poder e a economia vai mal e as primeiras reações do Estado se dão sobre as políticas sociais.

Os limites e possibilidades da construção da cidadania e sua defesa como contra-hegemonia na transição democrática (1985-1988), por meio da implementação de políticas sociais, foi debatida como forma de realização do conteúdo da democracia da qual o Movimento e a Reforma estavam falando naquele contexto, dentro das relações de poder existentes, evidenciando a responsabilidade do setor saúde com a população no bojo da universalização pretendida.

Reconhecidas as determinações da estrutura da sociedade sobre o perfil de saúde das pessoas e coletividade, sua dependência das condições de vida e das relações "que os homens estabelecem entre si e com a natureza, através do trabalho" (idem, p. 107), era necessário que a saúde fosse compreendida como resultado da "ação articulada de um conjunto de políticas sociais mais amplas, relativas ao emprego, salário, previdência, educação, alimentação, ambiente, lazer etc." (PAIM, 1987, p. 47, *apud* PAIM, 2008, p. 107), relacionando-a com a seguridade social, às questões educacionais e científico-tecnológicas, entre outras, deixando de ser vista apenas como assistência a saúde e/ou beneficio assistencial, o que a fazia viver das sobras orçamentárias da Previdência naquele momento.

Desse modo, o conceito ampliado de saúde, claramente relacionado à totalidade social (sentido, inclusive, da ênfase na intersetorialidade), é reconhecido como produção teórico-crítica da Saúde Coletiva e foi incorporado posteriormente na Constituição Federal de 1988 e demais regulamentações da Saúde, permanecendo até o momento. A participação da comunidade, o atendimento integral e a rede regionalizada, assim como o SUS, foram recolhidos dos movimentos da Medicina Preventiva e Saúde da Comunidade, cujas raízes históricas e vínculos orgânicos de classe diferem da Saúde Coletiva e de uma proposta de reforma social, evidenciando um esforço de superação dialética desses conceitos em uma concepção historicamente superior, universal.

Segundo Paim (2008), autores que analisaram mais recentemente os documentos da 8ª CNS apontaram posturas mais radicais nesses discursos do que a postura moderada do presidente da Fiocruz Sergio Arouca, cuja conferência *Saúde é Democracia* levantou a plateia e foi entendida como "mais mediadora de manter a ocupação de espaços nos interstícios do

governo que não podiam ser abandonados nesse momento e levantar as bandeiras das forças populares alinhadas ao Movimento Sanitário" (GERSCHMAN; VIANA, 2005, p. 315, *apud* PAIM, 2008, p. 108).

Essas diferenças evidenciadas no contexto dos debates e mesas-redondas supostamente exemplificam as razões que levaram o relator a registrar o consenso nas questões mais amplas e o dissenso nas formas de implementação, evidenciados nos três eixos, fortemente presentes nas discussões da passagem do Sistema Nacional de Saúde do regime militar para o Sistema Único de Saúde democrático que se intencionava.

As discussões sobre financiamento e o tipo de participação do setor privado refletiam a diversidade de perspectivas dos participantes em termos de projetos históricos e suas mediações e, ao mesmo tempo, a necessidade de garantir junto à Constituinte o convergente direito à saúde com vistas à nova Constituição Federal, de 1988. Tais circunstâncias possibilitaram um *mix* de discursos democráticos e racionalizadores, propostas que sustentavam desde a socialização imediata da saúde à via institucional como estratégia de construção dessa reviravolta na saúde e na sociedade, em que, consequentemente, a democratização do Estado foi objeto de posições polarizadas entre democracia popular e Estado de direito burguês, pela via da radicalização da democracia ou da democracia progressiva. As forças sociais estavam disputando a perspectiva de democratização da sociedade brasileira que seria inscrita na Carta que Ulysses Guimarães chamou de "Constituição Cidadã".

Contudo, no limite das referências consultadas, as recomendações da 8ª CNS não deixam dúvida sobre a ambição mais ampla da Reforma, pois a criação do SUS já constava como a primeira recomendação do Eixo 2 - Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e as ênfases destacadas pelo relator apontavam nesse sentido, como vimos.

Após a Conferência, no período que precedeu a Lei Orgânica da Saúde (que muitos chamam de Lei do SUS), em que os momentos ideia, proposta e projeto já haviam sido vivenciados, chegou-se ao processo, que começa com a institucionalização das deliberações e mostra a complexidade do seu projeto pelos componentes políticos, jurídicos, organizacionais e culturais envolvidos, confirmando a natureza política do processo e explicitando as ambiguidades na sua definição da Reforma, que iam de uma concepção socialista de democratização da sociedade aproximada ao pensamento de Antonio Gramsci a uma reforma

setorial interna à ordem capitalista, como o que ocorreu com o Sistema Nacional de Saúde inglês [NHS].

No final da década de 1980, a RSB tornou-se objeto de distintas pesquisas, definições, críticas às modificações reformistas no modelo assistencial, à concepção restrita, reduzindo-a até mesmo à reforma institucional (distanciando-se das recomendações e na lógica do possível), diante da relação estabelecida entre as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) com a Reforma Sanitária, o que leva a pensar que, "na medida em que o direito à Saúde encontra sua materialização no SUS, reforça a dimensão institucional da Reforma Sanitária, secundarizando outros elementos da 'totalidade de mudança'" (PAIM, 2008, p. 163). Contudo, apesar das ambivalências mais ou menos superadas, a via institucionalista foi mais e mais assumida, assim como a convicção de que as propostas de mudança, naquele contexto, deveriam ser conquistadas na sociedade nos marcos de regras democráticas, para evitar o risco de fracassarem. "Todos pareciam reformistas", conclui Paim (2008, p. 163).

As dificuldades vivenciadas para unificar o sistema e descentralizá-lo (municipalização, regionalização); contar com o apoio dos profissionais e da população para as estratégias de transição; estabelecer uma nova relação entre trabalhador da Saúde e usuário de forma compatível com a visão de sujeitos de direito, dentre outras, salientaram a dimensão sociocultural da Reforma, apontando para a necessidade de reflexão sobre a politicidade das práticas de saúde. Outras visões, já presentes no movimento sanitário, questionando os limites da visão de saúde como resultado da determinação social e histórica[41] procuraram superar "lacunas teóricas e ausências de práticas solidárias ao processo da Reforma Sanitária" (idem, p. 166), recuperando aspectos culturais, principalmente os psicológicos e subjetivos (simbólicos), questionando a visão economicista/estruturalista das necessidades de saúde (restrita ao resultado das formas de organização da produção) que predominava como fundamento epistemológico desde as origens das formulações na década de 1960, indicando que a transformação das

[41] A Saúde Coletiva como superação da Medicina Preventiva desenvolveu uma produção teórica centrada originalmente nos dois conceitos estruturais: determinação social das doenças e processo de trabalho em Saúde. A influência, a contribuição e os limites da concepção histórico-estrutural à área da Saúde foram objeto de diferentes análises e autores, ressaltando a lacuna no que tange ao tratamento dado aos níveis político e ideológico e suas relações contraditórias com os outros níveis, como o econômico. Ver TEIXEIRA, S. F. *Reforma Sanitária*. São Paulo: Cortez,1989; CAMPOS, G. W. S. *A construção de um projeto neoliberal para a saúde no Brasil:* os médicos como cimento da argamassa conservadora. Agosto, 1990 (mimeo).

práticas exigia a revisão das concepções de saúde e doença e do objeto – necessidades de saúde –, pela existência de outros fatores que contribuíam para acentuar as iniquidades.

Para Rodriguez Neto,

> se pelo lado da questão saúde a Medicina Social tinha introduzido novos conceitos e aberto outros campos de intervenção além de prevenir/diagnosticar/curar, quais sejam a determinação social do fenômeno saúde/doença e a organização das práticas, serviços e sistemas de atenção à saúde, pelo ângulo da política a visão que predominava no movimento era reformista, ainda que tendo no horizonte o socialismo (1997, p. 63, *apud* PAIM, 2008, p. 166).

Na visão de Paim, o "epistemicídio sofrido pela epidemiologia crítica no Brasil pode ter impedido o desenvolvimento dessa linha de investigação, influenciando negativamente a produção de conhecimentos sobre o componente saúde da RSB" (2008, p. 168), impactando no desenvolvimento da teoria da determinação ou produção social do fenômeno saúde-doença no campo da Saúde. Essa temática só recebeu investimentos para pesquisas após a constituição da Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS), pelo Ministério da Saúde, em 2006.

Entretanto, o enfrentamento teórico-prático da implantação da RSB/SUS durante toda a década de 1990 produziu novas recomposições conceituais, conhecimentos e alternativas de práticas a partir da reflexão teórica sobre tecnologias (materiais e não materiais) e o modelo de organização tecnológica do trabalho em saúde[42] que expressaram as produções de distintos centros acadêmicos da Saúde Coletiva, problematizando o economicismo e o estruturalismo de suas origens e explorando alternativas teóricas, buscando responder aos desafios que o processo apresentava cotidianamente (idem, p. 170).

O conceito de práticas de saúde, pouco considerado anteriormente, passou a balizar a implementação da Reforma Sanitária, apoiando o surgimento de novas propostas, como a Vigilância em Saúde, que possibilita articular o processo saúde-doença no plano coletivo com as ações (intersetoriais, inclusive) que objetivam intervir sobre os riscos, danos e determinantes socioambientais, estimulando uma "reatualização da reflexão sobre promoção da saúde e qualidade de vida" (idem, p. 170). Essas propostas foram desenvolvidas por linhas de pesquisa,

[42] O conceito de tecnologia subjacente a essas formulações considera as ações de trabalho que põem em movimento uma ação transformadora da natureza e as práticas de saúde como trabalho social. Tecnologia passa a ser entendida como "o conjunto de saberes e instrumentos que expressa, no processo de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social "(MENDES GONÇALVES, 1994, p. 32, *apud* DICIONÁRIO de Educação Profissional em Saúde, 2009).

experimentações sobre práticas de saúde, modelos de atenção, planejamento e gestão em diferentes grupos e instituições no País.

Com base neste entendimento, Paim (2008) considera que

> a valorização da dimensão subjetiva dessas práticas, das vivências dos usuários e dos trabalhadores do setor, além da preocupação com a constituição de sujeitos sociais, tem proporcionado espaços de comunicação e diálogo com outros saberes e práticas, abrindo novas perspectivas de reflexão e de ação (p. 170).

Concretamente, como principal instrumento de materialização da política pública de saúde, o SUS, proposição ousada de um sistema universal em um país capitalista periférico, inclusive pela arquitetura institucional que o caracteriza, marcou as políticas de desenvolvimento social e a reconfiguração das relações entre Estado e sociedade e se tornou o principal foco de atuação e formação de milhões de trabalhadores e pesquisadores (BAHIA, 2010). Esse sistema-política está definido na Lei Orgânica da Saúde (n º 8.080/90) Título II – Art. 4º: "o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui Sistema Único de Saúde - SUS" (BRASIL, 1991, p. 8). No § 2º está a condição de participação da iniciativa privada, alvo de grande discussão e tensão na 8ª, como já sinalizamos, nos seguintes termos: "A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde - SUS em caráter complementar" (idem, p. 8).

Pela preservação e ampliação das relações público-privadas após 25 anos de implantação do SUS, as inquestionáveis distâncias entre o que existe e as proposições da 8ª CNS, assim como os conteúdos das políticas públicas governamentais "com assinaturas institucionais de diferentes coalizões partidárias em distintas conjunturas (BAHIA, 2010, p. 153), tornam necessárias indagações sobre o polissêmico SUS, a renúncia dos dirigentes das instituições públicas de saúde de retomar as diretrizes que enfatizavam o seu caráter público e as políticas públicas que apoiam e fortalecem o desenvolvimento do privado na rede SUS. Se tais questões não forem explicitadas e enfrentadas, dificultará a compreensão das realistas relações entre o público e o privado no sistema público de saúde do Brasil (idem, p. 153).

Nas Disposições Gerais está expresso o direito à saúde discutido anteriormente, formulado da seguinte maneira: Titulo I – Art. 2º:

> A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. § 1º - O dever do Estado de

> garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1991, p. 7-8).

A concepção da produção social da saúde que respalda o conceito ampliado e fundamenta a relação dessa prática com a totalidade social está logo a seguir, no Art. 3º.

> A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.
> Parágrafo único: Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (idem, 1991, p. 8).

As práticas alternativas ao modelo historicamente hegemônico, referidas por Paim, estão presentes no SUS e têm como mais forte exemplo a Estratégia Saúde da Família. Compõem-se, também, de outras iniciativas consideradas inovadoras sediadas no nível municipal, com forte identidade construída no local, articulando universidades, secretarias estaduais e/ou municipais, conselhos e usuários, serviços e comunidades, tematizadas nas Conferências Nacionais de Saúde desde 1996, integrados inclusive a projetos político-pedagógicos de graduação da área da Saúde dos quais emanam os docentes da EPTNM, estimulados por projetos indutores do Ministério da Saúde, como Pró-Saúde, ações integrantes do Pacto de Gestão e a Estratégia Saúde da Família, dentre outros, inclusive em nível de pós-graduação *lato sensu*, como o Pró-Residência, destinado a médicos e especialistas, e a Residência Multiprofissional, para os demais profissionais.

Esses exemplos mostram que as concepções e estratégias consideradas contra-hegemônicas a serviço da concretização do direito à saúde estão presentes no Sistema, portanto supostamente passíveis de estabelecer relações com a formação dos profissionais/trabalhadores. Esse potencial vínculo ensino-trabalho em Saúde tem uma dada expressão nas parcerias entre as Escolas Técnicas de Saúde do SUS (ETSUS) com os serviços de que procedem aos seus alunos, trabalhadores do SUS, e estão previstos e financiados nas pactuações vigentes nesse momento para todos os gestores. Essa possibilidade foi uma construção histórica árdua na perspectiva de que a integração ensino-serviço possibilitasse que a materialidade da saúde (nos serviços e demais espaços do cuidado) fosse produzida e apropriada pelos processos de formação e vice-versa.

A repactuação de responsabilidades em relação à Saúde no Brasil (após dezesseis anos da implantação do SUS e vinte anos da 8ª CNS), englobando o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, assinado em 2006 com a participação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Conasems e aprovado no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), composta por Ministério da Saúde, Conselhos de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, respectivamente, avançou no repasse direto de recursos para os estados e municípios e no bloco de financiamento relacionado à gestão do SUS. Estão aí incluídas as ações relativas à gestão do trabalho e educação na saúde.

Dentre estas se situam os projetos e processos de formação técnica, educação permanente (continuada) e pós-técnicos, preconizando que sejam orientados pelo principio da integralidade da atenção à saúde. Nesse mesmo bloco estão também as ações relacionadas aos vínculos de trabalho para que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores, por exemplo.

A realidade da precarização dos vínculos e das múltiplas formas de contratação também indaga sobre o SUS público que está subsumido, embora as pactuações continuem sendo repactuadas, em princípio, no interesse do SUS, da razão publica, no interesse público, para distribuir bens públicos. Com tal intencionalidade, nada mais justo que sejam avaliadas pela coerência em relação aos princípios que norteiam a coisa pública em nome da qual falam. Por isso, está de volta a pergunta: de qual SUS estão falando? Quais são as noções de Direito e de público que sustentam as escolhas que dão movimento às ações?

Portanto, fazer qualquer avaliação sobre o SUS no século XXI significa estar atento para as mudanças de perspectiva em relação aos seus princípios publicistas, principalmente a partir das ações do Estado. Na visão de Bahia (2010), é preciso atentar para a perda significativa da visão de historicidade e das contradições que caracterizam a realidade social brasileira e, consequentemente, a construção do SUS, evidenciada no uso, por diferentes agentes da narrativa oficial, de dados e referências quantificadoras supostamente neutras e individualizantes, sustentados no triunfalismo em termos dos indicadores econômicos (ou das medidas para controlá-los) relacionados às avaliações sobre as políticas sociais, as políticas de saúde e especialmente o SUS.

Esta postura vai distanciando-o da “estrutura e dinâmica da produção e distribuição de riscos, de problemas de saúde e dos bens e serviços disponíveis para respondê-los” (BAHIA,

2010, p. 75), transmitindo a impressão de que o SUS especialmente já pode ser visto como um projeto encerrado e vitorioso, quando muito carente de reparos incrementais, tornando invisíveis os conflitos sociais e substituindo "análises críticas, inclusive o balizamento cuidadoso dos avanços e a formulação de projetos estratégicos de reforma – por uma crença tecnocrática" (idem, p. 74). Alerta, contudo, que também não é menos danoso o conteúdo de teses oposicionistas que menosprezam "a ascensão social de milhões de brasileiros – cuja renda os caracterizava como miseráveis –, a ampliação das coberturas das equipes de saúde da família, bem como o maior acesso a medicamentos" (idem, p. 75), porque não contribuem para a problematização da realidade.

Pelo que já foi discutido até aqui, cremos que a indissociável relação entre o SUS, a Reforma Sanitária, a 8ª CNS e o Movimento Sanitário está explicita também pelo laço comum que é a natureza política, dependente do desenvolvimento da sociedade brasileira como um todo, de forma contraditória, implicando avanços e recuos. Para Campos (2005, p. 7),

> há evidências de que o SUS seja uma política que distribui renda e aumenta direitos, por meio da ampliação do acesso a serviços preventivos e assistenciais, elevação da esperança média de vida dos brasileiros, diminuição da mortalidade infantil, entre outras. No entanto, questiona-se a velocidade e a radicalidade com que essas mudanças vêm ocorrendo, já que se reconhece a impotência do SUS em eliminar distorções gritantes, quer regionais, quer entre classes sociais. [...] O SUS é um bom exemplo de reforma democrática do Estado, ainda que esteja apenas do meio do caminho. [...] O SUS tem limites. Ações de saúde não são suficientes para reverter a desigualdade brutal existente em nosso país. Para isso, é preciso se opor à lógica instrumental e desumana da política econômica dos últimos 20 anos, que subestima o bem-estar e hipervaloriza o controle monetário e fiscal. Essa é uma tarefa para mais de uma geração. Mas é a luta política que vale a pena.

O SUS é um avanço em muitos aspectos, principalmente se considerada a situação anterior a 1988, mas ao longo da sua existência, segundo Bahia, "as políticas públicas de apoio às empresas de planos e seguros de saúde e estabelecimentos assistenciais foram intensificadas e diversificadas em nome do direito universal à saúde" (2010, p. 173). Ou seja, em nome do SUS e da Reforma Sanitária.

Para explicitar melhor as origens desse processo, Bahia argumenta: "a construção dos pilares estatais de apoio à privatização da assistência a saúde não é simples nem recente (como vimos no resgate histórico da saúde como política); precede ao SUS e se entranha na arquitetura das relações contemporâneas entre público e privado" (idem, p. 174), embora seja esta uma

determinação que não costuma constar entre as interpretações sobre a sobrevivência dessa relação no contexto pós-SUS até hoje.

Não podemos esquecer que o Sistema Único de Saúde é inscrito na Constituição, marcado pelo seu caráter público, único e descentralizado e pelos princípios da integralidade, da universalidade, da equidade, da participação popular e do controle social. Transcorridos mais de 20 anos, a defesa do SUS público e estatal foi reiterada na 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 2011, conforme as diretrizes aprovadas. Destacamos a Diretriz 1 - Em Defesa do SUS – Pelo direito à Saúde e à Seguridade Social, itens 2 e 3:

> 2. Garantir que o SUS se mantenha como política de Saúde Pública e oficial do Estado brasileiro, assegurando a gestão das políticas específicas e de todos os seus serviços próprios, nos três níveis de governo, exclusivamente pelo setor público. Considerando-o como grande gestor, não segmentado, que deve exercer o controle, a regulamentação e a fiscalização de todos os serviços e ações de saúde, inclusive os de natureza privada, de modo a estabelecer a preponderância do interesse público sobre o privado e a garantia dos direitos dos cidadãos em todos os âmbitos institucionais.
> 3. Reafirmar o SUS como política pública e patrimônio do povo brasileiro, que exige respeito e não pode conviver com desvios na aplicação dos seus recursos, cujas ações devem refletir a realidade e atender à vulnerabilidade e diversidade social, melhorando o acesso e o acolhimento em toda sua rede, conforme os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção em saúde para melhorar a qualidade de vida e garantir assistência digna à saúde de todas as pessoas (BRASIL, 2012).

Em tese, contrariando o pensamento ufanista sobre o qual Bahia já alertou, foi realizada a avaliação pelo Ministério da Saúde utilizando uma metodologia de avaliação de desempenho de sistemas de saúde – o Índice de Desempenho do SUS – IDSUS, que mede o acesso e a qualidade dos serviços da rede pública, nos municípios de todo o país, segundo o jornal *O Globo* publicou em março de 2012, o "SUS está muito longe da perfeição",

> ainda está longe de oferecer aos brasileiros um atendimento digno: apenas 6,2% dos municípios têm um serviço público de saúde de boa qualidade [...], só 347 municípios tiraram nota acima de 7 [43] na nova avaliação – e 345 deles estão nas regiões Sul e Sudeste. Juntos, reúnem apenas l,9% da população brasileira. [...] Em 73,1% dos municípios os serviços de saúde podem ser considerados só razoáveis, e 20% foram reprovados no novo indicador. A [...] média nacional ficou em 5,47, ou seja, passou raspando (SOUZA, 2012, p. 3).

O diretor do Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS considerou a nota "razoável para o estágio que nós temos", mas não esclareceu o que isso significa após todos

[43] Nota entre 0 e 6,9 significa que o SUS local não oferece boa qualidade nos serviços de saúde.

esses anos. Os indicadores de acesso aos serviços, incluindo os procedimentos de alta complexidade, foram os que mais influenciaram a nota de cada município. Algumas características do processo avaliativo mostram semelhança com a tradicional perspectiva da avaliação classificatória utilizada no processo de escolarização e como medida, inclusive pelo limiar tênue e rígido para estar entre os bons ou os razoáveis.

Os que obtiveram a nota entre 6,0 e 6,9 totalizam 26,1% dos municípios brasileiros e correspondem a 24,5% da população, ou seja, alguns (serviços, trabalhadores, equipes, munícipes, conselhos de saúde, gestores, usuários) se tornaram razoáveis por um décimo a menos da linha de corte para estarem entre os de boa qualidade. Os que obtiveram nota entre 5,0 e 5,9, ainda assim, maior que a nota obtida pelo SUS nacional, totalizam 47% dos municípios e 46,5% da população brasileira.

Somados, significa que 72,6% dos municípios, por uma diferença de no máximo dois décimos quase são capazes de possuir um serviço público de boa qualidade, na perspectiva do ranking do SUS, como denominou o jornal, "no estágio que nós temos" (*sic*). Contudo, como não foi manifestada a este respeito nenhuma consideração que pudesse esclarecer ao público o que tal diferença pode significar em termos do acesso ou da qualidade, frente aos indicadores utilizados e sobre o ponto de partida para a condição atual, ficam a nota e a reprovação do setor público para somar-se no imaginário social ao desvalor da coisa pública já existente.

Algumas revelações da avaliação são exemplos também de que o desenvolvimento econômico continua preservando as desigualdades internas no período pós-SUS, o que desafia profundamente qualquer princípio de igualdade de assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, principalmente nos limites de uma reforma institucional. O atual ministro da Saúde, Alexandre Padilha, disse que só ficará satisfeito quando a nota for 10.

Entendemos que qualquer semelhança com as intenções explicitadas em relação às políticas de avaliação preconizadas para a Educação Básica, por exemplo, não deve ser coincidência. O índice será divulgado a cada três anos, mas se houver melhora da nota haverá mais verba.

Mas o trabalho que produziu os bons, os razoáveis e os reprovados tem uma característica marcante e uma força de trabalho que o produzem, e como a avaliação tem foco no usuário, segundo o ministro, é muito importante que o usuário analise o efetivo valor de uso que os serviços prestados pelo SUS (privado-público ou público-privado?) estão tendo para ele.

E que os gestores e profissionais possam reconhecer-se ou não nessa avaliação, assim como subsidiar as suas buscas pela maior convergência com as necessidades em saúde da população. Como dizem Merhy e Franco,

> o "trabalho em saúde" deve pautar-se pelo "referente simbólico": ato de cuidar da vida, em geral, e do outro como se fosse de fato a alma da produção da saúde. E assim tomar como seu objeto central o mundo das necessidades de saúde dos usuários individuais e coletivos, expressos como demandas pelas ações de cuidado (2006, p. 280).

O trabalho em saúde "vivo em ato" (idem, p. 280) é o trabalho imaterial que caracteriza o modo de produzir saúde e educação, detentor por sua vez de materialidade simbólica inquestionável (tanto para os trabalhadores como para os usuários), baseados fundamentalmente na relação intersubjetiva como sua principal mediação, que só tem "materialidade em ato" (ibidem, p. 281).

O impedimento ao acesso e à qualidade do ato de ser cuidado é a supressão do direito à saúde, mas o acesso sem qualidade também o é. Portanto, sem essa consciência crítica da capacidade do trabalho humano de produzir direitos – ao trabalho, ao conhecimento, ao atendimento de necessidades, à humanização de si mesmo e do outro –, o trabalhador em saúde não considerará o quanto depende do usuário para constituir-se e para que o seu trabalho tenha sentido para si e socialmente.

Assim, ser profissional não basta; precisa ser, para si, trabalhador em saúde, como muitos outros, no processo de produção do valor de uso que materializa o direito à saúde como bem público, no caso do SUS público, apesar da condição de subsunção ao capital (BOMFIM, 2008) presente nas relações sociais contemporâneas – por conseguinte, em todas as dimensões da vida.

A cidadania plena de ambos depende disso, mas o chão da construção dessa compreensão em um contexto privatizante, que se baseia na saúde-mercadoria, inclusive no espaço público e em nome do SUS, não produzirá a materialidade das relações com o trabalho e no trabalho produtivo desses atos que permita tal internalização/subjetivação.

Nesse sentido, a formação dos trabalhadores do SUS e sua dimensão ético-política compatível com a concepção da saúde como direito, na constituição do que o Movimento Sanitário chamou, originalmente, de consciência sanitária, necessitam ser resgatadas como força contra-hegemônica na disputa pelos "corações e mentes dos trabalhadores" (RUMMERT,

2000), em prol do projeto sócio-histórico ao qual o SUS público está vinculado, no trabalho vivo em ato.

Para exemplificar o sentido contra-hegemônico mencionado, ou seja, na contramão das posturas adaptativas que estão presentes também entre esses sujeitos fundamentais para a luta pela saúde pública, trazemos a sugestão de Nogueira (2011) para a superação do dilema sanitarista[44]. Nos termos do autor,

> enfim, não foram poucas as formas de contestação teórica e prática ao modo dominante de praticar medicina e de conceber a saúde. Mas podemos perguntar: elas têm sido suficientes para convencer pelo menos os que atuam no campo da saúde coletiva? Penso que não. Pelo contrário, temo que estejamos caminhando para aceitar que essa realidade da medicina do capital não só é inevitável, mas que representa uma conquista desejável, na medida em o país precisa se desenvolver em todos os planos e competir com outros países, estabelecendo um sólido complexo industrial da saúde, tanto no setor público como no privado. Pessoalmente, acredito que o Movimento Sanitário não pode jamais se desvincular da crítica permanente a esse estado de coisas e deve se aliar a todos que buscam formular alternativas à medicina do capital vigente mais que nunca. Para superar o dilema sanitarista, é preciso acreditar, em consonância com o mote do Fórum Social, que é possível outra saúde, em outro mundo.

[44] Roberto Passos Nogueira, presidente do Cebes, no período de 2009 a 2011.

CAPÍTULO 3: A FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DO SUS: SENTIDOS EM DISPUTA

3.1. A força que vive do trabalho como técnicos em saúde

Iniciamos este capítulo apresentando a magnitude numérica da força de trabalho de nível técnico e superior empregada no setor Saúde, uma das expressões da sua materialidade e da envergadura da luta pela democratização da formação profissional e implantação da formação docente em EPTNM nesta área. Entendemos que estes números ajudam a evidenciar também relações entre sua composição, formação e atuação com as determinações históricas de construção da sociedade brasileira e, nela, do setor e do sistema de Saúde discutidas até aqui. As demandas por formação inicial e continuada são expressivas e estão relacionadas com as disputas pelos sentidos e as formas de ofertá-las, que serão mais aprofundadas a partir deste capitulo.

Tabela 1 - Pessoal de nível auxiliar ocupado em estabelecimentos de saúde, por escolaridade

Regiões	Outros			Auxiliar de Enfermagem		
	Total	Nível fundamental	Nível médio	Total	Nível fundamental	Nível médio
Brasil	**889.630**	**69.116**	**820.514**	**317.420**	**37.632**	**279.788**
Norte	60.109	3.456	56.653	14.789	1.918	12.871
Nordeste	207.824	8.538	199.286	69.443	4.791	64.652
Sudeste	421.907	42.188	379.719	177.165	24.425	152.740
Sul	134.476	12.119	122.357	37.957	5.231	32.726
Centro-Oeste	65.314	2.815	62.499	18.066	1.267	16.799

Fonte: IBGE – Estatística da saúde – Assistência Médico-Sanitária – 2009 – Tabela 12.

Tabela 2 – Pessoal de nível técnico ocupado em estabelecimentos de saúde, por escolaridade

Regiões	Outros			Técnico de Enfermagem		
	Total	Nível fundamental	Nível médio	Total	Nível fundamental	Nível médio
Brasil	**241.282**	**21.547**	**219.735**	**330.928**	**9.937**	**320.991**
Norte	16.664	1.120	15.544	28.656	418	28.238
Nordeste	58.026	2.546	55.480	80.355	1.201	79.154
Sudeste	110.532	12.333	98.199	134.210	5.430	128.780
Sul	36.309	4.450	31.859	60.210	2.438	57.772
Centro-Oeste	19.751	1.098	18.653	27.497	450	27.047

Fonte: IBGE – Estatística da saúde – Assistência Médico-Sanitária - 2009 – Tabela 12.

Essas tabelas explicitam a concentração na Região Sudeste, o perfil hospitalocêntrico do sistema, da força de trabalho e da formação, consequentemente, além do desenvolvimento do complexo médico-empresarial, das desigualdades regionais, da histórica hegemonia econômico-política dos Estados de Minas Gerais, São Paulo e Rio de Janeiro, originada desde períodos mais remotos da história da formação social brasileira e da saúde pública como política, discutidas anteriormente. Comprovam, ainda, a elevação da escolaridade conquistada pelos 820.514 técnicos e chama a atenção para as potenciais tensões dessa demanda reprimida por mobilidade funcional e social nos locais de trabalho/equipes, pois, não podemos esquecer que parte deles também é composta por enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, dentre outras profissões, como a vivência com essas equipes pode comprovar.

As tabelas informam ainda sobre a expressiva maioria representada pelo conjunto dos trabalhadores de nível técnico em Enfermagem – 648.348, em relação aos 889.630 trabalhadores técnicos em saúde. Os trabalhadores nas demais equipes/áreas (Hematologia, Hemoterapia, Radiologia, Farmácia e Administração, dentre outras) totalizam 241.282 profissionais.

O crescimento numérico dos técnicos em relação aos auxiliares representa outra inversão qualitativa e significativa em relação a composição, nível de escolaridade e formação profissional dos anos 1970, 1980, 1990. Possivelmente, em parte, fruto das estratégias desenvolvidas no âmbito das políticas públicas a partir da década de 1980, e que deveria

significar qualificação humano-profissional, crescimento no nível de cidadania (nos limites de uma sociabilidade capitalista) e maior qualidade do cuidado prestado à população, dentre outras dimensões objetivas e subjetivas.

O conjunto dos trabalhadores de nível médio é expressivo no âmbito da classe que vive do trabalho incorporada pelo setor Saúde. Estes dados e o crescimento exponencial da Educação Profissional Técnica em geral, já mencionado, confirmam a necessidade histórica de uma ação política permanente que valorize a relevância político-estratégica desta força de trabalho como potencial sujeito coletivo e portador de vontade coletiva, um projeto de hegemonia, capaz de torná-la uma força social potente e não, apenas, uma *massa*, um grande número.

O processo de ultrapassagem do nível de consciência política, "meramente econômico (ou egoístico-passional)", da classe trabalhadora, nos termos propostos por Gramsci, (re)produzido pelo processo de dominação de classe vivenciado, não pode prescindir do desenvolvimento desse conjunto de pessoas cujo trabalho é socialmente relevante; da sua constituição como sujeito consciente da história, capaz de gerar/impulsionar novas iniciativas contra-hegemônicas (COUTINHO, 1989, p. 53; 2011, p. 110-111) a partir da sua materialidade.

Tabela 3 - Pessoal de nível superior ocupado em estabelecimentos de saúde, ocupação e jornada de trabalho

Regiões	**Outros**				**Enfermeiro**			
	Total	Mais de 40h	Menos de 40h	Indefinida	Total	Mais de 40h	Menos de 40h	Indefinida
Brasil	**941.241**	**246.101**	**525.777**	**169.363**	**163.099**	**82.286**	**76.066**	**4.747**
Norte	45.298	16.936	21.795	6.567	10.307	5.696	4.095	516
Nordeste	193.473	44.114	127.396	21.963	42.924	17.757	23.758	1.409
Sudeste	489.883	125.952	275.120	88.811	77.824	39.497	36.710	1.617
Sul	145.298	39.885	68.223	37.220	22.148	13.103	8.378	667
Centro-Oeste	67.289	19.244	33.243	14.802	9.896	6.233	3.125	538

Fonte: IBGE – Estatística da saúde – Assistência Médico-Sanitária - 2009 – Tabela 11.

Os 941.241 trabalhadores de nível superior, dos quais 636.017 são médicos, somados aos 163.099 mil enfermeiros, totalizam 1.104.340 trabalhadores.

Tais números apontam, em certo nível, para a preponderância do modelo assistencial centrado no *ato médico*, com ênfase curativa, norteando o que se entende por problema de saúde, suas práticas, como devem ser organizadas frente aos fins a que vão servir, quem são os trabalhadores necessários e quem são os usuários, reforçando no imaginário social a ideologia legitimada em decorrência da historicidade do setor e do sistema de saúde, já apresentada, disputando com as propostas e iniciativas de transformação na perspectiva da produção social da saúde, dos princípios da equidade, integralidade, universalidade e controle social da qualidade em saúde, por exemplo.

Importa lembrar que, por contradição, a participação histórico-política e técnico-científica dos profissionais médicos na concepção dos modelos e políticas de saúde vem mantendo-se, ao longo da história da sociedade brasileira, capaz de influenciar sua conservação ou mudança, atuando individual ou coletivamente como sujeitos sociais portadores de projetos conservadores ou emancipatórios de cunho universal como exemplificam mais recentemente a Reforma Sanitária e o SUS. Em diferentes aspectos, graus, conforme sua construção histórico-ideológica, origem de classe e inserção político-institucional, o mesmo ocorre com as demais práticas sociais que foram compondo os denominados profissionais de Saúde, disputando a hegemonia no trabalho em saúde com a categoria médica.

Quanto à carga horária semanal de trabalho, as tabelas evidenciam que, para a maioria dos enfermeiros, é superior a 40 horas semanais, geralmente sob a forma de plantões em diferentes vínculos. Os 163.099 enfermeiros representam apenas 20% da força de trabalho em Enfermagem; os auxiliares, 39,1%; e os técnicos, 40,7%. As três categorias totalizam 811.447 profissionais, polarizando, como conjunto, com a categoria médica, no lugar que, até a década de 1990, era ocupado pelos atendentes de enfermagem.

Deduzido o contingente de médicos e enfermeiros do total de trabalhadores de nível superior[45], teremos o universo de 142.125 profissionais, integrado pelas demais categorias profissionais de saúde e de outras áreas, confirmando a polarização das primeiras, os desafios para a integralidade da assistência para a formação desses sujeitos como parte de uma equipe integrada e prestadora do cuidado integral.

[45] A área de saúde possui 14 subáreas reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde como profissionais de saúde, além dos demais profissionais de outras áreas, que conformam o conjunto dos trabalhadores de saúde.

Pode-se perceber o quanto essa composição está vinculada ao modelo assistencial como expressão de um projeto político e gera desafios para a formulação e implantação da formação de docentes dos trabalhadores de nível técnico a partir de uma concepção contra-hegemônica à ideologia liberal-privatista, à divisão social do trabalho como forma de dominação de classe, à superação da relação sujeito (profissional de saúde) – objeto (paciente/população) reproduzida nas relações professor-aluno e ensino-trabalho, dentre outras dimensões.

3.2 A formação de trabalhadores nas Conferências de Saúde: remédios parciais para problemas crônicos?

Neste momento buscamos apreender o processo pelo qual a questão da formação dos trabalhadores da Saúde vem sendo abordada nas conferências nacionais de saúde, buscando os sentidos que influenciaram a formação dos trabalhadores de nível técnico e, consequentemente, da formação dos seus docentes. Para tanto, percorremos todas as conferências realizadas, com especial atenção para aquelas que tiveram como tema principal a questão dos recursos humanos. Ao iniciar esta reflexão, compreendemos ser necessário indicar que, no campo da Saúde, ainda é frequente, em que pese o posicionamento crítico de alguns grupos, a utilização do termo recursos humanos englobando a composição e a distribuição da força de trabalho, a formação, a organização do trabalho e a regulação do exercício profissional do conjunto dos trabalhadores do setor.

O uso do termo recursos humanos ocupando lugar central nas políticas e produções do setor sofreu uma evolução nas últimas décadas, sendo ressignificado, absorvendo o conceito de força de trabalho da economia política com o uso descritivo e analítico dos fenômenos do mercado de trabalho, produção, renda, assalariamento, configurando-se em um *mix* que envolve o trabalho e o trabalhador como "ser social" (PIERANTONI et al, 2008). A ideia de recursos humanos, entretanto, mesmo ressignificada, remete-nos à racionalidade gerencial que reduz o trabalhador à condição de recurso (VIEIRA, 2009). Na Saúde, encontramos uso intenso do termo desde a década de 1950, associado às produções da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), instituições com forte presença no campo, especialmente a partir dos anos 1940.

Especificamente em relação à formação dos trabalhadores, observamos que na I

Conferencia Nacional de Educação e Saúde, realizada no Estado Novo, em 1941, a questão não foi alvo de discussões; a prioridade foi conferida à organização sanitária, à ampliação de campanhas e à proteção à maternidade, à infância e à adolescência, dentro do modelo hegemônico do período. A II Conferência, realizada apenas em 1950, priorizou a higiene e a segurança no trabalho e a assistência preventiva para gestantes; não há registros formais sobre ela. Também neste caso, as preocupações eram condizentes com a expansão do trabalho assalariado na indústria nos centros urbanos, como visto anteriormente.

Na III Conferência Nacional de Saúde (1963)[46], no Governo João Goulart, três expressões diferentes foram utilizadas para traduzir os problemas e as propostas de formação: adestramento, aperfeiçoamento e especialização, com forte influência de modelos externos. Para o esforço de prover cobertura e fixar profissionais de Saúde nas áreas menos favorecidas do país, foi proposta a utilização de pessoal técnico no lugar de médicos, ausentes no interior, não havendo nenhuma perspectiva de equipe de saúde nessa proposta.

Esse profissional a ser qualificado "de forma inovadora, descentralizada, com responsabilidades antes restritas ao médico [...] não tem nome no relatório da Conferência" (VIEIRA, 2009, p. 172); é denominado genericamente de pessoal de menor qualificação, para atuar sob supervisão médica. Esta Conferência, por seu cunho municipalista e descentralizante, foi 'revisitada' no processo de discussão da Reforma Sanitária. Influenciadas pelo momento político polarizado em torno de modelos de esquerda e direita, surgiram propostas sobre a adequação da formação[47] "às condições sociais em que o profissional vai exercer sua atividade" (idem, p. 171).

Na IV Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1967, durante o Governo Costa e Silva, com o tema *Recursos Humanos para as Atividades de Saúde*, o termo estava consagrado como um dos elementos básicos que poderiam definir a elevação do nível de vida das populações. Naquela Conferência, defendeu-se que a má ou a precária utilização dos recursos humanos influenciava negativamente a expansão de serviços adequados, com sérias repercussões no desenvolvimento da nação, nas bases dos postulados da Teoria do Capital

[46] No mesmo ano dessa conferência realizou-se a primeira reunião de ministros da Saúde das Américas, e em ambos foram identificados os mesmos problemas em relação aos recursos humanos: "carência e má distribuição de mão de obra, além da necessidade de traçar programas de capacitação, fixação e interiorização de profissionais de saúde nas regiões menos favorecidas. Este é o ponto de partida para as políticas de recursos humanos em saúde no Brasil, um período de crescimento e busca da racionalidade no setor" segundo Sayd et al (1998, p. 171).

[47] Segundo SAYD (1998), nesse momento, dizia-se 'pessoal' de saúde.

Humano – THC, uma das teorias de desenvolvimento mais expressivas depois da Segunda Guerra Mundial, para a qual a educação e a saúde são aspectos decisivos da força de trabalho exigida pelo capital. O discurso do representante da OMS na IV Conferência deixava clara essa concepção:

> O grau de desenvolvimento socioeconômico de um país está estreitamente relacionado ao seu contingente de pessoal para as atividades de saúde, à maneira como esse pessoal é utilizado em benefício da população e, especialmente, ao nível e à qualidade de sua preparação e seu treinamento. Na verdade, sua má ou precária utilização certamente há de influir negativamente no estabelecimento e expansão de serviços adequados, daí devendo resultar um agravamento dos problemas de saúde, com sérias repercussões para o desenvolvimento da nação (IV CONFERÊNCIA, 1967, p. 43).

Falou-se em educação e treinamento, sendo a ênfase conferida ao apoio da OMS aos programas de formação em nível superior. Embora tenha sido destacada a importância da formação de pessoal auxiliar, que poderia remediar a falta de pessoal qualificado, não havia ações concretas de formação previstas, apenas a proposta de descentralização do ensino, considerando que "assim a qualificação seria mais barata, menos complexa e mais adequada ao meio onde às atividades seriam exercidas. Foi dada grande ênfase ao papel que teria a Escola Nacional de Saúde Publica na formação de técnicos em nível local, por todo o Brasil" (SAYD, 1998, p. 171).

Nesta Conferência tentou-se precisar a composição da força de trabalho em duas grandes categorias: pessoal auxiliar de nível médio (ensino secundário) e pessoal auxiliar de nível elementar (ensino primário), tal como a regulamentação da categoria de Enfermagem também havia feito. Convém notar que, em ambos os casos, o termo auxiliar foi mantido, com a finalidade de marcar o lugar do trabalhador em relação ao profissional formado em nível superior de escolarização.

Durante o regime militar foram realizadas a IV, V, VI e a VII Conferências Nacionais, ressalvando-se, na IV, a criação do tecnólogo para o setor Saúde, formado em menor tempo, "detentor de um perfil profissiográfico acentuadamente operacional" (idem, p. 180). Foi justificado pela subutilização dos poucos profissionais existentes em funções secundárias, atrapalhando a produtividade e eficiência e apontando a experiência existente no setor agrário e industrial.

Além dos aspectos operacionais, estava sendo visado também o aspecto salarial, e assim

foram criados os tecnólogos em Fonoaudiologia, Ortóptica e Saneamento Ambiental. Na V Conferência, foram destacadas a ausência do planejamento no sistema de ensino brasileiro, a concentração na faixa litorânea e centro-sul do País, a acentuada carência de auxiliares técnicos e tecnólogos e criticado o fato de o sistema de ensino permanecer voltado para as carreiras tradicionais oferecidas com conteúdo tradicional. O Ministério da Educação e Cultura, por sua vez, criticou a formação e prestação de serviços médicos, por estarem voltados "mais para o atendimento individual, complexo e de alta especialização do que para a saúde publica e os serviços de maior alcance e abrangência social" (SAYD, 1998, p. 179).

Na VI Conferência, promovida em 1977, ainda que com pouca ênfase, foi indicada a necessidade de promoção de treinamento intensivo visando à capacitação de recursos humanos. A dicotomia saúde pública e assistência médica se reproduz na formação e na equipe, originando a formação do Grupo da Saúde Pública com duas categorias, o sanitarista e o agente de Saúde Pública – este de nível médio. Possivelmente pelo contexto da anistia, das greves no ABC paulista, do aumento da expressão das oposições e de o rombo da Previdência ter atingido o seu auge, deslegitimando mais ainda o regime, outro ator

> pouco presente até o momento aumenta, de modo notável, sua participação nos debates em torno da questão da saúde no Brasil: o profissional de Saúde, [não mais somente o médico]. Geralmente com formação em saúde pública, associados a profissionais da área de ciências sociais, esses profissionais debatem os rumos da Previdência e das propostas de expansão de cobertura para a população (SAYD, 1998, p. 184).

Na VII Conferência (1980), no Governo do General Figueiredo, reiterou-se a funcionalidade da formação e a utilização de recursos humanos como condição para o desenvolvimento dos serviços básicos, definidos como o "conjunto integrado de serviços prestados às pessoas e às comunidades e para a melhoria do ambiente, necessários à promoção da saúde, à prevenção das doenças, ao tratamento das afecções e traumatismos mais comuns e à reabilitação básica" (SAYD, 1998, p. 185).

Essa perspectiva norteou os debates e repercutiu sobre os sentidos da formação e utilização de recursos humanos, derivando nas proposições de substituição da especialidade pela generalidade, maior dedicação às ações preventivas e aos problemas coletivos, além da necessidade de implantar equipes médicas generalistas (idem). Dentre os seus subtemas estavam: desenvolvimento de recursos humanos, supervisão e educação continuada. Vale destacar que o Inamps, representando o Governo, na intenção de operar e controlar a adequação

da formação profissional (de nível superior) aos serviços, na perspectiva dos debates, tomou iniciativas no sentido de reorganizar as residências médicas, criar a residência em Medicina Social, definir o perfil do prestador de serviços e elaborar projetos de integração docente-assistencial (IDA).

Nesta Conferência, chamam a atenção os discursos dos ministros do Trabalho e da Educação na tentativa de indicar uma tênue articulação entre as áreas do governo. No caso da Educação, o então ministro Eduardo Portela anunciou um conjunto de projetos em resposta às demandas das conferências anteriores: reavaliação das profissões e ocupações da área da Saúde; estratégias para definição de metodologias aplicáveis à formação em saúde; diagnósticos para identificar problemas na verdade já conhecidos, que interferem na relação entre o sistema formador e os serviços.

Essa breve descrição permite destacar que o debate sobre formação dos trabalhadores do setor só se apresentaria mais intenso a partir de 1986. Na avaliação de Vieira (2009), apenas na VIII Conferência Nacional de Saúde a questão ganhou visibilidade com base em diagnóstico que ressaltou a inadequada formação de recursos humanos tanto nos aspectos técnicos quanto nos aspectos éticos e de consciência social (VIII CONFERÊNCIA, 1986).

Foram indicados como princípios relacionados com a política de recursos humanos, entre outros: capacitações e reciclagens permanentes, formação do profissional de saúde integrada ao SUS, inclusão nos currículos do ensino de práticas alternativas e incorporação dos agentes populares de saúde como pessoal remunerado para trabalhar em educação para saúde e cuidados primários. No mesmo ano, a questão dos recursos humanos, incluindo a sua formação, foi alvo de conferência específica.

A I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, com o tema *Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária,* foi realizada em outubro de 1986 com a intenção de assegurar um caráter mais abrangente às análises e avaliações dos diversos aspectos que compõem uma política de recursos humanos para o setor Saúde. No Relatório, a promessa de uma análise mais abrangente deixa entrever os limites dados pelo nível marginal de desenvolvimento dessa área no âmbito das instituições de Saúde como um todo, cuja ênfase estava na administração de pessoal, extremamente regulamentada e burocratizada (VIEIRA, 2009), embora a formação estivesse presente como parte da histórica preparação de pessoal pelos serviços de saúde e do planejamento como instrumento técnico-burocrático para o alcance

da racionalidade técnico-administrativa vigente a partir do regime militar (SIMÕES, 1986).

No que diz respeito à formação e ao aprimoramento de pessoal dos níveis médio e elementar, foram apontados os seguintes entraves: a ausência de objetivos comuns entre instituições envolvidas com a formação e com os serviços, a baixa prioridade conferida ao desenvolvimento de recursos humanos, a falta de resposta do setor educacional às necessidades de profissionalização para o setor Saúde em função da pequena oferta de vagas e da inadequação curricular à realidade dos serviços, a lógica privatizante do setor educacional, que bloqueava em alguns estados a consolidação de centros formadores de RH criados pelo setor Saúde a partir de sua necessidade e realidade, a ausência de participação efetiva das instituições prestadoras de serviços de saúde na definição de políticas educacionais, consolidando distorções entre o perfil do profissional formado e as reais necessidades dos serviços, marcadamente no setor público de saúde. Tal diagnóstico certamente guarda semelhança com o quadro atual, apesar das iniciativas indutoras de mudanças e das comissões interministeriais instaladas pós-SUS.

Em função do exposto, o Relatório da I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde propôs ainda uma ação articulada entre os Ministérios da Saúde, Trabalho e Educação para estudo e avaliação de habilitações aprovadas pelo então Conselho Federal de Educação e pelos Conselhos Estaduais de Educação. Indicou também a necessidade de criação de escolas técnicas públicas, de caráter multiprofissional e específicas para o setor Saúde, sublinhando que o perfil dos profissionais de nível médio e elementar deveria atender às necessidades do setor, adequando-se à reorganização dos serviços com vistas à Reforma Sanitária (CONFERÊNCIA, 1986). A recomendação era a integração ensino-serviço[48], e a educação continuada seria uma das estratégias de reorganização dos próprios serviços. Como podemos ver, assume maior envergadura a relação com as necessidades de saúde que demandam respostas dos serviços, impactando na sua reorganização e na formação profissional apontada desde a III CNS, no bojo da crítica à racionalidade hegemônica sobre a atenção à saúde e os perfis profissionais daí decorrentes.

[48] "A emergência, em meados da década de 1970, dos Programas de Extensão de Cobertura (PECs) no Ministério da Saúde, visando estender o acesso aos serviços de saúde para os grupos excluídos das zonas rurais, principalmente os de baixa renda, possibilitou a expansão de um modelo médico de baixo custo complementar ao modelo médico-hospitalar hegemônico, mas que tinha o potencial de dar alguma resposta às demandas das populações marginalizadas e se baseava nos princípios da Medicina Comunitária: privilégio da atenção primária, ênfase na forma e utilização de pessoal de nível médio e elementar, equipes multiprofissionais, integração ensino-serviço, utilização de tecnologia apropriada e participação comunitária" (SIMÕES, 1986, p. 555).

Nesse momento começa a se tornar visível para um conjunto maior de sujeitos um novo sentido para as propostas de Educação Profissional de Nível Técnico para o setor Saúde, que, segundo Santos, colocá-las-iam "na intimidade do próprio processo de trabalho, assim como do próprio processo existencial de um homem em transformação" (SANTOS, 1986, p. 465), uma vez que reconheciam os postulados teóricos decorrentes da fórmula "o homem se cria pelo trabalho [como] instrumentos valiosos não só para as especulações de cientistas sociais, mas para operar um processo educacional [para o nível médio] que transforme de modo crítico as práticas em saúde num campo de ações específicas e ao mesmo tempo de mudanças históricas" (idem).

A coletânea de textos sobre recursos humanos frente aos novos rumos da Reforma Sanitária, publicada em dezembro de 1986, intencionalmente concebida em consequência da VIII CNS e da I Conferência de RH, registra a necessidade de sistematização e aglutinação de temas que estão relacionados à problemática, vista de forma mais abrangente, como os núcleos de desenvolvimento de recursos humanos para saúde nas secretarias estaduais, a fundação da área de desenvolvimento de RH no Inamps/MPAS e o Ensino de nível médio – perspectivas dos serviços, no qual a enfermeira Izabel dos Santos[49] trata esta questão como "instrumento de aperfeiçoamento de um ser consciente de seu papel técnico profissional, ao mesmo tempo que do seu papel social e histórico" (idem, p. 465).

Como vimos no Capitulo 2, o papel do Inamps como braço previdenciário na saúde tinha magnitude estrutural e política na governança do modelo médico-assistencial-privatista, o que significava um obstáculo considerável à saúde como bem público, tal como compreendido pela RSB, mas foi o mesmo que iniciou a reorientação da formação dos profissionais de nível superior a partir da perspectiva debatida na VII CNS em 1980 e que, a partir de 1986, criou os Centros Formadores de Pessoal de nível médio a partir das Escolas de Enfermagem que possuía, dai a relevância de destacarmos aqui a fundação da área de Desenvolvimento de Recursos Humanos (DRH) do Inamps/MPAS.

[49] Enfermeira Sanitarista, membro do Grupo Técnico do Acordo Interministerial MS/ME/MPAS/OPAS (SANTOS, 1986, p. 461). Nesse texto há uma nota que diz "foi inteiramente extraído de reflexões que se vêm fazendo ao longo do processo de preparação de pessoal auxiliar em diferentes instituições prestadoras de serviços de saúde" (idem, p. 465).

Segundo Santana[50] (1986), naquele momento o papel desempenhado por essa instituição na preparação de pessoal de Saúde no País envolvia a formação de pessoal de nível superior (residência médica, graduações por meio dos estágios curriculares e internato [2.700 vagas/ano]; formação de pessoal de nível médio [formação de auxiliares] por meio de seis escolas sediadas nas regionais Maranhão, Pernambuco, Bahia, Goiás, Rio de Janeiro e São Paulo; apoio à formação profissional por meio de estágios [2.600 estudantes/ano]) e o treinamento e aperfeiçoamento do pessoal próprio, uma linha de ação tradicionalmente desenvolvida pelo sistema de pessoal.

Santana reitera que a importância e o compromisso que o Inamps foi assumindo no processo da Reforma Sanitária Brasileira ampliava em muito as proporções e a complexidade do desafio relacionado à preparação de recursos humanos, quando se considera a composição e o volume da força de trabalho própria, implicando a reformulação organizacional do sistema de DRH no nível central e regional, criação dos Centros Formadores de Pessoal de nível médio e descentralização administrativa e disponibilidade orçamentária para a dinamização das atividades de capacitação (idem). Essa iniciativa foi fundamental para a implantação do Projeto Larga Escala na estrutura do Inamps, que o reconheceu como sua política para a formação de pessoal de nível médio.

Mais uma conferência específica sobre recursos humanos foi realizada em 1994. O diagnóstico indicou que as dificuldades da formação eram crônicas. O Relatório da II Conferência destacou que a qualificação dos trabalhadores era insuficiente, bem como os recursos a ela destinados. Entre as principais questões apontadas estavam a expansão desordenada e a má distribuição do aparelho formador e a ausência do SUS nos currículos de todos os níveis de formação (II CONFERÊNCIA DE RH, 1994). Outras dificuldades assinaladas em conferências anteriores foram mais uma vez reiteradas, entre elas a falta de escolas profissionalizantes, o foco conferido na formação à área hospitalar, a falta de projetos de educação continuada, a proliferação de escolas privadas, a preparação, pelos centros formadores, de trabalhadores para o setor privado e o enorme contingente de trabalhadores sem qualificação, além da "alienação de grande parte dos professores" (II CONFERÊNCIA DE RH, 1994).

[50] Médico sanitarista, diretor do Departamento de Recursos Humanos e Modernização Administrativa da Direção Geral do Inamps (SANTANA, 1986, p. 572).

Em relação às propostas anteriores, a II Conferência, na nossa avaliação, deu um salto qualitativo ao considerar que as políticas de recursos humanos da saúde deveriam ser pensadas e definidas a partir de programas e de estratégias que reunissem todas as esferas de governo, visando ao acesso e à melhoria da escolarização geral, a ser assegurada no ensino de qualidade dos então 1º e 2º graus.

O Quadro 3 resume as principais indicações presentes nas conferências realizadas a partir de 1986. De forma ampla, é possível perceber, primeiramente, que os termos capacitação, formação, reciclagem, atualização e especialização se alternam, muitas vezes como sinônimos. Essas conferências assinalam, como boa parte das anteriores, a falta de uma política consistente de formação de trabalhadores. Não há escolas suficientes, existe um hiato entre as necessidades do setor Saúde e a formação que ignora o SUS, não há articulação, em especial entre o Ministério da Saúde e o da Educação, com graves consequências para a formação no setor. A articulação virou subsunção ao paradigma das competências?

Quadro 3 - Principais indicações sobre formação de trabalhadores e ações políticas, segundo a Conferência e o ano de sua realização

Conferência	Principais indicações sobre a formação de trabalhadores
VIII 1992	• Capacitação e reciclagem permanentes • Formação dos profissionais de saúde integrada ao Sistema de Saúde, regionalizado e hierarquizado • Inclusão no currículo de ensino em Saúde do conhecimento das práticas alternativas
IX 1992	• Necessidade de uma política de formação e capacitação de recursos humanos • Garantia de escolas de formação de trabalhadores ligadas às secretarias de Saúde, universidades e outras instituições públicas de ensino superior. A docência poderia ser feita por profissionais da própria rede, após capacitação para tal. Necessidade de critérios para a formação de profissionais de nível técnico e superior na área da Saúde
X 1996	• Promoção de programas permanentes de capacitação, formação, educação continuada, reciclagem e motivação das equipes como responsabilidade dos gestores • Implantação e manutenção técnica e financeira, pelas secretarias, dos centros formadores de trabalhadores em saúde. Estímulo à utilização das unidades de serviços do SUS como espaços prioritários para a formação de trabalhadores
XI 2000	• Política de RH como o grande desafio, em virtude do desmonte anterior • Adequação dos currículos e foco nas ações de Educação Básica e prioridade ao ensino sobre o SUS • Políticas de capacitação com ênfase na humanização • Recursos para formação de recursos humanos • Aparelhos formadores devem introduzir em seus currículos o ensino sobre o SUS

XII 2003	• Criação de polos de educação permanente em todos os estados para discutir projetos de mudança no ensino formal, educação permanente e formação técnica • Modificar o modelo de formação centrado na atenção à doença • Escolas técnicas cumprindo o papel de escolarização, qualificação, habilitação profissional e educação permanente
XIII 2008	• Políticas públicas de formação criando cursos profissionalizantes e/ou qualificação profissional, com fortalecimento das ETSUS • Ministério da Saúde e da Educação juntos na definição de uma política pública de incentivo à mudança, para qualificação de professores em metodologias ativas de ensino-aprendizagem e para a ativação de processos de mudança
XIV 2012	• Inclusão de conteúdos sobre o SUS nos processos formativos • Garantia de educação permanente e qualificação dos trabalhadores na política de humanização do SUS • Implantar e assegurar um programa federal, estadual, municipal e de educação permanente em controle social que envolva trabalhadores, movimentos sociais e organização da sociedade civil a partir da educação popular

Em suma, a análise empreendida até aqui sugere que os problemas da formação são crônicos e as soluções propostas são apenas parciais ou pontuais. Cabem, neste momento, algumas indagações. A primeira diz respeito ao objeto desta reflexão, isto é, ao sentido da formação dos trabalhadores do SUS. Conforme Pereira (ANPED, s/d), os relatórios desvelam o movimento, embora insuficiente, pela profissionalização dos trabalhadores. Exemplo dessa busca pela profissionalização é a criação dos centros formadores pela estrutura da saúde. Entretanto, a formação dos trabalhadores não é tomada como construção social, o que reduz suas potencialidades. Nessa perspectiva, apesar da intenção de uma formação qualificada dos trabalhadores, a análise das demandas e debates travados nas conferências indica que a questão educacional tem valorizado excessivamente os aspectos da prática profissional em detrimento do conhecimento sobre a área em que atua.

Embora as necessidades sociais de saúde dos brasileiros sejam o ponto de partida dos processos formativos, no âmbito do SUS, falta nas Conferências a explicitação dos vínculos necessários entre esses processos e uma educação emancipadora dos trabalhadores (o que *inclui* os profissionais e a Educação em Saúde junto aos usuários), portanto, não só capacitadora de profissionais.

Reconhecidos os limites, mas também as possibilidades que a perspectiva da Reforma Sanitária como parte de uma reforma social tem como importante mediação para uma sociedade plenamente democrática, possivelmente serão construídas ações que potencializem a amplitude histórica das iniciativas políticas dessa área para além do SUS como política ou sistema, embora este seja o ponto de partida como espaço concreto de atuação desses

trabalhadores, de conquista de autonomia e capacidade de reivindicação, conteúdos essencialmente democráticos.

Desse modo, a compreensão de que "a síntese da utopia sobre o ser humano é a sua humanização, processo permanente de resistir à própria tendência a se corromper, a se destruir, a se desumanizar e a desumanizar os outros" (CIAVATTA, 2006, p. 911) se aplica inegavelmente ao devir da saúde como direito social, tanto é que a humanização vem permeando a construção de um novo agir em saúde, frequentemente, como vemos, inclusive nos esforços indutores de alguns projetos implantados pelo próprio Ministério, mesmo que paliativamente, frente ao processo social desumanizador. Nesse sentido, para desnaturalizar o discurso já desvitalizado sobre o SUS, cabe revitalizar

> uma reflexão sobre a questão da técnica, da ciência e da tecnologia e sua relação com o trabalho e a educação. Particularmente, supõe que se considerem suas consequências para a humanização ou a realização de todo o potencial humano em um mundo dominado, material e ideologicamente, pelo lucro fácil, pelas guerras e pela destruição da natureza e a desumanização das condições de vida dos povos (CIAVATTA, 2006, p. 912).

Uma segunda e não menos importante questão refere-se à superficialidade com que as disputas em torno da formação de trabalhadores são tratadas nas Conferências, em que pese a profundidade com que várias delas discutiram a saúde e seus determinantes econômicos, políticos, sociais e culturais. Da mesma forma, são pouco aprofundadas as soluções propostas para o hiato entre os currículos e as necessidades sociais de Saúde, que, em geral, têm como solução a introdução do tema SUS na formação e nas ações articuladas entre ministérios, como se tais consignas fossem compreendidas, concretizadas e objetivassem a mesma coisa para todos os envolvidos, principalmente com a hegemonia do setor privado na formação em Saúde. A quem vem servindo a formação de trabalhadores historicamente promovida no Brasil é uma indagação sem maior aprofundamento, assim como a perspectiva com a qual efetivamente tais articulações são propostas, limitando-se, muitas vezes, ao consenso sobre normatizações com vistas ao funcionamento do Sistema, endogenamente compreendido, a cada governo, sem o balizamento do objetivo histórico dessa construção. De qual SUS tais articulações estão falando? As articulações interministeriais têm possibilitado a concretização de qual perspectiva da Reforma Sanitária?

Até mesmo a XIV CNS, em 2011, que retomou a defesa do SUS público, patrimônio do povo brasileiro, não traduziu a envergadura dessa visão para a formação dos trabalhadores, a partir pelo menos da problematização de temáticas como a implantação das DCN das

graduações em Saúde e seus objetivos, a experiência da RET-SUS e da formação politécnica em Saúde, os projetos de indução de mudanças na graduação e pós-graduação já implementados (Ver-SUS, Ativadores de Mudança, Pró-Saúde, Pró-Residência e Residência Multiprofissional) e as políticas de formação docente implementadas pelo Ministério, dentre outras.

Recomendou, mais uma vez, a inclusão de "conteúdos sobre o SUS" nos processos formativos, transmitindo a impressão de que acredita que a compreensão crítica e as transformações de natureza ético-política nas práticas cotidianas do trabalhador em saúde possam ser alcançadas com esse acréscimo nos currículos, sem que maiores e mais profundas relações entre a materialidade da prática social e do ensino-aprendizagem em Saúde sejam estabelecidas. Quais seriam os conteúdos sobre o SUS? Qual SUS seria recortado na seleção desses conteúdos?

Nesses termos, não avançou sequer em relação ao conhecimento daquilo que já existe, deixando de contribuir para a relação trabalho-educação, que potencialmente ampliaria a perspectiva histórico-política da integração ensino-serviço praticada, a ponto de possibilitar a compreensão das mudanças necessárias em prol do SUS que queremos. A inserção de conteúdos não inclui necessariamente a concretude do SUS, mas se resume a falar normativa, formalista, e às vezes ufanistamente sobre seus princípios.

Assim, embora os processos reprodutores e transformadores da longa historicidade na qual ele se situa e para a qual vem contribuindo, sejam debatidos, não são considerados como aqueles conteúdos reclamados na recomendação. E o SUS não se mostra como construção histórica possível e resultante permanentemente da ação das forças sociais presentes ali na Conferência e na contemporaneidade de cada aluno e professor, trabalhador e usuário, gestor e gerentes, cidadãos brasileiros, sujeitos do trabalho e do ensino em Saúde, distanciando-se do seu potencial emancipador. Não questionou em qual perspectiva está sendo orientada a ordenação dos recursos humanos para o SUS efetivamente, apesar de reiterar um problema crônico e recomendar um remédio parcialmente eficaz, em dose subterapêutica.

3.3 Formação dos trabalhadores do SUS: a hegemonia do mercado na formulação política

Políticas não são construções neutras; envolvem interesses de classe, como vimos. No que concerne à Educação Profissional, consideramos necessário explicitar alguns pressupostos

que orientam nossa análise e que ultrapassam as formulações das conferências realizadas. Nesse sentido, com apoio em Kuenzer (2007), cabe destacar que, sob o capitalismo, o preenchimento de cargos e funções na hierarquia do mercado não é determinado pela qualificação, mas pela relação entre oferta e demanda no mercado. Quando há muita disponibilidade de um tipo de profissional, aumentam os requisitos (escolarização e experiência) de ingresso. O mercado nunca dependeu da escola para qualificar; tem suas próprias leis. A classe que detém os meios e instrumentos de produção sistematiza e elabora o saber socialmente produzido. Rompe-se no trabalho a unidade entre teoria e prática, decisão e ação, trabalho intelectual e manual. As qualidades de criação e reflexão são perdidas, estabelecendo-se uma hierarquia que diferencia níveis de criação, supervisão e execução. A regulamentação da profissão de enfermagem e a formação dos trabalhadores do setor expressa historicamente essa hierarquização.

Nas sociedades capitalistas, o exercício de funções intelectuais e manuais é atribuído a indivíduos distintos. A um grupo reduzido cabe o desenvolvimento de funções intelectuais, justificado pela capacidade e competência que permitem escolaridade mais extensa à maioria, isto é, os menos capazes, a quem compete o exercício de tarefas de execução, sem requisitos de maior escolarização. A esses cabe aprender o trabalho na prática. Na área da Saúde esse processo não ocorre de forma diferente, como vimos.

O mesmo pode ser observado em relação à formação de professores. Frequentemente os requisitos de formação são relaxados em nome da inexistência de trabalhadores qualificados, sem que a questão tenha sido politicamente enfrentada e continue sendo reproduzida. Ocorre que a aprendizagem do trabalho na prática do processo produtivo é fragmentada e parcial, geralmente destituída dos fundamentos teórico-práticos que permitem compreender a ciência que o trabalho incorpora.

Com a afirmação histórica do capitalismo, estruturas formativas específicas e institucionalizadas aparecem como necessidade social. A escola é lugar de distribuição do saber – e não de produção do saber. Entretanto, a escola democratiza alguns princípios que, no exercício do trabalho, poderão ou não assegurar o acesso ao saber.

Mesmo participando da produção do conhecimento, o trabalhador fica em desvantagem na apropriação do saber sistematizado, visto que a escolarização seletiva e excludente, característica do modo de produção capitalista, não assegura a apropriação por todos dos instrumentos teóricos disponíveis nos níveis superiores de ensino. De fato, a escola brasileira,

de forma geral, não tem ajudado a democratizar o saber sobre o trabalho, oscilando entre o academicismo vazio e a profissionalização estreita. Tem sido expressão do saber dividido e parcial. A Educação Profissional pode, entretanto, prestar um serviço aos trabalhadores se formular propostas que democratizem o saber sobre o trabalho, pois, do ponto de vista dos trabalhadores em Saúde, qualificação é forma de poder porque promove melhor compreensão do mundo, melhores condições de organização, novas opções de trabalho. Por isso mesmo, ela precisa ser expandida com qualidade social para todos, visto que é direito de quem trabalha.

Definindo-se no conjunto das relações sociais, no conflito entre as classes sociais, a função social da formação de trabalhadores, do ponto de vista dos grupos dominantes, expressa as demandas do capital. Na perspectiva dos trabalhadores, entretanto, volta-se para o acesso ao conhecimento produzido socialmente e que não só permite melhor compreensão da realidade social, em seu benefício, como também o acesso ao saber sobre o trabalho (FRIGOTTO, 2000; 2001).

A escola pública de Educação Profissional é palco da luta de classes e espaço de luta contra-hegemônica, embora não seja possível esperar que a sociedade mercantilizada abrace a tarefa de romper com a lógica do capital no interesse da sobrevivência humana. Como bem esclarece Mészáros (2004),

> As mudanças sob tais limitações conjecturais e apriorísticas são admissíveis apenas com o único e legitimo objetivo de corrigir algum detalhe defeituoso da ordem estabelecida, de forma a manter as determinações estruturais fundamentais da sociedade como um todo intactas, em conformidade com as exigências inalteráveis de um sistema reprodutivo na sua totalidade lógica (MÉSZÁROS, 2004, p. 3).

Certamente não estamos falando de qualquer qualificação. A Educação Profissional vinculada aos interesses do mercado legitima a exclusão. A criação de cursos, de escolas públicas de Educação Profissional, a formação consistente de professores são faces da mesma questão política que envolve o trabalho no âmbito da saúde pública. Para a análise da Educação Profissional na perspectiva do atual momento do capitalismo, que traduz a afirmação do capital financeiro sobre o capital produtivo, incorpora um padrão de produção de base técnica flexível, para o qual os custos do trabalho precisam ser reduzidos, com flexibilização das relações de trabalho e instauração de um clima competitivo alimentado por um determinismo tecnológico; ou seja, nessa conjuntura, ideologias educacionais como a sociedade do conhecimento e a pedagogia das competências, em particular, sinalizam a formação do trabalhador como

adaptação a um mundo instável, como redenção individual e como estratégia de inserção do país no mundo globalizado.

3.3.1 A política de Educação Profissional: embates centrais

A Reforma da Educação Profissional realizada pelo Ministério da Educação, a partir de 1996, primeira das grandes reformas realizadas no campo da Educação, com forte inspiração dos princípios neoliberais, afetou diretamente a formação dos trabalhadores da Saúde. Ganharam centralidade o desenvolvimento de competências em busca da laboralidade[51], a flexibilização das propostas formativas adaptáveis a circunstancias variáveis e adequadas à atual etapa do capitalismo e a polivalência.

A pedagogia das competências que tem a sua origem no setor empresarial não é uma formulação apenas pedagógica, descomprometida e neutra como alguns setores do campo da Saúde parecem acreditar. Surge a partir das demandas do processo de reprodução ampliada do capital, deslocando a prática pedagógica organizada em torno de conhecimentos socialmente acumulados para o desenvolvimento de competências, processo impregnado de ambiguidades próprias das ideologias, cujos efeitos precisam ser discutidos em profundidade. Sobre o assunto, Kuenzer (2002) destaca que há os que negam a categoria (ideologia) pura e simplesmente, fechando os olhos para a nova realidade do trabalho; há os que comemoram seu caráter emancipatório, sem aprofundar as contradições inerentes ao trabalho no capitalismo; e há os que simplesmente aderem. Por sedutor, o novo discurso, que em algumas dimensões chega a se aproximar da pedagogia socialista, ou apenas por conveniência, intelectuais que historicamente vinham atuado no campo do trabalho têm difundido o novo significado da competência, com o que o professor vai ficando sem referências para participar do debate e para refletir sobre suas práticas. Criar esse emaranhado de concepções pouco claras e lacunares, de modo a não explicitar o real movimento de exploração capitalista, é uma das finalidades da ideologia (KUENZER, 2002, p. 4).

---

[51]"No marco da competência, reconfigura-se a dimensão ético-política da profissão, mediante a ascendência da dimensão psicológica sobre a dimensão sociológica. Sob as novas relações de produção haveria, então, a tendência de se configurar uma profissionalidade do tipo liberal. Esta se baseia no princípio da adaptabilidade individual do sujeito às mudanças socioeconômicas do capitalismo tardio" (RAMOS, 2001, p. 284).

Foi nesse contexto que, em abril de 1997, o Governo Federal regulamentou a Educação Profissional – isto é, o § 2º do Art. 36 e os Artigos 39, 40, 41 e 42 da Lei nº 9.394/96 –, por meio do Decreto nº 2.208, substituído posteriormente pelo Decreto nº 5.154/04, definindo três níveis: básico, técnico e tecnológico. Na forma atual da legislação, a Educação Profissional Técnica de nível médio desenvolvida de forma integrada, concomitante ou subsequente ao Ensino Médio, transformou-se em modalidade de educação.

Tal reforma, assim como outras implantadas aqui e em outros países com a orientação técnica e o financiamento de organismos internacionais como o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), tem como traço comum a ausência de participação efetiva do conjunto da sociedade na sua construção. Em consequência, as escolas de Educação Profissional, incluindo as ETSUS, foram levadas a ajustar seus planos de curso, submetendo-os aos Conselhos Estaduais de Educação para aprovação[52].

A trajetória das ETSUS, desde a sua origem até aquele momento, autoriza-nos a reconhecer que a problematização da realidade e a superação das exclusões em prol do crescimento humano do trabalhador de nível técnico eram objetivos explícitos desde os primórdios do Larga Escala e sua proposta político-pedagógica (TORREZ, 1994).

Santos (1986, p. 465) apresentou essa perspectiva ao fazer a crítica à alienação política e social do trabalhador em saúde e a formação profissional tecnicista, praticista ou teoricista ofertada, fundamentando o novo sentido atribuído à formação profissional na perspectiva da Reforma Sanitária nos seguintes termos:

> ou bem reforçam a informação técnica, em detrimento do conhecimento da história e da realidade socioeconômicas e política do país, ou bem concentram-se nesses temas, em detrimento da informação técnica; [...] entendemos que a prática sozinha e a crítica não geram espontaneamente a consciência de que estamos falando.[...] Identificando-se com os demais assalariados o trabalhador ganharia consciência de que pertence a uma classe social que não participa da historia simplesmente como benfeitora da população usuária e como consumidora pobre dos bens que pode adquirir com seus exíguos salários. A própria prática cotidiana pode contribuir para essa conscientização, embora a experiência venha demonstrando que o impacto de mil e um mecanismos alienadores anula esse efeito espontâneo do trabalho em si. Paralelamente, o processo educacional regular ou alternativo pode tanto elevar como restringir o nível de consciência profissional e sociopolítico do trabalhador.

52 Filho e Telles (2003) lembram que, "como assevera Nogueira (2002), apoiando-se em análise de experiências acontecidas nas duas últimas décadas, 'a autossuficiência do setor Saúde em matéria de desenvolvimento de recursos humanos é algo muito limitado – abrange mais que nada o campo dos treinamentos emergenciais e introdutórios'".

Os ajustes decorrentes da Reforma da Educação Profissional fizeram com que suas novas propostas passassem a considerar, além das indicações gerais da LDB, toda a legislação que regulamentou a área, incluindo as Diretrizes Curriculares Nacionais de Nível Técnico (Parecer nº 16/99/CNE), a Resolução CNE/CEB nº 4/99 e seus anexos, nos quais estão definidos perfis gerais de competências, acompanhados das respectivas cargas horárias mínimas a serem obedecidas por todas as escolas.

As Diretrizes Curriculares Nacionais definiram o conceito de *competência* como a "capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários ao desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho" (BRASIL, 1999, p. 6). A perspectiva defendida nas Diretrizes vincula a educação às necessidades da produção nesta etapa do capitalismo:

> A revolução tecnológica e o processo de reorganização do trabalho demandam uma completa revisão dos currículos, tanto da Educação Básica quanto da Educação Profissional, uma vez que é exigido dos trabalhadores, em doses crescentes, maior capacidade de raciocínio, autonomia intelectual, pensamento crítico, iniciativa própria e espírito empreendedor, bem como capacidade de visualização e resolução de problemas (BRASIL, 1999, p. 14).

Existem, também, Referenciais Curriculares Nacionais (RCN) que descrevem funções dos perfis profissionais, subfunções, competências, habilidades e as bases tecnológicas correspondentes. Estes, apesar de não obrigatórios, foram também incorporados sem maior crítica aos planos de curso por boa parte das escolas técnicas da área da Saúde. Chamamos a atenção para o fato de esses RCN expressarem visões atreladas à ideia de saúde como *custo e não como direito,* à necessidade de racionalizar investimentos e não de atender às necessidades sociais, na contramão dos princípios que vêm pautando as demandas do setor Saúde, especialmente do Movimento Sanitário.

> No Brasil, há uma consciência crescente, no âmbito do governo e da sociedade, de que se faz necessária uma mudança no modelo assistencial predominante e uma reordenação do sistema de saúde com vistas à efetividade, à qualidade e à racionalização dos custos. (...) Por outro lado, a transformação de hospitais públicos em fundações e a contratação de serviços de cooperativas de trabalhadores em saúde visam à racionalização dos custos. (...) O problema que se coloca é o de como viabilizar uma política de Saúde para um país com demandas crescentes, que ainda vão se expressar de forma mais intensa a partir dos próximos anos, como, por exemplo, o aumento exponencial do número de idosos potencialmente dependentes e capazes de consumir uma parcela desproporcional de recursos do setor Saúde (MEC, 2000, p. 12-13).

Em 2008, foi lançada a mais "eficiente" formulação do Conselho Nacional de Educação, padronizando a estrutura curricular dos cursos técnicos, sob a alegação da existência de um excesso de nomenclaturas, identificadas no Censo da Educação Profissional de 2005. Trata-se do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos – CNCT, que agrupa todos os cursos em 12 eixos tecnológicos que somam 185 possibilidades de oferta de cursos técnicos. O Catálogo, na realidade, vai além das denominações. Descreve cargos, define a carga horária, possibilidades de temas a serem abordados, possibilidades de atuação e infraestrutura recomendada. A partir do lançamento do Catálogo, referendado pelos Conselhos Estaduais de Educação, todas as escolas técnicas públicas e privadas tiveram que ajustar seus planos de curso, submetendo-os à aprovação dos sistemas estaduais.

Da área de Ambiente, Saúde e Segurança do Catálogo fazem parte os seguintes cursos: Técnico em Agente Comunitário de Saúde; Técnico em Análises Clínicas; Técnico em Biotecnologia; Técnico em Citopatologia; Técnico em Controle Ambiental; Técnico em Enfermagem; Técnico em Equipamentos Biomédicos; Técnico em Estética; Técnico em Farmácia; Técnico em Gerência em Saúde; Técnico em Hemoterapia; Técnico em Saúde Bucal; Técnico em Imagem Pessoal; Técnico em Imobilizações Ortopédicas; Técnico em Massoterapia; Técnico em Meio Ambiente; Técnico em Meteorologia; Técnico em Nutrição e Dietética; Técnico em Óptica; Técnico em Órteses e Próteses; Técnico em Podologia; Técnico em Prótese Dentária; Técnico em Radiologia; Técnico em Reabilitação de Dependentes Químicos; Técnico em Reciclagem; Técnico em Registros e Informações em Saúde; Técnico em Segurança do Trabalho; e Técnico em Vigilância em Saúde. A multiplicidade de cursos da área impressiona certamente, refletindo a forma fragmentada de realização da Educação Profissional Técnica de nível médio e a divisão social do trabalho definida pelas relações capitalistas de produção.

Tomando como exemplo a descrição do perfil do Técnico em Farmácia, cuja formação deve ser feita em no mínimo 1.200 horas, é possível perceber que as demandas do ponto de vista do SUS passam longe. Pelo contrário: a ênfase é a técnica desvinculada das necessidades sociais de saúde, com foco no mercado. De acordo com o Catálogo, o Técnico em Farmácia realiza operações farmacotécnicas, identificando e classificando os diferentes tipos de produtos e de formas farmacêuticas, sua composição e técnica de preparação. Auxilia na manipulação das diversas formas farmacêuticas alopáticas, fitoterápicas e homeopáticas, assim como de cosméticos, sob a supervisão do farmacêutico. Executa as rotinas de compra, armazenamento e

dispensação de produtos, além do controle e manutenção do estoque de produtos e matérias-primas farmacêuticas. Atende às prescrições médicas dos medicamentos e identifica as diversas vias de administração. Utiliza técnicas de atendimento ao cliente, orientando-o sobre o uso correto e a conservação dos medicamentos (MEC/CNCT, 2008). Os temas de formação indicados não permitem uma visão ampla sobre o SUS nem das necessidades sociais de saúde, como pode ser observado no Quadro 4; muito pelo contrário.

Quadro 4 - Possibilidades de temas e de atuação e infraestrutura recomendada para formação de técnicos em Farmácia, segundo o Catálogo de Ocupações do MEC, 2008

Possibilidades de temas a serem abordados na formação	Possibilidades de atuação	Infraestrutura recomendada
• Noções de Farmacologia e de Farmacotécnica • Microbiologia • Anatomia e Fisiologia Humana • Biossegurança • Legislação farmacêutica e sanitária • Comercialização, estoques e atendimento ao cliente • Controle de qualidade • Produção e manipulação de formas farmacêuticas e de cosméticos	• Drogarias • Postos de saúde e de medicamentos • Farmácias de manipulação • Indústrias farmacêuticas • Unidades básicas de saúde • Hospitais • Distribuidoras de medicamentos, insumos e correlatos	• Biblioteca com acervo específico e atualizado • Laboratório de Anatomia e Fisiologia Humana. • Laboratório de informática com programas específicos • Laboratório de manipulação farmacêutica • Laboratório de Microbiologia

Fonte: MEC/CNCT, 2008.

Modelos de qualificação, paradigmas de formação, propostas curriculares não são construções neutras, como se sabe, nem ações desvinculadas da realidade social em que se vive, já que as necessidades de formação se originam nas mudanças ocorridas no mundo do trabalho e nas relações sociais; cenário, portanto, a ser considerado quando se procura refletir por que se faz e como se faz em formação de trabalhadores na área de Saúde.

Nessa perspectiva, parece-nos claro que a distância entre a política curricular e os princípios do Movimento Sanitário não decorrem apenas da falta de entrosamento entre ministérios, como as conferências insistiram em indicar. Trata-se, na realidade, da expressão dos interesses hegemônicos na sociedade brasileira, para quem o trabalho técnico em Saúde é fundamental para preservar os ganhos em um lucrativo mercado. Não sem motivo, esse

mercado disputa o protagonismo na definição dos rumos da política de Educação Profissional Técnica no Conselho Nacional de Educação, inclusive mantendo nas câmaras representantes que asseguram sua visão de mundo nos principais pareceres da área. A esse respeito, como bem sublinha Cêa (2007, p. 36),

> no exercício da hegemonia as classes dirigentes, influentes e ocupantes do aparelho estatal dinamizam uma multiplicidade de mecanismos de dominação (coerção, força) e de direção (convencimento, consenso) de modo a tornar universais os seus interesses particulares. Assim, a forma e o conteúdo assumidos pela Educação a cargo do Estado estrito senso seguem, predominantemente, a direção intelectual, moral e prática apontada pelas forças políticas hegemônicas.

Ao longo do ano de 2011, uma forte disputa ainda não resolvida até esta data foi travada em torno da atualização, pelo CNE, das Diretrizes Curriculares da Educação Profissional Técnica em nível médio, como veremos mais profundamente no Capítulo 4. A proposta do CNE ratifica princípios com base nos quatro pilares da Educação da Unesco, uma das construções assumidas pelo setor Saúde, inclusive nas DCN das graduações, em que pesem os estudos e as reflexões a respeito que aprofundaram importantes questionamentos.

O mercado tem pressa na atualização das atuais Diretrizes de Educação Profissional, que, em última análise, define os caminhos da educação dos mais pobres. Certamente os efeitos também repercutirão nas políticas e ações de formação docente. Como objeto da política direcionada pelo Estado capitalista, a Educação Profissional e outras estruturas formativas não vinculadas aos níveis de escolarização expressam-se como instrumento da hegemonia das classes dominantes. Adaptar os costumes, desenvolver hábitos e socializar conhecimentos em conformidade com uma nova forma de trabalho, a fim de garantir a efetivação e conferir legitimidade às mudanças necessárias, são tarefas urgentes para as quais a escola que forma trabalhadores está sendo mais uma vez convocada (CÊA, 2007).

Ainda sobre as atuais políticas de Educação Profissional, apresentadas como solução para todos os males da sociedade brasileira, cabe analisar as atuais ações do Estado brasileiro. Cabe lembrar de um lado que, historicamente, a Educação Profissional esteve destinada aos "desvalidos da sorte", aos subalternos, de acordo com as necessidades econômicas da nossa formação social. De outro, que o crescimento econômico no Brasil preserva desigualdades internas; o país ocupa lugar específico e subordinado na economia mundial (BOITO JUNIOR, 2011). Nessa perspectiva, o mercado já decidiu quais são suas necessidades. De acordo com

matéria publicada na revista *Época* (2011), um cálculo feito pelo Senai teria indicado que, nos próximos três anos, 52% da mão de obra será de técnicos com formação mais básica (com duração de até 200 horas, nas áreas eletroeletrônica, metalmecânica, construção civil e automotiva), 26% de técnicos com mais de 200 horas de qualificação, 19% de profissionais com formação técnica de nível médio e 3% de pessoas com Ensino Superior (CÂNDIDO, 2011), o que desmonta o "fetiche da qualificação" alimentado pela mídia brasileira.

Essa demanda coaduna-se com a baixa oferta pública de Educação Profissional que se expressa também na área da Saúde, apesar das necessidades permanentes do SUS para garantir o direito à saúde dos brasileiros.

Como referido no Capitulo 1, no âmbito da problemática em que se insere este estudo, de um lado os dados do Censo da Educação Básica 2012 são reveladores do grande déficit na oferta pública de Educação Profissional Técnica de nível médio na área da Saúde. A Tabela 4 evidencia a oferta na área de Enfermagem, ocupando o 4º lugar entre os dez cursos com maior número de matrículas na rede pública.

Tabela 4 – Dez cursos de Educação Profissional com maior número de matrículas na rede pública – Brasil, 2012

Curso	Matrículas	%
Total geral da rede	729.750	100,0
Total dos dez maiores cursos	409.360	56,1
Informática	88.734	12,2
Administração	84.696	11,6
Agropecuária	48.098	6,6
Enfermagem	34.740	4,8
Edificações	31.200	4,3
Eletrotécnica	26.314	3,6
Contabilidade	25.979	3,6
Mecânica	24.933	3,4
Logística	22.506	3,1
Segurança do Trabalho	22.160	3,0

Fonte: MEC/Inep/Deed – Tabela 17.
Nota: Inclui matrículas na Educação Profissional integrada ao Ensino Médio.

A Tabela 5 evidencia a ausência dos cursos da área de Saúde na rede federal de Educação Profissional no conjunto dos que possuem o maior número de matrículas.

Tabela 5 – Dez cursos de Educação Profissional com maior número de matrículas na rede federal – Brasil, 2012		
Curso	**Matrículas**	**%**
Total geral da rede	210.785	100,0
Total dos dez maiores cursos	124.073	58,9
Informática	27.430	13,0
Agropecuária	22.948	10,9
Edificações	16.658	7,9
Eletrotécnica	13.583	6,4
Mecânica	10.234	4,9
Química	7.236	3,4
Administração	7.180	3,4
Segurança do Trabalho	6.462	3,1
Eletromecânica	6.206	2,9
Meio Ambiente	6.136	2,9

Fonte: MEC/Inep/Deed – Tabela 18.
Nota: Inclui matrículas na Educação Profissional integrada ao Ensino Médio.

De outro lado, a Enfermagem, em 2012, continuou sendo o curso campeão em matrículas na rede privada, seguido de perto pelo curso de Técnico em Segurança do Trabalho, também da área de Ambiente, Saúde e Segurança (Tabela 6). Na realidade, a expansão promovida pelos Ministérios da Educação e da Saúde não tem sido expressiva, de modo que o setor privado assume, ainda hoje, a dianteira na formação dos técnicos da área de Saúde, sendo essa formação destoante das necessidades sociais de saúde e do próprio SUS.

Tabela 6 – Dez cursos de Educação Profissional com maior número de matrículas na rede privada – Brasil, 2012		
Curso	**Matrícula**	**%**
Total geral da rede	632.450	100,0
Total dos dez maiores cursos	403.019	63,7
Enfermagem	119.619	18,9
Segurança do Trabalho	76.944	12,2
Administração	40.509	6,4

Informática	38.812	6,1
Mecânica	32.741	5,2
Radiologia	25.721	4,1
Eletrotécnica	24.440	3,9
Edificações	14.872	2,4
Química	14.836	2,3
Mecatrônica	14.525	2,3

Fonte: MEC/Inep/Deed – Tabela 16.
Nota: Inclui matrículas na Educação Profissional integrada ao Ensino Médio.

Assim, o fato de não existir uma política federal consistente de formação desses trabalhadores, tal como a legislação de criação do SUS indicou, não impressiona, apontando possivelmente para uma das mais fortes determinações para a ausência, também, de uma política de formação docente nessa área.

A política mais abrangente do Governo Federal é o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec), do MEC, criado pela Lei nº 12.513/11 com o objetivo declarado de expandir, interiorizar e democratizar a oferta de cursos de Educação Profissional e Tecnológica para a população brasileira. Os cursos, na verdade, formam para o trabalho simples, são de curta duração e de efeito discutível.

O Quadro 5 relaciona os cursos de formação inicial e continuada oferecidos pelo Pronatec no Eixo Tecnológico Ambiente, Saúde e Segurança, do qual também fazem parte os cursos de Educação Profissional Técnica na área de Saúde.

Quadro 5 – Cursos oferecidos pelo Pronatec no eixo tecnológico Ambiente, Saúde e Segurança - 2012

1. Aconselhador em dependência química	19. Cabeleireiro
2. Agente comunitário de saúde	20. Cabeleireiro assistente
3. Agente de combate às endemias	21. Cuidador de idoso
4. Agente de desenvolvimento socioambiental	22. Cuidador infantil
5. Agente de gestão de resíduos sólidos	23. Depilador
6. Agente de limpeza urbana	24. Higienista de serviços de saúde
7. Agente de observação de segurança na indústria	25. Lactarista
8. Agente funerário	26. Manicure e pedicure
9. Atendente de nutrição	27. Maqueiro
10. Auxiliar de fiscalização ambiental	28. Maquiador
11. Auxiliar de gestão de meio ambiente	29. Massagista
12. Auxiliar de higiene e beleza animal	30. Operador de aterro sanitário
13. Auxiliar de laboratório de entomologia médica	31. Operador de equipamentos em unidade
14. Auxiliar de laboratório de saneamento	32. Operador de produção em unidade de tratamento de

	resíduos
15. Auxiliar em imobilização ortopédica	33. Operador de tratamento de resíduos sólidos
16. Balconista de farmácia	34. Recepcionista em serviços de saúde
17. Barbeiro	35. Shiatsuterapeuta
18. Bombeiro civil	36. Vendedor de produtos e serviços ópticos

Fonte: http://pronatec.mec.gov.br/fic/et_ambiente_saude/et_ambiente_saude.php

A magnitude da fragmentação, a característica de curta duração dos processos de qualificação inicial e continuada, a pseudoqualificação profissional ofertada, inclusive pela improvável continuidade em itinerários que assegurem terminalidade, frente à condição pontual da oferta, parecem marcar parte expressiva dos cursos elencados. Assim, um programa promovido pelo MEC segue reproduzindo a hierarquização social, exemplificando a discussão anterior sobre a visão da Educação Profissional como política prioritária para os desvalidos e solução para todos os males. Nestes termos, não podemos deixar de considerar a extrema divergência de sentido entre o SUS construído por essa política pública e o projeto societário presente na perspectiva da Reforma Sanitária que vimos até aqui. O mesmo se aplica ao modelo assistencial, composição, formação e atuação profissional em Saúde e a concepção de trabalhador qualificado, dentre tantos outros sentidos em disputa.

CAPÍTULO 4: A QUESTÃO POLÍTICA DA FORMAÇÃO DE PROFESSORES NO BRASIL

4.1 Políticas de formação docente: primeiras reflexões

Em que pese o intenso debate realizado nos últimos anos sobre a questão da formação de professores, reconhecemos, como Kuenzer (2011), que formação é temática sobre a qual há poucos consensos e muitas disputas. Um primeiro desafio a ser enfrentado é o de superar a falsa consciência de uma suposta neutralidade das políticas e propostas de formação docente.

Na realidade, observamos que o campo da formação de professores tem sido "tratado por sobre as diferenças de classe, como se o simples fato de exercer a profissão docente isentasse esses profissionais de valores, concepções e compromissos de classe" (KUENZER, 2011, p. 669). Por isso mesmo, é necessário desvelar em que condições ela ocorre e a quem ela serve, explicitar suas contradições e, com base nas condições concretas dadas, "promover as necessárias articulações para construir coletivamente alternativas que ponham a educação a serviço do desenvolvimento de relações verdadeiramente democráticas" (idem).

Tais observações nos motivam a considerar que a formação de professores para qualquer nível ou modalidade de ensino não se resume apenas aos percursos sistematicamente desenvolvidos nos cursos de formação, visto que, sob o capitalismo, os processos de internalização ocorrem igualmente no âmbito das próprias relações sociais capitalistas. É a partir dessa compreensão que procuramos discutir a formação de professores do ponto de vista da sua formulação política, entendida como "a atividade ou o conjunto de atividades que, de uma forma ou de outra, são imputadas ao Estado moderno capitalista ou dele emanam" (SHIROMA; MORAES; EVANGELISTA, 2007, p. 7). Nesse sentido, concordamos que

> é estratégica a importância das políticas públicas de caráter social – saúde, educação, cultura, previdência, seguridade, informação, habitação, defesa do consumidor – para o Estado capitalista. Por um lado, revelam as características próprias da intervenção de um Estado submetido aos interesses gerais do capital na organização e na administração da *res publica* e contribuem para assegurar e ampliar os mecanismos de cooptação e controle social. Por outro, como o Estado não se define por estar à disposição de uma ou outra classe para seu uso alternativo, não pode se desobrigar dos comprometimentos com as distintas forças sociais em confronto (idem, p.8).

As políticas públicas, particularmente as de caráter social, tal como as que dizem respeito à saúde e à formação docente, são mediatizadas pelas lutas, pressões e conflitos entre as classes. Não são criações abstratas e, por essa razão, sua análise exige considerar tanto a dinâmica do capital como os antagônicos e complexos processos sociais com que ele se confronta (idem).

Nesse sentido, assim como buscamos a historicidade da saúde como política no Capítulo 2, recuamos ao século XIX para traçar uma visão ampla da formação de professores no Brasil. Para Saviani (2008a), a questão do preparo de professores emergiu, de forma explícita, após a Independência, ainda que de forma intermitente. Até então, prevalecia o princípio do aprender fazendo. É na Lei das Escolas de Primeiras Letras, de 1827, que essa preocupação aparece pela primeira vez, com a determinação de que o ensino fosse desenvolvido pelo método mútuo[53], devendo os professores ser capacitados às próprias custas nas capitais das respectivas províncias.

A Província do Rio de Janeiro saiu à frente, criando, em Niterói, em 1835, a primeira escola normal, caminho trilhado pela maioria das demais províncias nos anos seguintes. A criação dos institutos de educação, concebidos como espaços de ensino e pesquisa, abriu uma nova fase da formação docente. Nos anos 1930, os Institutos de Educação do Distrito Federal e de São Paulo foram elevados ao nível universitário, tornando-se a base dos cursos de formação de professores para as escolas secundárias, expandidos para todo o País a partir de 1939, compondo o modelo conhecido como "esquema 3+1" adotado nos cursos de licenciatura nas décadas de 1940 e 1950: três anos para disciplinas específicas e um ano para a formação didática.

Em relação à formação docente para a Educação Profissional no período, Machado (2008) traz outras contribuições, destacando que a falta de concepções teóricas consistentes e de políticas amplas e contínuas tem sido constante. A autora, mostrando que a formação docente para a Educação Profissional vem sendo desenvolvida de forma paralela, lembra que o início das iniciativas pode ser localizado em 1917, quando foi criada a Escola Normal de Artes e Ofícios, no então Distrito Federal, fechada tempos depois, em 1937. Apenas em 1942 a Lei Orgânica do Ensino Industrial (Art. 53) voltou a prever a formação específica para a docência

[53] O método mútuo ou ensino mútuo se caracterizava pela utilização dos alunos como monitores, ou seja, com a função de auxiliar o professor nas atividades do ensino.

em Educação Profissional, destacando-se o primeiro Curso de Aperfeiçoamento de Professores do Ensino Industrial, em 1947, no Rio de Janeiro, com duração de um ano e três meses, iniciativa da Comissão Brasileiro-Americana do Ensino Industrial – CBAI, sob inspiração da Usaid (Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional) (MACHADO, 2008). O próprio Ministério, por meio da Campanha de Aperfeiçoamento e Difusão do Ensino Secundário (Cades), promovia cursos preparatórios para o exame de suficiência; o corpo docente era frequentemente constituído por profissionais liberais (advogados, farmacêuticos, médicos, engenheiros), além de padres e normalistas.

A primeira LDB (Lei nº 4.024/61), no seu Art. 59, reiterava a dualidade na formação de professores, indicando que a preparação dos docentes para o então Ensino Médio seria feita nas faculdades de Filosofia, Ciências e Letras, e a de professores de disciplinas específicas de Ensino Médio Técnico, em cursos especiais de educação técnica. Apesar dessa indicação, a própria lei era tolerante em relação ao exercício da docência, admitindo candidatos não habilitados mediante exames de suficiência, no caso da educação geral, e de graduados e técnicos, no caso da Educação Profissional.

A legislação do regime militar (Lei nº 5.540/68; Lei nº 5.692/71), por sua vez, preservou a formação para as séries iniciais nos cursos normais. Para as últimas séries do então 1º Grau e para o 2ª Grau (incluindo as disciplinas técnicas), a formação de professores seria em nível superior, em cursos de licenciatura curta (três anos de duração) ou plena (quatro anos de duração) (SAVIANI, 2008a). A indicação da formação em nível superior foi mais uma vez relaxada, com a permissão dos exames de suficiência; em 1969, o Decreto nº 464 concedeu o prazo de cinco anos para a regularização da situação dos não diplomados em nível superior (MACHADO, 2008).

A suposta carência de professores para a Educação Profissional levou o MEC a organizar e a coordenar, em 1969, cursos superiores de formação de professores para o ensino técnico agrícola, comercial e industrial. A partir daí, foram criados cursos emergenciais, denominados Esquema I e Esquema II. O primeiro oferecia complementação pedagógica aos portadores de diploma de nível superior. O Esquema II era destinado aos técnicos diplomados e incluía disciplinas pedagógicas do Esquema I e as de conteúdo técnico específico (MACHADO, 2008).

A primeira licenciatura da área da Saúde, isto é, a de Enfermagem, nasceu nesse período, em 1968, sendo o primeiro curso criado na Universidade Federal de Pernambuco. Até esse momento, como em outras áreas, a docência nos cursos técnicos, criados em 1966, era exercida pelos diplomados em Enfermagem. De acordo com Bagnato (1994), a licenciatura criada, substituindo os cursos de Didática existentes na área, não conseguiu superar a desvinculação entre as disciplinas específicas e pedagógicas nem rompeu com o caráter tecnicista e descomprometido da formação com as necessidades de saúde da maioria da população, em que pesem as lutas da categoria empreendidas em especial pela ABEn. Prevalecia uma formação coerente com as políticas de saúde do período, que, por sua vez, estavam em sintonia fina com as necessidades do mercado, como discutido no Capítulo 2.

Convém sublinhar que, desde o final dos anos 1970, no contexto da democratização do País, a luta dos educadores também buscava colocar em evidência as relações de determinação existentes entre a educação e a sociedade. Mais do que isso, os anos 1980 representaram a

> ruptura com o pensamento tecnicista que predominava na área [educacional] até então. No âmbito do movimento da formação, os educadores produziram e evidenciaram concepções avançadas sobre formação do educador, destacando o caráter sócio-histórico dessa formação, a necessidade de um profissional de caráter amplo, com pleno domínio e compreensão da realidade de seu tempo, com desenvolvimento da consciência crítica que lhe permita interferir e transformar as condições da escola, da educação e da sociedade. Com esta concepção emancipadora de educação e formação, avançou no sentido de buscar superar as dicotomias entre professores e especialistas, pedagogia e licenciaturas, especialistas e generalistas, pois a escola avançava para a democratização das relações de poder em seu interior e para a construção de novos projetos coletivos (FREITAS, 2002, p. 139).

Apesar dessas lutas, com a LDB (Lei nº 9.394/96) expressando o processo de flexibilização curricular comprometido com a adequação do Ensino Superior às demandas do processo de reestruturação produtiva vivenciado no Brasil, especialmente a partir dos anos 1990, foram introduzidas alternativas às licenciaturas, em geral, ou seja, os institutos superiores de educação e as escolas normais superiores, sinalizando uma política educacional tendente a efetuar um nivelamento por baixo, provendo uma formação mais aligeirada, mais barata, por meio de cursos de curta duração (SAVIANI, 2008a). Na avaliação de Freitas (2002; 2007), estava em curso uma política de formação de professores que, de forma dissimulada, oferecia diferentes oportunidades de formação, dependendo das condições de classe e da trajetória anterior do estudante na Educação Básica.

A formação docente em Educação Profissional, modalidade separada da Educação Básica pelo Decreto nº 2.208, de 1997, sofreu abalos importantes. Atendendo explicitamente às necessidades do mundo empresarial, as disciplinas do Ensino Técnico poderiam ser ministradas não apenas por professores, mas por instrutores e monitores, conforme a experiência, simplificando-se a docência e a sua formação. Além disso, no mesmo ano, mais uma vez sob o argumento da falta de professores, o Conselho Nacional de Educação, pela Resolução nº 2/97, dispôs sobre os Programas Especiais de Formação Pedagógica de docentes para as disciplinas do currículo do Ensino Fundamental e do Ensino Médio, incluindo a formação de professores para a Educação Profissional, concedendo certificado equivalente à licenciatura plena em cursos realizados em, no mínimo, 540h.

As entidades representativas dos educadores, particularmente a Associação Nacional pela Formação dos Profissionais da Educação (Anfope), reagiram duramente a essas proposições, defendendo a universidade como espaço privilegiado de formação dos profissionais da educação, o que incluiria os docentes dos cursos técnicos, destacando as tentativas de aligeiramento e simplificação dessa formação, "evitando entendê-la como possível de ser realizada mediante 'pinceladas' de disciplinas teóricas, reduzindo a formação teórica de qualidade, condição necessária para a prática pedagógica transformadora" (ANFOPE, 1997). Na ocasião, a Anfope indicava que

> é inadmissível o equívoco de tomar as consequências do problema como se fossem sua raiz, propugnando o fim das licenciaturas ou o seu aligeiramento, como remédio para a carência de professores em áreas críticas do ensino. A raiz desse problema está na crescente desvalorização econômica e social do professor, como resultado das péssimas condições de trabalho e salários e da inexistência de um plano de carreira que valorize a função docente e o trabalho pedagógico profissional. Todo o esforço que vem sendo feito por diferentes universidades na direção da preparação e formação de professores esbarra sempre na dura realidade que esses profissionais enfrentam em seu campo de trabalho na escola pública, esta também degradada e desqualificada como espaço de formação das novas gerações. É grande o número de professores que abandonam a profissão em razão dos baixos salários ou ainda da impossibilidade de continuarem seu processo de formação. Pensar uma política global de formação profissional do magistério implica, portanto, tratar simultaneamente e com a mesma seriedade a formação inicial, as condições de trabalho, salário e carreira e a formação continuada (ANFOPE, 1997).

As questões essenciais do debate não eram novas, certamente, nem exclusivamente brasileiras, cabendo lembrar que a racionalização política do período era expressão das reformas neoliberais implantadas em muitos países com apoio de agências multilaterais, no contexto de

mais uma crise do capital. Tratava-se da desresponsabilização do Estado com a questão da formação docente e da manutenção de políticas emergenciais que não enfrentavam a questão na sua totalidade, desprezando o acúmulo da produção dos educadores sobre a complexidade da formação docente e estimulando a mercantilização da formação em nível superior. Por esse motivo, no que concerne ao sentido da formação docente, acreditamos, como Freitas (2002; 2007), que os anos 1990 expressam um recuo em relação às dimensões políticas presentes nos debates da década anterior, questão também presente nas discussões da área da Saúde de forma geral, como já visto.

Assim, a centralidade da reflexão voltou-se para a eficiência e para os conteúdos de aprendizagem (habilidades e competências), substituindo-se a ênfase no trabalho docente pelas categorias da prática e da prática reflexiva nos estudos teóricos.

> Nossa hipótese é de que as atuais políticas para graduação e também para a pós-graduação pretendem gradativamente retirar a formação de professores da formação científica e acadêmica própria do campo da educação, localizando-a em um novo "campo" de conhecimento: da "epistemologia da prática", no campo das práticas educativas ou da práxis. Vários estudos vêm firmando essa perspectiva, fortalecidos pelas reformas educativas das últimas décadas, em particular aqueles que se ancoram, em nosso país, nas contribuições de Nóvoa, Schön, Zeichner, Gaultier, Tardiff e Perrenoud, entre outros (FREITAS, 2002, p. 147).

Diante da definição das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Professores da Educação Básica, a luta empreendida pelas entidades representativas dos educadores passou a defender com mais intensidade a importância do estabelecimento de uma base comum nacional para os cursos de formação de professores que, sem as limitações de um currículo mínimo obrigatório centrado em matérias ou disciplinas, incorporasse princípios que objetivem uma formação unitária capaz de oferecer suporte às múltiplas experiências e situações de atuação. Essa base comum nacional explicitar-se-ia nos projetos pedagógicos dos cursos de formação por meio dos eixos norteadores dos currículos, devendo conter: sólida formação teórica e interdisciplinar que favoreça uma ampla compreensão do processo educacional como prática social, com a identificação clara de seus determinantes; articulação entre a teoria e a prática; gestão democrática do trabalho e das relações pedagógicas como princípio e prática; compromisso social do profissional da educação; trabalho coletivo e interdisciplinar; formação inicial articulada à formação continuada.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Professores da Educação Básica, em nível superior, curso de licenciatura de graduação plena, foram promulgadas pelo Conselho Nacional de Educação no Parecer nº 9/01. A despeito do posicionamento das entidades representativas dos educadores, as Diretrizes, na verdade, atualizaram as políticas existentes, vinculando a educação à inserção do País no mundo globalizado, pois a internacionalização da economia confrontaria o Brasil com a necessidade indispensável de dispor de profissionais qualificados.

A questão da formação de professores para a Educação Profissional não foi contemplada nessas Diretrizes. O assunto foi mais uma vez retomado no Plano Nacional de Educação (Lei nº 10.172, de 2001[54]), preservando a dualidade de formação docente para a Educação Básica e para a Educação Profissional. A Meta 7 previa modificar, dentro de um ano, as normas que regulamentam a formação de pessoal docente para essa modalidade de ensino, de forma a aproveitar e valorizar a experiência profissional dos formadores. Por sua vez, a Meta 8 indicava a necessidade de estabelecer, com a colaboração entre o Ministério da Educação, o Ministério do Trabalho, as universidades, os Cefets, as escolas técnicas de nível superior, os serviços nacionais de aprendizagem e a iniciativa privada, programas de formação de formadores para a Educação Tecnológica e Profissional. A oportunidade de regulamentar a questão foi novamente postergada em 2004, visto que o Decreto nº 5.154/04[55], que regulamentou a Educação Profissional em substituição ao Decreto nº 2.208/97, não mencionou a formação de professores.

Observamos que essa indefinição, que permanece até os dias atuais, não é casual. A formação de professores para a Educação Profissional vem sendo disputada por diferentes

---

[54] O mesmo PNE que deveria ter sido sucedido pelo PNE 2011-2020 (que ainda está tramitando no Congresso Nacional), conforme referência 15, do Capítulo 1.

[55] Em 2008, em razão do Decreto nº 5.154/04, foi promulgada a Lei nº 11.741, de 16 de julho, que alterou dispositivos da LDB (Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996), especificamente os artigos 37, 39, 41 e 42. Eles passaram a vigorar com nova redação, visando redimensionar, institucionalizar e integrar as ações da Educação Profissional Técnica de Nível Médio, da Educação de Jovens e Adultos e da Educação Profissional e Tecnológica. A principal alteração localiza-se no Capítulo II do Título V da Lei nº 9.394/96, que passa a vigorar acrescido da Seção IV-A, denominada "Da Educação Profissional Técnica de Nível Médio", e dos seguintes artigos: 36-A, 36-B, 36-C e 36-D. Contudo, apesar dessa emenda, a formação docente para essa modalidade de ensino não foi explicitada. Há controvérsias no sentido de que, estando integrada/articulada ao Ensino Médio, caber-lhe-iam as mesmas regulamentações e requisitos no que tange aos professores desse nível de ensino, promovidas também pelos termos da Resolução CNE/CP nº 1/06, que instituiu as Diretrizes Curriculares para o Curso de Graduação em Pedagogia, licenciatura, Art. 9º, que diz que deverão ser estruturados com base nesta Resolução também os cursos de "Educação Profissional na área de serviços e apoio escolar e em outras áreas nas quais sejam previstos conhecimentos pedagógicos" (BRASIL, 2006).

sujeitos sociais; essa disputa contempla, de um lado, formação via licenciaturas, nas universidades e, de outro, formação via programas especiais que aproveitem ou não os conhecimentos e experiências anteriores, em parceria com universidades ou em outros *locus* de formação não universitárias. O equívoco dessa polarização, entretanto, parece ser não ampliar a análise sobre o que está em disputa, questão retomada nas próximas seções.

4.2 A política de formação docente para a Educação Profissional: tendências e desencontros

A ideia de uma base nacional comum proposta pelas entidades dos educadores deveria, em tese, incluir também a docência em Educação Profissional, ainda mais quando essa modalidade é compreendida como integrante da Educação Básica. A Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica do Ministério da Educação (Setec/MEC), órgão responsável pela definição política da Educação Profissional e da formação docente, com base em um simpósio realizado em 2006 sobre o tema, retomou a discussão sobre a necessidade de uma política nacional específica. Segundo Machado (2008), a fim de ampliar a participação de todos os setores interessados nesse debate e traçar delineamentos que expressassem, de forma convergente, as necessidades e demandas neste campo, a Setec/MEC constituiu um grupo de trabalho (GT) para sistematizar as questões referentes ao diagnóstico e às propostas. A composição desse GT, entretanto, não contemplava a representação da área da Saúde, não sendo possível precisar os motivos. Participavam do GT, além de representantes do MEC, um representante da Anfope e vários membros de diferentes Cefets, instituições que vêm disputando a formação de professores nos últimos anos, visto que a transformação das escolas técnicas federais em Cefets (Lei n º 6.545/78) motivou muitas expectativas na oferta de licenciaturas com apoio técnico e financeiro do MEC.

A questão da formação dos professores da Educação Profissional, independentemente das ações que o Ministério da Saúde desenvolvia no mesmo momento, no que diz respeito à área da Saúde: Enfermagem (Profae), passou a ser identificada pelo MEC (MACHADO, 2007) como condição fundamental à superação da estrutura fragmentada que caracteriza a Educação Profissional no Brasil. A premissa era a mesma, isto é, muitos programas especiais de formação e poucas licenciaturas, sem que as características dessa formação, a proximidade ou

distanciamento aos princípios da base nacional comum, defendidos, fossem desvelados. Desse modo, aspectos que não têm sido alvo de discussão profunda se apresentam como perguntas oportunas: em que condições essas licenciaturas e programas ocorrem em todas as áreas da Educação Profissional? Que sujeitos disputam a formação? A quem serve a formação oferecida nas licenciaturas e nos programas especiais? Quais elementos de convencimento lhes dão suporte para adquirirem sentido de positividade diante dos profissionais docentes candidatos a estas formações? Quais as semelhanças e diferenças entre os processos promovidos pelas distintas instituições públicas (Cefets, universidades, Ministério da Saúde) privadas e filantrópicas? Em que se aproximam e se distanciam da base comum proposta? Cabe sublinhar que,

> apesar disso, as licenciaturas têm sido apontadas como absolutamente essenciais por serem o espaço privilegiado da formação docente inicial e pelo importante papel que podem ter na profissionalização docente, para o desenvolvimento de pedagogias apropriadas às especificidades da Educação Profissional, o intercâmbio de experiências no campo da Educação Profissional, o desenvolvimento da reflexão pedagógica sobre a prática docente nesta área, o fortalecimento do elo entre ensino-pesquisa-extensão, pensar a profissão, as relações de trabalho e de poder nas instituições escolares, a responsabilidade dos professores etc. (MACHADO, 2007, p. 8).

Em 2010, o MEC realizou mais um grande seminário sobre Educação Profissional, considerando o processo de atualização das Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação Profissional em Nível Técnico, processo coordenado pelo Conselho Nacional de Educação. A proposta do Conselho, que amplia o uso da concepção de ensino por competências, formulação vinculada aos interesses empresariais, encontra forte oposição no campo da Educação desde a sua primeira utilização, em 1997.

O embate agora é mais explícito, razão pela qual as novas Diretrizes não foram homologadas até esta data; as sucessivas versões apresentadas pelo CNE são criticadas pela incoerência com preceitos constitucionais, inconsistência teórica e, mais uma vez, pela centralidade no ensino por competências. A partir desse Seminário, um expressivo grupo [56], com

[56] Coordenação da Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica (Setec) do Ministério da Educação, representada pelos professores Luiz Caldas e Caetana Rezende Silva; Secretaria de Educação Básica do Ministério da Educação, por intermédio da Diretoria de Concepções e Orientações Curriculares para a Educação Básica; Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade do Ministério da Educação, por intermédio das Diretorias de Políticas de Educação de Jovens e Adultos e de Educação para a Diversidade e da Coordenação Geral de Educação Ambiental; Secretaria de Educação Especial do Ministério da Educação, por intermédio de seu gabinete e da Diretoria de Políticas de Educação Especial; Secretaria de Educação a Distância do Ministério da Educação, por intermédio da Coordenação Geral do Sistema Escola Técnica Aberta do Brasil

uma única representação da área da Saúde, elaborou uma contraproposta de Diretrizes, fundamentada em princípios e conceitos que se opõem à concepção de Educação Profissional subordinada ao mercado. O documento síntese dessas discussões (PACHECO, 2012) indica que, para a efetivação de uma política, é necessário admitir o desmonte da Educação Profissional no país em virtude do Decreto nº 2.208/97, que resultou, entre outros problemas, na falta de um quadro de professores efetivos de Educação Profissional, principalmente nos estados. A segunda fragilidade é a formação de professores desses quadros efetivos, a ser abordada em duas dimensões: a inicial e a continuada.

O documento recupera o quadro atual e as tentativas realizadas para a definição de uma política de formação docente para a Educação Profissional, reiterando a insuficiência da formação via programas destinados a graduados, principalmente nos estados, tal como ainda permite a Resolução nº 2/97. Essa Resolução dispõe sobre programas especiais de formação pedagógica de docentes para as disciplinas do currículo do Ensino Fundamental, do Ensino Médio e da Educação Profissional em nível médio. Pela Resolução, a formação de docentes no

---

(E-Tec Brasil); Ministério do Trabalho e Emprego, por intermédio de sua Secretaria Executiva e da Secretaria de Políticas Públicas de Emprego; Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento; Ministério do Desenvolvimento Agrário; Ministério do Meio Ambiente, por intermédio do Grupo de Trabalho Educação em Agroecologia e Sistemas Orgânicos de Produção; Ministério da Saúde, através da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, vinculada à Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV-Fiocruz); Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (Anped), por intermédio dos Grupos de Trabalho 9 - Educação e Trabalho, e 18 - Educação de Jovens e Adultos; Fórum Nacional dos Conselhos Estaduais de Educação (FNCEE); Conselho Nacional dos Secretários de Educação (Consed), por intermédio do Fórum dos Gestores Estaduais de Educação Profissional; Conselho Nacional das Instituições da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica (Conif), por intermédio do Fórum de Dirigentes de Ensino; representação dos trabalhadores, pelo Sindicato Nacional dos Servidores Federais da Educação Básica, Profissional e Tecnológica (Sinasefe) e da Escola de Turismo e Hotelaria Canto da Ilha, filiada à Central Única dos Trabalhadores (CUT); Acácia Zeneida Kuenzer, professora sênior da UFPR; Ana Lúcia Lima da Rocha Muricy Souza, presidente do Conselho Estadual de Educação de Sergipe; Antônio Almerico Biondi Lima, superintendente de Educação Profissional da Secretaria de Educação do Estado da Bahia; Cláudio Gomes Ribeiro, coordenador dos cursos técnicos da EPSJV-Fiocruz; Dante Henrique Moura, professor do Instituto Federal do Rio Grande do Norte; Edna Castro de Oliveira, professora adjunta da Ufes; Edna Corrêa Batistotti, servidora efetiva da Secretaria de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, Coordenadora de Educação e Trabalho – SECT/SC; Gaudêncio Frigotto, professor da Uerj; Lucília Regina de Sousa Machado, professora e coordenadora do mestrado em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local do Centro Universitário UNA (BH/MG); Maria Aparecida Ciavatta Pantoja Franco, professora colaboradora da UFF; Maria da Glória Santos Laia, professora do Instituto Federal do Tocantins; Maria Margarida Machado, professora adjunta da UFG; Marise Nogueira Ramos, professora adjunta da Uerj; Nilva Schroeder, professora e pró-reitora de Ensino do Instituto Federal de Santa Catarina; Regina Lúcia Borges Araújo; Conselho Estadual de Educação do Mato Grosso; Reginaldo Flexa Nunes, professor do Instituto Federal do Espírito Santo; Rosana Miyashiro, coordenadora geral da Escola de Turismo e Hotelaria Canto da Ilha-SC; Roseli Salete Caldart, assessora pedagógica do Instituto Técnico de Capacitação e Pesquisa da Reforma Agrária; Sandra Regina de Oliveira Garcia, professora assistente da Universidade Estadual de Londrina e chefe do Departamento de Educação e Trabalho da Seed/PR (PACHECO, 2012).

nível superior pode ser feita em cursos regulares de licenciatura, em cursos regulares para portadores de diplomas de Educação Superior e em programas especiais de formação com no mínimo 540h, sendo 300h dedicadas à prática. Tais programas seguem sendo justificados pela necessidade de suprir a falta de professores habilitados, e o concluinte recebe certificado e registro profissional equivalente à licenciatura plena.

Fruto das discussões iniciadas ainda no Simpósio realizado em 2006, foi enviada à Setec/MEC, em 2010, uma proposta substitutiva à Resolução nº 2/97 contendo cinco possibilidades de formação de professores para a Educação Profissional: quatro resultantes dos debates promovidos durante 2006 e 2007 e constantes no documento encaminhado, em 2008, ao CNE pela Setec/MEC e uma já constante na Resolução CNE/CP nº 2/97. Eram as seguintes (PACHECO, 2012):

a. curso de licenciatura para graduados;
b. curso de licenciatura integrado com curso de graduação em tecnologia;
c. curso de licenciatura para técnicos de nível médio ou equivalente;
d. curso de licenciatura para concluintes do Ensino Médio;
e. cursos de especialização, pós-graduação *lato sensu*, em programas especiais para profissionais já graduados em nível superior.

Ainda segundo Pacheco (2012), a Setec/MEC manifestou sua concordância com a normalização de apenas três das cinco formas apresentadas, as alternativas a, b e c. A esse respeito,

> a Setec considera que a licenciatura para graduados pode substituir, com vantagens, os cursos de especialização, de pós-graduação *lato sensu* e os programas especiais *intencionalmente destinados à formação de docentes para a Educação Profissional* (quinta forma apresentada na proposta de parecer). Essa licenciatura, em relação à proposta contida na Resolução CNE/CP nº 2/97, ao prever uma carga horária mínima maior, possibilita uma formação mais consistente, incluindo mais tempo destinado ao estágio supervisionado, além de superar o caráter de oferta esporádica que tem marcado a formação de docentes para a Educação Profissional. Essa forma permite também que, ao identificar demandas pontuais que justifiquem ofertas de caráter esporádico, possam ser abertas turmas específicas para seu atendimento. Essa forma de licenciatura traz ainda como vantagem para os formados a autorização para docência em cursos de formação de profissionais cujas profissões são regulamentadas e nas quais se exige que o docente da parte específica seja também profissional da área (PACHECO, 2012, p. 82-83).

De acordo com a última proposta apresentada, a formação docente deve assegurar quatro eixos específicos. O Quadro 6 permite a comparação das ênfases da Resolução nº 2/97 e dos eixos da proposta apresentada em 2010.

Quadro 6 - Bases da formação docente segundo a Resolução CNE nº 2/97 e a Proposta de 2010

Resolução CNE nº 2/1997	**Proposta de Diretrizes Nacionais (2010)**
I - NÚCLEO CONTEXTUAL, visando à compreensão do processo de ensino-aprendizagem referido à prática da escola, considerando tanto as relações que se passam no seu interior, com seus participantes, quanto as suas relações, como instituição, com o contexto imediato e o contexto geral onde está inserida. II - NÚCLEO ESTRUTURAL, abordando conteúdos curriculares, sua organização sequencial, avaliação e integração com outras disciplinas, os métodos adequados ao desenvolvimento do conhecimento em pauta, bem como sua adequação ao processo de ensino-aprendizagem. III - NÚCLEO INTEGRADOR, centrado nos problemas concretos enfrentados pelos alunos na prática de ensino, com vistas ao planejamento e reorganização do trabalho escolar, discutidos a partir de diferentes perspectivas teóricas, por meio de projetos multidisciplinares, com a participação articulada dos professores das várias disciplinas do curso.	I - Formação científica, com atenção às necessidades educacionais em cada eixo tecnológico de integração entre ensino-pesquisa-extensão, da perspectiva interdisciplinar, do diálogo das ciências do pensamento, humanas, sociais e da natureza com a cultura e com os conhecimentos tecnológicos. II. Formação tecnológica, considerando a interação entre teoria e prática, a atual complexidade do mundo do trabalho, o aumento das exigências de qualidade na produção e nos serviços, a exigência de maior atenção à justiça social, questões éticas e de sustentabilidade ambiental, necessidades sociais e alternativas tecnológicas. III. Formação didático-pedagógica, tendo em boa conta as especificidades históricas, sociológicas, filosóficas, econômicas, organizacionais e políticas da Educação Profissional e tecnológica, incluindo seus conteúdos, métodos, processos de avaliação, identidade de docentes e discentes, gestão de sistemas, redes e instituições e suas relações com o contexto econômico e social, com as políticas sociais e de desenvolvimento. IV. Conhecimentos sobre o desenvolvimento sócio-econômico-ambiental dos territórios e sobre a diversidade dos sujeitos, das formas de produção e dos processos de trabalho dos diferentes *loci* onde os cursos ocorrem.

Uma rápida análise do Quadro 6 permite indicar que as bases propostas pela Resolução nº 2/97 expressam certo imediatismo e circunscrição da formação do professor às necessidades da docência em si mesma, inferidos pelas reduções da realidade a problemas pontualmente identificados em cada contexto/conjuntura da escola em si e do trabalho docente e sua dimensão

prática a atividades de ensino aplicadas aos problemas, ao que é imediatamente percebido como tal, e não como um fenômeno complexo resultante de múltiplas determinações, intra e extraescolares. Embora propondo, corretamente, que seja considerado o contexto imediato e geral em que a escola está inserida, ela o faz favorecendo uma relação teoria-prática de cunho pragmático-utilitário, pelo ponto de partida escolhido – o processo de ensino-aprendizagem – cuja produção histórica não poderá ser, assim, realçada, podendo ser compreendido puramente em sua dimensão técnico-metodológica, de forma tecnicista ou subjetivista, distanciado da sua função social como mediação educativa, por exemplo.

A ausência de nexos e relações indispensáveis e explicitas entre as dimensões contextuais, estruturais e mediação docente cuja execução estaria *a posteriori* no núcleo integrador a faz depender, fundamentalmente, da leitura integradora realizada pelos professores, o que possibilitará provavelmente uma diversidade formal de articulação dessas bases, que, por não terem referências/princípios/relações sócio-históricas e políticas reconhecidos, podem não transformar a hegemônica desintegração teoria-prática já naturalizada nem remetê-la à indispensável relação com outras apartações presentes na totalidade social/realidade que as engendra, da qual a Educação participa historicamente, muito presentes nas condições concretas de vida dos sujeitos da EPTNM.

Por não incluir outras dimensões necessárias à formação docente consistente com a pesquisa, o que certamente também está determinado pela carga horária proposta, limita a compreensão das condições históricas que, relativamente, determinam inclusive a objetividade possível de ser alcançada pelos conhecimentos científicos produzidos, ensinados e seu valor como aproximação do real (COUTINHO, 1989, p. 76-77), para a construção da consciência do sujeito que conhece.

A escola, como aparelho privado de hegemonia, permanece restrita à função conservadora das formas de organização social, articulação e reprodução das relações sociais de poder, de utilização do saber, se confrontada com a perspectiva de uma ação formativa e emancipadora dos sujeitos e potencializadora da sociedade civil em sua relação dialética com o Estado, na produção de outras iniciativas mais democráticas, para as quais é necessária a consciência da luta político-ideológica aí imbricada.

A proposta de 2010, por sua vez, se aproxima dos fundamentos propostos pelos educadores na Base Nacional Comum. Nela está presente a integração entre ensino, pesquisa e

extensão, prerrogativa da universidade, além da ênfase no diálogo interdisciplinar e da explicitação de questões ausentes na Resolução nº 2, como justiça social, ética e necessidades sociais. Entretanto, o mais relevante é a indicação, na proposta de 2010, da necessidade de ter em conta as especificidades históricas, sociológicas, filosóficas, econômicas, organizacionais e políticas da Educação Profissional, ampliando significativamente as bases da formação desses professores e a potencialidade de uma visão crítica da forma histórica assumida pelo campo. Desnecessário lembrar que a proposta em tela não logrou hegemonia para garantir a sua aprovação.

Essa discussão fundamental, entretanto, avança longe da maioria dos profissionais que atuam na Educação Profissional em Saúde e nos cursos de licenciatura da área. Por que os movimentos críticos em torno da saúde e da formação de professores não se encontram? Tomando como exemplo a histórica licenciatura em Enfermagem, a expansão dos cursos subsequentes e a expressiva demanda por vagas para essa subárea da saúde no setor privado, como já foi destacado anteriormente, além da existência das Escolas Técnicas do SUS – ETSUS, por que a representação da saúde se fez presente de forma tão reduzida nessas discussões nos últimos debates? Evidenciar esse distanciamento é uma oportunidade relevante no presente estudo.

Formação é campo de disputas, e a proposta elaborada em 2010 certamente não é consensual, pois expressa determinada concepção de mundo não hegemônica. Contudo, a ampliação das forças sociais que com ela compartilham elementos ético-políticos e pedagógicos, presentes nos princípios defendidos pela proposta de base comum nacional para a formação de todo profissional da educação, pode ser potencializada por encontros e diálogos que esclareçam aspectos que não têm sido alvo de discussão profunda, como já mencionado, gerando uma vontade coletiva mais ampliada, construída no âmbito dessas fortes, expressivas e militantes corporações da Educação e da Saúde, com base nas condições concretas dadas.

Cabe destacar, neste momento, elementos que possivelmente estão relacionados a esse distanciamento e que, em diferentes níveis, relacionam-se com um dos princípios estruturantes da Base Comum Nacional: a docência como base de identidade da formação de todo profissional da Educação. Precisamos ter em mente, neste momento, que estamos falando de profissionais cujas profissões são regulamentadas e nas quais se exige que o docente da parte específica seja também profissional da área (como bacharéis, mestres, doutores, especialistas), cuja identidade

profissional foi construída nas distintas historicidades da formação em saúde, representada em suas 14 subáreas.

Primeiramente, a informalidade frequente do trabalho docente em Educação Profissional na área da Saúde, especialmente nos estados, onde geralmente não há concurso, plano de carreira – o que faz da docência na área uma atividade temporária e adicional ao trabalho do profissional de saúde [57], afastando-o das discussões mais substantivas e políticas, que, por sua vez, se ressentem da sua participação efetiva, dificultada inclusive pelos múltiplos vínculos.

A concepção que orienta as Escolas Técnicas do SUS, isto é, o Ensino em Serviço, uma tradição na área, pode em parte contribuir para reafirmar essa condição instável da docência, pela sua condição de função no âmbito das ações dos profissionais nos serviços de saúde, o que vem naturalizando a sua desprofissionalização. Reconhecemos que esta é determinada também pela condição institucional e administrativa dos serviços públicos, por não possuírem esta prática como atuação específica para a qual são concursados ou contratados seus quadros profissionais de nível superior.

Outro elemento reside no fato de a área vir atualmente reproduzindo e firmando a tradição das capacitações pedagógicas, que foi deslocada da condição de parte de uma estratégia para apoiar a formação de trabalhadores para a viabilização do SUS na década de 1980 [58], em determinado contexto histórico, para o lugar de estratégia hegemônica de capacitação para o exercício da docência para os serviços e no âmbito das ETSUS. Esse retrocesso, a nosso ver, vem ocorrendo apesar de o próprio Ministério ter promovido o Curso de Formação Pedagógica, em nível de especialização, no âmbito do Profae, no período de 2000 a 2005, resultando em 13.161 especialistas egressos, certificados pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/EAD/Fiocruz). Viabilizado majoritariamente em parceria com instituições de

---

[57] No Seminário Nacional Profaps, realizado em 11 e 12 de julho de 2013 em Brasília, foram apresentadas experiências na gestão dos recursos nas quais as ETSUS informaram a existência de mecanismos que permitem pagar adicional aos trabalhadores que exercem a função docente, incluindo os que são servidores públicos, por hora-aula, desde que eles realizem as atividades fora do horário do trabalho e também via editais de credenciamento com base na Lei nº 8.666/93 em duas etapas: o credenciamento é feito por disciplina, podendo o docente inscrever-se em até seis delas, é pontuado e depois submete-se a uma entrevista ou análise de currículo. O caráter jurídico desse contrato é administrativo, não gerando vínculo empregatício. *Revista RETSUS*, nº 62, jun./jul. 2013.

[58] A capacitação pedagógica para instrutores/supervisores dos serviços de saúde como estratégia de formação docente será discutida no Capítulo 5, integrando o conjunto das três experiências de formação docente analisadas neste estudo. Em sua apresentação oficial, foi considerada parte inicial de uma série, correspondendo a uma licenciatura plena que os habilitasse para a função perante o sistema educacional (BRASIL, 1989), o que não ocorreu efetivamente no transcurso do Projeto Larga Escala.

Ensino Superior (IES) públicas – áreas de Saúde e Educação –, e privadas ou comunitárias, foi implementado em todas as regiões do País. Vale lembrar que o MS/SGTES/Deges demandou, ainda, o Curso piloto de Formação Docente formulado e executado no período 2007-2009, implementado nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Temos ainda o fato de que na Educação Profissional predomina o setor privado, que não favorece esse tipo de discussão; é baixa a participação da rede federal na área da Saúde, espaço que vem estimulando o debate sobre a formação docente para esse campo.

Há, entretanto, um elemento específico adicional que mencionamos no contexto da problemática, isto é, um dispositivo legal que confere ao Ministério da Saúde, coordenador do Sistema Único de Saúde no âmbito da União, amparado pela Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080/90, a responsabilidade de promover a ordenação da formação de recursos humanos na área (Capítulo I, Art. 6º, inciso III) e, juntamente com as demais esferas de governo, promover a organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de aperfeiçoamento permanente de pessoal (Capítulo II, título IV – Dos Recursos Humanos, Art. 27, inciso I).

No Ministério da Saúde, a área responsável é a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, que tem, entre suas atribuições, elaborar e propor políticas de formação e desenvolvimento profissional para a área da Saúde e acompanhar sua execução. Na Secretaria, cabe ao Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges) a responsabilidade pela definição e desenvolvimento de políticas relacionadas à formação de pessoal da Saúde, tanto no nível superior como no nível técnico-profissional. Segundo o MS, a formação de nível técnico em Saúde requer algumas peculiaridades e pode-se considerar como estratégias para a formação desses profissionais o desenvolvimento do currículo integrado, a descentralização dos cursos, a integração escola-serviço-comunidade.

Não há, no momento, nenhuma política nacional de formação docente para a Educação Profissional sendo desenvolvida pelo Ministério da Saúde, em que pesem não só os dispositivos legais indicados como os compromissos assumidos pelo Ministério em 2006, juntamente com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), nos quais pactuaram responsabilidades em relação ao SUS

em níveis federal, estadual e municipal[59]. Naquele ano, foram assumidos e reiterados compromissos sanitários e com a defesa do SUS como política de Estado, reafirmando o direito dos brasileiros à saúde. Trata-se do Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, que inclui como componentes o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS. No Pacto de Gestão, foram definidas como diretrizes: descentralização, regionalização, financiamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação e controle social, planejamento, gestão do trabalho e educação na Saúde, como política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores e estratégia de qualificação do SUS.

Nessa direção, estados e municípios se comprometeram com a formulação, promoção e gestão da educação na Saúde de forma cooperada ou direta, incluindo ações para mudança nas graduações das profissões da Saúde e na formação de trabalhadores em nível médio de acordo com as diretrizes do SUS. A União, por seu turno, assumiu o compromisso de promover e pactuar políticas de educação permanente em Saúde, apoiando técnica e financeiramente estados e municípios no seu desenvolvimento.

Cientes da execução do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps) como parte da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde [60], iniciado em 2009, é fundamental questionar as razões da ausência da formação de professores nesse

---

[59] O Ministério da Saúde, mediante consenso em grupo de trabalho tripartite, estabelece, anualmente, para cada Unidade Federada, metas e indicadores do Pacto pela Saúde.

[60] Portaria nº 2.200, de 14 de setembro de 2011. Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Art. 3º: O Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde deverá: I - ser elaborado de acordo com o Anexo II da Portaria nº 1.996/2/GM/MS, de 2007, observando as necessidades de formação identificadas a partir das demandas prioritárias das Regiões de Saúde, com ênfase nas Redes Temáticas de Atenção à Saúde - Rede Cegonha; Rede de Atenção às Urgências; Rede de Atenção Psicossocial, cuidados aos usuários de álcool, *crack* e outras drogas; Programa de prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero e da mama e outros; II - ser elaborado considerando o diagnóstico epidemiológico do Estado, a coerência entre as ações e estratégias propostas e os Programas Prioritários do Ministério da Saúde na área de gestão do trabalho e da educação na Saúde: *Profaps,* Pró-Saúde, PET-Saúde, Telessaúde, Pró-residências, UNA-SUS, ProgeSUS, dentre outras ações; [...] IV - *contemplar, no que se refere à Educação Profissional Técnica de Nível Médio, ações de capacitação, aperfeiçoamento e especializações dos trabalhadores de nível fundamental e médio, observando as áreas prioritárias do Profaps*: Radiologia; Citopatologia; Hemoterapia; Manutenção de Equipamentos; Saúde Bucal; Prótese Dentária; Vigilância em Saúde; Enfermagem; Saúde do Idoso para as equipes da Estratégia Saúde da Família e equipes de enfermagem das instituições de longa permanência; Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Art. 4º: Os recursos orçamentários de que trata esta Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho: I - 10.128.1436.8612.0001 - Formação de Profissionais Técnicos de Saúde e Fortalecimento das Escolas Técnicas/Centros Formadores do SUS; e II - 10.364.1436.8628.0001 - Apoio ao Desenvolvimento da Graduação e Pós-Graduação *Stricto* e *Lato Sensu* em áreas estratégicas para o SUS. No Art. 1º, esta Portaria define novos recursos financeiros do Ministério da Saúde para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, no exercício de 2011, no valor de R$ 85.000.000,00, disponibilizados de acordo com os critérios para alocação orçamentária referentes à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, conforme anexo (BRASIL, 2011, grifo nosso).

Programa[61], para o qual inclusive foi formulado e executado o referido Curso Piloto de Formação Docente em Educação Profissional Técnica na área da Saúde [62], terceira experiência analisada neste estudo, assim como as razões da ausência dessa instância nas discussões da formação docente para a EPTNM anteriormente mencionadas.

Destacamos, entretanto, que as poucas referências já encontradas a respeito da docência em Educação Profissional em documentos recentes do MS apontam não só para uma compreensão que representa um retrocesso sobre a questão no âmbito da EPNM em saúde[63] como para o descumprimento da legislação vigente sobre as formas de ofertar essa formação, que, com todos os seus limites, vai muito além da orientação contida na Portaria GM nº 3.189, de 18 de dezembro de 2009.

Essa autonomia está em desacordo com a postura subordinada ao CNE/MEC, tanto em relação à legislação sobre a formação técnica como no que diz respeito às concepções de educação e ensino defendidas pelo CNE (pedagogia das competências e da pedagogia do aprender a aprender), alvo de intensa e permanente crítica das entidades representativas dos educadores e antagônicas à perspectiva de superação de iniquidades que norteiam as políticas referenciadas na Reforma Sanitária, o que parece fortalecer a relevância das perguntas norteadoras deste estudo: de qual Reforma Sanitária e de qual SUS essas políticas estão falando? A prerrogativa de ordenar os recursos humanos em Saúde em termos ético-políticos na perspectiva dos interesses do SUS é compreendida e exercida em que sentido, efetivamente?

Em recente artigo, Ciavata e Ramos (2012) destacam que o movimento de regulamentação na forma de diretrizes curriculares nacionais marca o processo de reformas educacionais que

---

[61] A Portaria GM nº 1.307, de 6 de junho de 2011, define recursos financeiros do Ministério da Saúde para o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps). Art. 1º: Definir novos recursos financeiros do Ministério da Saúde para a implementação do Programa de Formação de Profissional de Nível Médio para a Saúde (Profaps) no exercício de 2011, no valor de R$ 63.000.000,00, disponibilizados de acordo com os critérios para alocação orçamentária constantes do Anexo I desta Portaria. (BRASIL, 2011).

[62] Segundo Galvão, apresentando a proposta do Profaps e sua estrutura, a formação docente localizava-se no Subcomponente II - Fortalecimento Institucional das Instâncias Formadoras e Reguladoras dos Recursos Humanos do SUS, Subcomponente I, e teria como meta a formação de 27.000 professores em Educação Profissional na área de Saúde para mediarem a qualificação, habilitação e especialização de 745.435 mil trabalhadores do SUS (informação verbal, 2008).

[63] Como exemplo, citamos a Portaria GM nº 3.189, de 18 de dezembro de 2009, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps), no Anexo III - Orientações para a elaboração dos projetos pelas ETSUS, em que a formação docente está assim enunciada: "O plano de formação pedagógica para docentes, por sua vez, deverá apresentar carga horária mínima de 88h, sendo o módulo inicial de no mínimo 40h, realizado antes do início do curso e deverá apresentar: temas abordados; estratégias e metodologias utilizadas; e estratégias de avaliação" (BRASIL, 2009), aparentemente retrocedendo à estratégia da capacitação pedagógica dos anos 1980-1990.

evidencia a política curricular como estratégia ideológica de formação para a sociabilidade exigida pelo capitalismo contemporâneo. Segundo as autoras,

> o Conselho Nacional de Educação se constituiu numa instância de poder – integrada ou paralela, eis uma questão – ao Ministério da Educação. No projeto original de LDB, ele foi concebido como autônomo em relação ao Executivo. Essa condição convergia com a proposição de um Sistema Nacional de Educação[64] – orgânico e coerente – e com a instituição do Fórum Nacional de Educação[65]. Este último seria o espaço de discussão e formulação da política educacional, enquanto o Conselho, o espaço regulamentador. A característica de ambos seria a representação substantiva da sociedade civil, dando efetividade organizativa ao Estado ampliado. Sabemos que nem o Sistema nem o Fórum Nacional de Educação foram logrados na Lei nº 9.394/96. O Conselho Nacional de Educação, por sua vez, adquiriu estatuto de órgão de assessoramento ao Ministério da Educação. Parte de sua composição advém da sociedade civil, porém como sugestão, já que a indicação final de cada conselheiro cabe ao Ministro da Educação. Como instância de poder, torna-se campo de disputa por hegemonia entre classes e frações de classes, sendo a política curricular o objeto específico dessa disputa (CIAVATTA; RAMOS, 2012, p. 19).

Nas Diretrizes Curriculares Nacionais que regulamentam a formação dos profissionais de Saúde de nível superior, permanece a dicotomia bacharelado/licenciatura. Os conhecimentos são distantes daqueles propostos pela Base Nacional Comum de formação de professores no sentido de uma unidade curricular que assegure a construção coletiva da base identitária dos cursos de formação de profissionais da Educação (ANFOPE, 2012). Nas DCN da graduação em Enfermagem[66], a Educação Profissional é mencionada apenas uma única vez e de forma pouco clara quando indicado o perfil do licenciado. Não há, assim, referência à docência em Educação Profissional Técnica de nível médio nem à escola que forma trabalhadores. A Educação Profissional permanece como atividade desvalorizada socialmente, como revelam os dados do

---

[64] O PNE é tema da II Conferência Nacional de Educação (Conae 2014), que ocorre de 17 a 21 de fevereiro de 2014, em Brasília. A pauta de discussão é: "O Plano Nacional de Educação na Articulação do Sistema Nacional de Educação: Participação Popular, Cooperação Federativa e Regime de Colaboração". Publicado em http://fne.mec.gov.br/index.php/noticias/357-senado-aprova-pne; acesso em dezembro 2013.

[65] "O Fórum Nacional de Educação – FNE é um espaço inédito de interlocução entre a sociedade civil e o Estado brasileiro, reivindicação histórica da comunidade educacional e fruto de deliberação da Conferência Nacional de Educação (Conae 2010). É composto por 35 entidades representantes da sociedade civil e do poder público. De caráter permanente, o Fórum Nacional de Educação foi instituído pela Portaria MEC nº 1.407, de 14 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União de 16 de dezembro de 2011". Publicado em http://fne.mec.gov.br/index.php/o-forum; acesso em dezembro de 2013.

[66] Resolução do CNE/CES nº 3 de 7 de Novembro de 2001, Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Publicado em http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf, acesso em dezembro de 2012.

MEC[67] relativos à oferta de bacharelados e licenciaturas coletados em 2012, abordados na próxima seção.

Entendemos, frente ao que foi desenvolvido até aqui, que não há como compreender essa realidade sem situar a questão da formação de professores na materialidade que a produz, buscando determinações estruturais e conjunturais dessa realidade. Apesar disso, convém indicar, como Bagnato (1994), no caso da licenciatura em Enfermagem, que nas licenciaturas é preciso avançar na discussão sobre a formação de professores em nível médio, incrementar a produção científica nesse campo, divulgar as experiências desenvolvidas na Educação Profissional Técnica. Convém, ainda, avançar na busca de caminhos para a formação docente em Educação Profissional na área da Saúde que reconheça o trabalho pedagógico como processo de mediação que tem como ponto de partida e de chegada a realidade brasileira concreta, a prática social do ser humano, seja aluno-trabalhador ou usuário do SUS. Estamos falando de uma formação docente e de uma Educação Profissional Técnica capaz de assegurar a qualidade da ação de cuidar de vidas humanas, o que requer capacidades profissionais rigorosamente construídas segundo critérios científicos, éticos e políticos, comprometidas com a preservação do direito à saúde como bem público e de qualidade social para todos – direito ainda mais formal que real, mas duramente conquistado e frequentemente ameaçado, em virtude das manobras privatizantes.

4.3 A disputa pela formação docente: sinais de sua materialidade

Para nos apropriarmos mais da materialidade da formação docente para a EPTNM em Saúde, foi realizado o primeiro levantamento, em 2012, a respeito de quem a disputa e de que forma a disputa. Tendo em mente o que foi apresentado na problemática e discutido nas seções anteriores deste capítulo veremos nos quadros a seguir que a diversidade das formas de ofertar a formação docente em Saúde dialoga com os aspectos destacados para a modalidade Educação Profissional Técnica em termos gerais, apontadas por Machado (2008).

[67] Instituições de Educação Superior e Cursos Cadastrados – Banco de dados: http://emec.mec.gov.br, dados coletados em 2012.

Quadro 7 – Natureza, tipos de cursos e modalidades dos cursos ofertados, em 2012

Cursos	Nº de instituições ofertantes			Tipos de cursos				Modalidade	
	Pública	Privada	Sind. de trab.*	Cap. ped.*	Esp./ formação ped.*	Lic.*	Mest. prof.*	Pres*	EAD*
Formação docente para Educação Profissional na área da Saúde	11	5	1	3	10	3	3	15	4
Formação docente para Educação Profissional	3	1	0	0	4	3	0	7	0
Total	14	6	1	3	14	6	3	22	4

Fonte: Banco de dados e sites consultados, 2012.

***Legenda:** Sind. de trab. – Sindicato de trabalhadores**;** Cap. ped. – Capacitação pedagógica; Esp./Formação ped. – Especialização/formação pedagógica; Lic. – Licenciatura; Mest. prof. – Mestrado Profissional; Pres – presencial; EAD – Educação a distância.

Na coluna cursos, temos os dados de uma oferta claramente dirigida para a área de Saúde e outra dirigida para a modalidade EPTNM, na qual supostamente a Saúde também poderá estar contemplada, razão pela qual ambas compõem o Quadro 7. Vale destacar que a oferta pública ainda supera a oferta privada e a modalidade presencial é predominante.

Os segmentos – público, privado e organização dos trabalhadores – incluem instituições de Ensino Superior e Técnico, Entidades/Associações de Classe/Sindicatos de Trabalhadores. O banco de dados e *sites* consultados foram: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Capes (cursos credenciados e autorizados); Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai Nacional); Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Senac Nacional); Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn Nacional); Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS); Portal Pós-EAD; e Centro Universitário Uninter – estes mais diretamente relacionados à Educação a Distância, com base nos descritores detalhados no Capítulo 1 – caminhos metodológicos.

A oferta formativa diversificada está representada pelos tipos de cursos: programas especiais, cursos de pós-graduação *lato* e *stricto sensu* (três mestrados), formação em serviço, licenciaturas, presenciais ou a distancia. Está explícita também a reduzida quantidade para fazer frente às demandas (principalmente das políticas públicas), evidenciada a pequena oferta de licenciaturas frente aos programas especiais e à majoritária oferta presencial, ainda.

Essa variedade de formas tem relação, portanto, com as determinações socioeconômicas e políticas e suas consequências na historicidade dessa modalidade e da formação docente específica já apontadas, o que faz com que a demanda por formação seja composta prioritariamente por graduados nas profissões em Saúde e com as condições concretas de vida desses profissionais (como apontamos na Capítulo 3, no âmbito da força de trabalho em Saúde) também identificadas na avaliação em processo realizada durante a implementação do Curso de Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem, promovido pelo Projeto Profae, em 2005 (BOMFIM, 2005).

Essa avaliação identificou também o interesse dos docentes egressos das primeiras turmas – 1.141 participantes – pela progressão dos estudos nesse campo para o nível do *stricto sensu*, em que o mestrado era a opção de 77,1%. O mestrado em Educação atingiu o percentual de 52,2%; em Enfermagem, a preferência se voltava para o mestrado profissional, o que parece superar as dificuldades de acesso, mas 53,1% condicionaram essa conquista à gratuidade da oferta. A oferta do mestrado profissional viabilizada pelo Ministério da Saúde para docentes e gestores das ETSUS tornou-se realidade mediante cooperação com programas de pós-graduação em Saúde em diversos Estados a partir de 2008-2009.

Os aspectos qualitativos desse primeiro levantamento dizem respeito a objetivos, clientela, carga horária, concepções/bases conceituais e organização curricular/conteúdos, descritos no Apêndice B, possibilitando a identificação dos distintos sentidos que conferem à formação docente em EPTNM em Saúde, permitindo, preliminarmente, apreendermos mais expressivamente a concepção de docência balizada pela perspectiva profissionalizante, mas também alguns exemplos no sentido do significado social da ação educativa e demandas sociais da Educação Profissional.

A gama de objetivos expressa-se por meio de distintos termos, tais como formar licenciados ou docentes, capacitar pedagogicamente ou capacitar recursos humanos, especializar docentes, aprofundar conhecimentos ou promover a extensão de conhecimentos

técnicos e pedagógicos, dentre outros. São especificamente dirigidos para graduados – profissionais de Saúde ou demais trabalhadores da rede SUS, professores de escolas técnicas, atuantes em espaços escolares ou não escolares – e, em menor número, para graduandos, apontando alguns sinais no que tange a quem servem e às condições em que são ofertados esses cursos.

Majoritariamente, contudo, não permitem que seja depreendida a relação que estabelecem com a Reforma Sanitária; nesses exemplos sequer é citada, estando limitada, subliminarmente, *no âmbito* dos serviços de Saúde ou na rede do SUS. A diversidade da carga horária relaciona-se com o nível de ensino ofertado – de curso livre (capacitação) com 90 horas, graduação com licenciatura, pós-graduação *lato sensu* (especialização) a pós-graduação *stricto sensu* (mestrado profissional).

Quanto à localização geográfica, a oferta está assim distribuída: Região Sudeste (MG, RJ e SP): 9 instituições públicas, 4 privadas e 1 sindicato, totalizando 14 instituições; Região Sul (RS, SC): 3 instituições públicas e 1 privada, totalizando 4 instituições; Região Nordeste (PE, PB) – 1 instituição pública e 1 privada, totalizando 2 instituições; Centro-Oeste (GO) – 1 instituição pública. A desigualdade regional e a concentração na Região Sudeste se repetem, como veremos, também em relação às licenciaturas, nos mapas que ilustram a distribuição por estado e regiões, mais adiante.

O segundo levantamento buscou as ofertas de cursos de licenciatura e bacharelado na área da Saúde, apresentadas nos Quadros 8 e 9, segundo a situação em que se encontram – em atividade, em extinção, extintos –,modalidade, gratuidade e grau de ensino no conjunto das instituições de Educação Superior e cursos cadastrados, localizado no portal www.emec.mec.gov.br, em 2012.

Quadro 8 - Cursos de licenciatura, por situação, modalidade e gratuidade, em 2102

		Situação*			Modalidade		Gratuidade**	
Curso	**Total**	**EA**	**EE**	**E**	**Pres**	**EAD**	**SIM**	**NÃO**
Enfermagem	35	24	6	5	33	2	14	10
Farmácia	1	0	0	1	1	0	0	0
Nutrição	2	0	0	2	2	0	0	0
Biologia	71	57	9	5	64	7	48	9

Psicologia	79	35	20	24	79	0	17	18
Serviço Social	1	1	0	0	1	0	0	1
Total	**189**	**117**	**35**	**37**	**180**	**9**	**79**	**38**

Fonte: e-MEC – Sistema de Regulação do Ensino Superior, 2012.

***Legenda:** EA - em atividade; EE - em extinção; E – extinto.
** A gratuidade está relacionada aos cursos em atividade.

Das 11 subáreas da saúde, apenas seis ofertam licenciatura, totalizando 117 cursos em atividade. Dessas subáreas, apenas Enfermagem, Nutrição e Farmácia possuem quadros técnicos de nível médio. As outras três podem atuar na EPTNM e, no caso da Biologia, também na Educação Básica. Lamentavelmente, a Fisioterapia, que possui contingente considerável de técnicos atuando nas clínicas de reabilitação, reumatologia e ortopedia, em todo o país, não oferta essa formação; o único curso na área de Farmácia está extinto, o que permite indagar sobre a formação do técnico em Farmácia e a manutenção e expansão do Programa Farmácia Popular, o mesmo ocorrendo com os dois cursos de Nutrição. O Serviço Social oferta apenas um curso.

Estas são subáreas fundamentais tanto para a formação de técnicos nos seus campos próprios (Farmácia, Nutrição, Fisioterapia) como de outras áreas, incluindo a Enfermagem, dentre outras atividades educativas em Saúde junto às equipes na atenção básica, hospitalar, domiciliar, programas de controle da hipertensão, diabetes, obesidade, apenas a título de fornecer exemplos passíveis de demandar tais subáreas para atingir um cuidado integral.

O total de cursos de licenciatura em extinção e extinto corresponde a 38,1% da oferta inicial de 189 cursos. A Psicologia é a subárea com maior número de cursos em extinção e extintos, totalizando 44, o que corresponde a 61,1% da sua oferta inicial. A oferta presencial ainda é hegemônica, assim como a gratuidade dos cursos.

As fragilidades representadas pela falta de um quadro de professores efetivos de Educação Profissional, principalmente nos estados, e de formação de professores desses quadros efetivos, tanto inicial como continuada, como sinalizou Pacheco (2012), referindo-se ao conjunto da EPTT, aplicam-se à área da Saúde, como vimos. Certamente há muito que ser desvelado para compreendermos mais claramente o que esses sinais – e outros mais profundamente captados – querem dizer, considerando também que estão em vigor, desde 2001, as Diretrizes Curriculares Nacionais das Graduações em Saúde. Elas apontam, por exemplo, para a educação permanente em Saúde e a integralidade da assistência como compromissos de

todo profissional da área, o que remete à fundamental composição multidisciplinar e à abordagem interdisciplinar do cuidado em saúde, que precisa estar refletida na formação inicial e continuada dos seus trabalhadores em todos os níveis de formação.

Sem um sistema estruturado, oferta regular, política ampla de profissionalização e valorização, quem vai educar o docente em Saúde para educar os trabalhadores de nível técnico que trabalham na assistência e educação em saúde da Estratégia Saúde da Família, enquanto tal divisão não for historicamente superada? Como atuarão na educação permanente formal ou em serviço e na formação dos agentes comunitários de saúde, agentes de combate às endemias e na formação pós-técnica em Saúde do Idoso para as equipes da Estratégia Saúde da Família e equipes de enfermagem das instituições de longa permanência, dentre outras prioridades explicitadas pelo projeto Profaps, além das muitas outras necessidades de formação pedagógica situadas no trabalho em saúde?

Certamente concordamos que "é inadmissível o equívoco de tomar as consequências do problema como se fossem sua raiz, propugnando o fim das licenciaturas ou o seu aligeiramento como remédio para a carência de professores em áreas críticas do ensino" (ANFOPE, 1997), o que implica, a nosso ver, analisar os sinais dessa materialidade para além das polarizações atualmente existentes.

Entendemos, porém, que, na perspectiva da Reforma Sanitária como reforma social e dos princípios constitucionais para os quais o SUS em parte pretende contribuir para se tornarem realidade, ao mesmo tempo deve ser inadmissível construir por um lado desconstruindo por outro. Referimo-nos a outros movimentos históricos para a construção de uma sociedade brasileira efetivamente democrática, parte constitutiva também das utopias e ideários de outras frações da classe trabalhadora, como por exemplo os profissionais da Educação e a luta desenvolvida há mais de 30 anos no que tange à sua profissionalização e valorização, orientada pela visão sócio-histórica do educador (FREITAS, 2007).

Contudo, mais uma vez, vimos como a capacidade de promover a formação docente por meio da licenciatura, tal como ofertada neste momento, ainda está muito aquém das necessidades sociais e demandas estabelecidas pelas políticas públicas, por mais criticamente (re)vistas que sejam, considerando o principio da universalização implícito nas ações de saúde e educação.

Os Ministérios da Saúde e da Educação, em seus projetos atuais, o Profaps e o Pronatec, respectivamente, tensionam sobremaneira essas fragilidades, que se materializaram inclusive pela histórica postergação de uma política ampla e regular de profissionalização e formação para essa modalidade cujas propostas para que ocorressem no nível superior remontam ao ano de 1968.

Tal historicidade contribuiu para desaguá-la nas soluções emergenciais que, somadas às demais condições estruturais e conjunturais de desvalorização social e profissional, constroem o quadro de desinteresse e de abandono do magistério (ANFOPE, 1997), também vivenciado neste nível de ensino (Médio) e nesta modalidade (EPTNM) na área da Saúde, em que ocorre até mesmo após ser conquistada a formação no nível de pós-graduação, como informa a avaliação em processo já referida (BOMFIM, 2005).

Quadro 9 - Cursos de bacharelado, por situação, modalidade e gratuidade, em 2012

Curso	Situação*				Modalidade		Gratuidade**	
	Total	EA	EE	E	Pres	EAD	Sim	Não
Enfermagem	959	884	31	44	882	2	142	742
Farmácia	713	484	91	138	484	0	84	400
Biologia/Ciências biológicas	9	9	0	0	9	0	7	2
Fisioterapia	590	544	14	32	544	0	50	494
Nutrição	423	387	10	26	387	0	64	323
Psicologia	840	603	105	132	603	0	88	515
Serviço social	458	419	16	23	403	16	58	361
Terapia ocupacional	80	71	5	4	71	0	21	50
Odontologia	234	225	4	5	225	0	55	170
Medicina*	675	634	15	26	634	0	158	476
Medicina veterinária	202	195	4	3	195	0	58	137
Total	**5.183**	**4.455**	**295**	**433**	**4.437**	**18**	**785**	**3.670**

Fonte: e-MEC – Sistema de Regulação do Ensino Superior, 2012.

***Legenda:** EA – cursos em atividade; EE – cursos em extinção; E – cursos extintos.
** Gratuidade está relacionada apenas aos cursos em atividade.

Se relacionarmos a oferta de cursos de licenciatura e bacharelado em atividade, a proporção é de 2,6%, constituindo-se em mais um elemento para ser considerado na discussão

sobre as possibilidades de formação docente, porque mostra, no mínimo, a necessidade de (re)articulação entre esses processos formativos em termos de política para essa área.

A Enfermagem é a subárea com maior número de cursos de bacharelado em atividade, com 884 cursos em 2012. No entanto, estão em atividade apenas 24 cursos de licenciatura, como vimos no Quadro 8.

Considerando o requisito de ser graduado em Enfermagem para então formar-se como professor de Enfermagem em qualquer nível ou modalidade; o volume expressivo de egressos do bacharelado, não licenciados, que pode ser inferido frente ao número de cursos; a magnitude das matriculas na EPTNM para cursos nessa subárea, que são absorvidas pelo setor privado a cada ano dentre os dez cursos com maior número de matriculados; a expansão da Educação Profissional; e o volume significativo da oferta de EPTNM representada pela forma subsequente, segundo o Censo Escolar 2012, é preciso perguntar: quais as consequências dessa insuficiência de professores formados/licenciados para o ensino de Enfermagem nessa modalidade e, principalmente, para o cuidado direto, cujo "rosto" os técnicos representam?

De qual SUS e direito a saúde se está falando quando a formação dos docentes desses trabalhadores, como licenciados, está em vias de colapso, fortalecendo a consequente ascensão da precarização dessa prática pelos muitos meios já utilizados para substituí-los em sala de aula e estágios? De qual cidadania estamos falando? Qual o conteúdo histórico da democratização que estamos construindo?

Por isso, também precisamos perguntar: quais são as possibilidades de uma parte desses graduados serem formados para uma docência decente em nível médio/técnico, considerando o interesse do SUS público e a perspectiva da Reforma Sanitária como parte de uma reforma social, ao mesmo tempo que se disputa com os demais interesses em jogo no campo da saúde e da educação?

Destacamos, por fim, que apenas 0,40% dos cursos de bacharelado em atividade são realizados a distância, enquanto os de licenciatura já alcançam 7,7%. Quanto à gratuidade, 17,6% dos cursos de bacharelado são gratuitos, enquanto os de licenciatura são 67,5%.

Os dados apresentados ilustram ainda tanto a desproporção entre os cursos de formação de bacharéis em atividade nas subáreas que já demandam a licenciatura – 1.915 – e aqueles que formam licenciados – 117, como permite inferir o aumento dessa desproporção, se ampliados os potenciais demandantes das demais subáreas elencadas. Podemos ver,

também, o volume de cursos em vias de extinção, mais que 100% dos já extintos, que, somados, totalizam 69 cursos. O aumento exponencial dessa demanda não é um exercício de abstração, e a falta de docentes já não pode ser considerada uma suposição.

Um rápido exemplo pode ser dado pelo curso-piloto de Formação Docente em Educação Profissional Técnica na área de Saúde que objetivou a formação dos profissionais das onze subáreas da saúde relacionadas às prioridades de formação em nível técnico que o Profaps assumiu em suas metas, conforme consta da breve contextualização das experiências em análise que virá no próximo capitulo.

Os mapas que vêm a seguir, localizando as licenciaturas nos estados e nas regiões, por subárea ofertante e número de cursos ofertados, ilustram os fenômenos da desigualdade regional e da concentração no Sudeste-Sul tão conhecidas, que marcam historicamente as políticas públicas no Brasil. Para o princípio da universalização da saúde – e da educação – como direito, este é um expressivo desafio, comprometendo o gestor do SUS no nível da União (MS), estados e municípios, assim como as unidades de ensino e pesquisa que integram os órgãos do Ministério da Saúde, como a Fiocruz, dentre as quais estão a ENSP e a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, dentre outras unidades existentes em diversos estados, além da rede de Escolas de Saúde Pública no País pertencentes aos governos estaduais. Tal distribuição talvez possa ser objeto de uma leitura mais integradora das redes publicas de saúde e educação nessas regiões, na perspectiva da superação das 'fragilidades' que vimos discutindo.

Acrescentamos o mapa que localiza, por estado, as Escolas Técnicas de Saúde que compõem a RET-SUS porque também ofertam a formação em serviço e demandam formação docente em outros níveis, de modo que o conhecimento dessa rede e de sua distribuição agregue outras possibilidades a esta leitura.

O Art. 14 da Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/90) diz que

> deverão ser criadas comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de Ensino Profissional e Superior.
> § único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde – SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre estas instituições (BRASIL, 1991).

A Política Nacional de Educação Permanente está alicerçada na lógica da regionalização, que acolhe tais iniciativas, e essas comissões já estão formadas em muitos estados.

Figura 1 – Mapa de distribuição das licenciaturas por estado, subáreas e número de cursos ofertados, em 2012

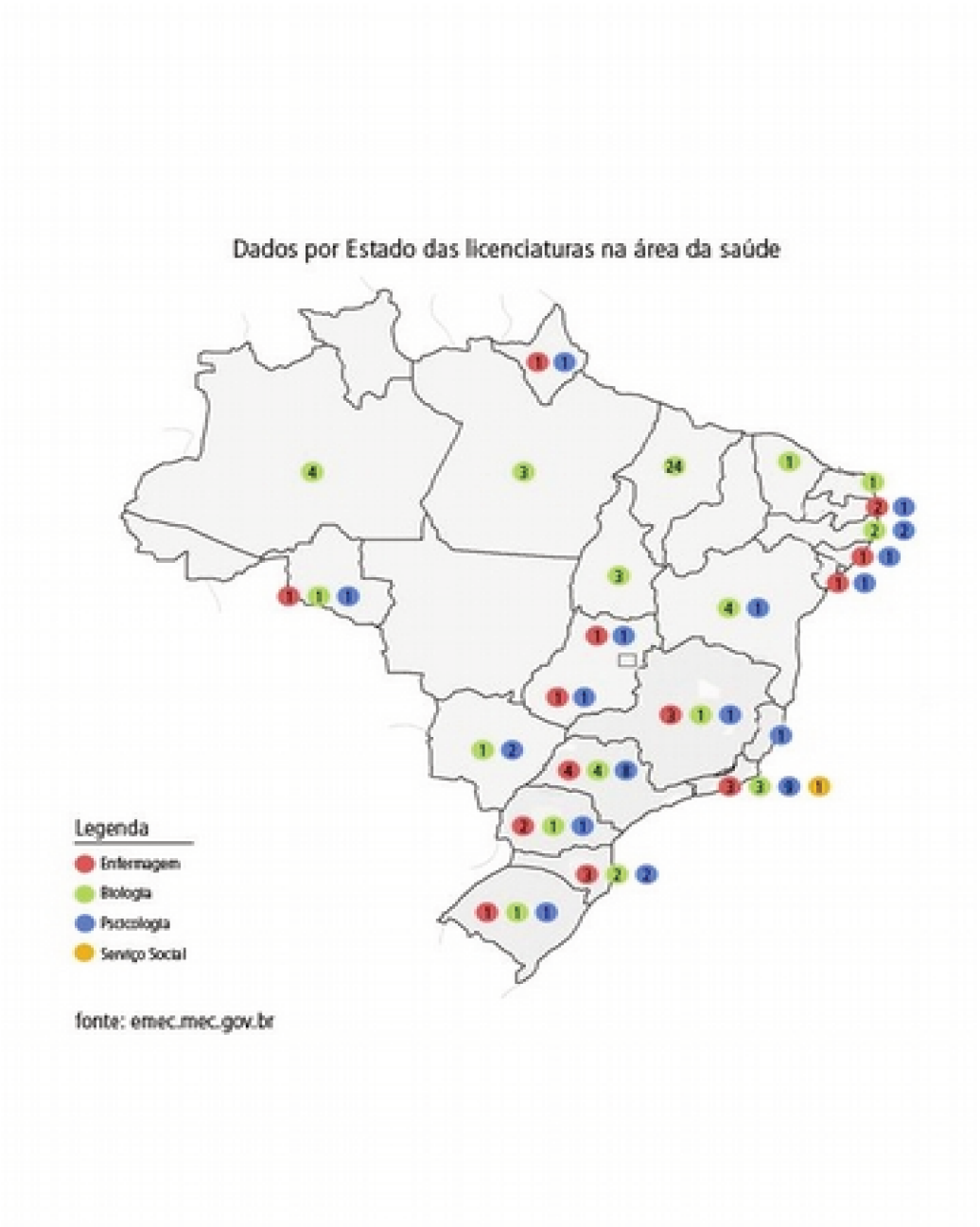


Figura 2 – Mapa de distribuição das licenciaturas por região, subáreas e número de cursos ofertados, em 2012

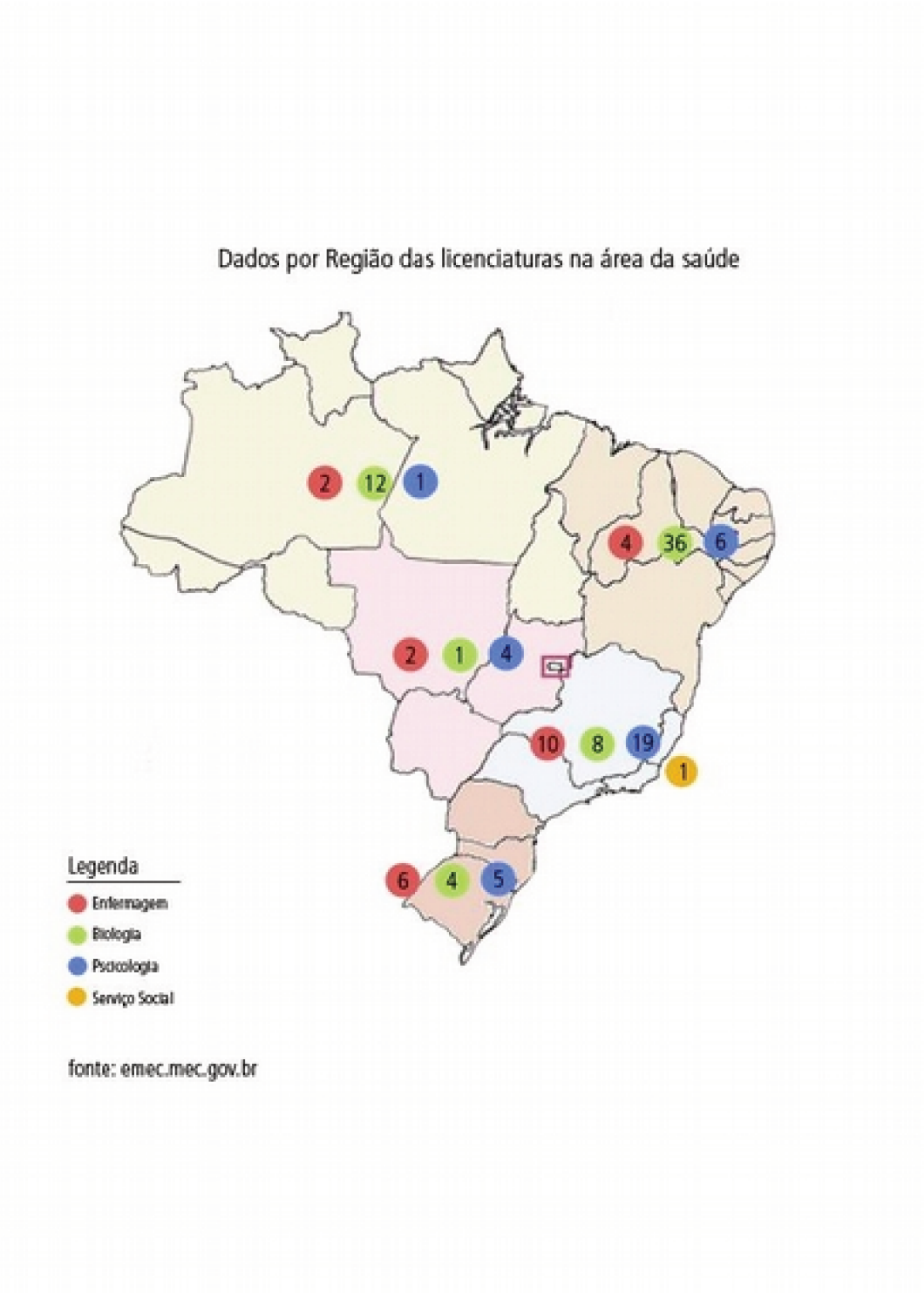


Figura 3 – Mapa da distribuição geográfica das Escolas Técnicas do SUS



Fonte: *Revista RET-SUS*, ano V, n. 41, jan./fev. 2011.

A distribuição por região mostra que, na Região Norte, existem 15 cursos de licenciatura, dos quais 12 são na subárea Biologia. Na Região Nordeste, são 46 cursos, também concentrados na subárea Biologia. Possivelmente, a relação com o Ensino Médio e a atuação em atividades dos setores produtivos, para além dos serviços de saúde, possam esclarecer essa concentração, dentre outros fatores político-econômicos locorregionais. Na Região Centro-Oeste existem 7 cursos, e a Psicologia oferta 4 deles. Na Região Sudeste estão localizados 38, também majoritariamente ofertados pela Psicologia, embora em termos da Enfermagem seja a região que oferta o maior número de licenciaturas. Na Região Sul, são ofertados 15 cursos, de forma mais equilibrada em termos numéricos pelas três subáreas: Enfermagem, Psicologia e Biologia.

No que diz respeito às licenciaturas – Programas Especiais de Formação Pedagógica, assim identificadas no *site* do MEC, como parte do conjunto das instituições de Educação Superior e cursos cadastrados, utilizando o descritor formação pedagógica, foram encontradas 14 instituições e 31 cursos de licenciaturas – Programas Especiais. O uso de descritores que identificassem a área da Saúde não produziu resultados significativos. Como essa oferta está integrando as possibilidades de formação, tanto para a Educação Básica/Ensino Médio como para a Educação Profissional em geral, o que pode incluir a saúde, optamos por incorporá-la neste momento, conforme o Quadro 10.

Quadro 10 – Licenciaturas - Programas Especiais de Formação Pedagógica, em 2012

Cursos	Quantitativo de cursos				Modalidade	
	Pública	Privada sem fins lucrativos	Privada com fins lucrativos	Especial	Pres	EAD
1. Licenciatura em formação pedagógica de docentes para a Educação Básica e Profissional	2	1	0	0	3	0
2. Licenciatura em formação pedagógica de docentes para as disciplinas do Ensino Médio e da Educação Profissional de nível médio	0	0	1	0	1	0
3. Licenciatura em Programa Especial de Formação Pedagógica de docentes	1	4	2	0	3	4
4. Licenciatura em Programa Especial de Formação Pedagógica para formadores de Educação Profissional	0	0	0	1	0	1
5. Licenciatura em Programa Especial de Formação Pedagógica de docentes com habilitação em Biologia	1	1	2	0	2	2
6. Formação pedagógica de docentes para as disciplinas do Ensino Médio e da Educação Profissional de nível médio com habilitação em Matemática	1	1	1	0	2	1
7. Licenciatura em Programa Especial de Formação Pedagógica de docentes com habilitação em Filosofia	0	1	0	0	0	1
8. Licenciatura em Programa Especial de Formação Pedagógica de docentes com habilitação em Língua Portuguesa/Letras	0	1	2	0	1	2
9. Licenciatura em Programa Especial de Formação Pedagógica de docentes em Física	0	0	1	0	0	1

10. Licenciatura em Programa Especial de Formação Pedagógica de docentes em Geografia	0	0	1	0	0	1
11. Licenciatura em Programa Especial de Formação Pedagógica de docentes em História	0	0	1	0	0	1
12. Licenciatura em Programa Especial de Formação Pedagógica de docentes em Química	0	0	1	0	0	1
13. Formação pedagógica de docentes para as disciplinas do Ensino Médio e da Educação Profissional de nível médio com habilitação em Educação Artística	0	0	1	0	1	0
14. Licenciatura em Programa Especial de Formação Pedagógica de docentes com habilitação em Saúde	0	0	1	0	1	0
15. Licenciatura em Programa Especial de Formação Pedagógica de docentes com habilitação em Turismo e Hospitalidade	0	0	1	0	1	0
16. Licenciatura em Programa Especial de Formação Pedagógica para portadores de diploma de Educação Superior	0	1	0	0	1	0
Total	**5**	**10**	**15**	**1**	**16**	**15**

Fonte: e-MEC – Sistema de Regulação do Ensino Superior, 2012.

A identificação com o nível de ensino, disciplinas ou modalidade para os quais está sendo dirigida a formação docente é extraída dos títulos dos cursos, como pode também não estar definida, conforme vemos na primeira coluna do Quadro 10. Apenas uma oferta foi identificada como específica para habilitados em Saúde indistintamente. Quanto à instituição mantenedora, foram identificados 5 cursos ofertados por instituições públicas, 10 cursos por instituições sem fins lucrativos, 15 ofertados por instituições privadas com fins lucrativos e 1 instituição nomeada de categoria especial (em análise pela Conjur/MEC), conforme quadro-síntese a seguir.

Quadro 11 – Número de cursos por natureza da instituição e estados, em 2012

Natureza da instituição	Nº de instituições	Nº de cursos	UF
Pública (federal, estadual, municipal)	3	5	RS/ES/MG
Privada sem fins lucrativos	6	10	RS/SP/RJ
Privada com fins lucrativos	3	15	SP/RJ
Especial	1	1	SC
Total	**13**	**31**	

Fonte: e-MEC – Sistema de Regulação do Ensino Superior, 2012.

Claramente, a oferta desses cursos está sendo realizada pelo setor privado, concentrada nas Regiões Sudeste e Sul e por instituição, pois 3 instituições privadas ofertam 15 cursos, na proporção de 5 para cada uma, ao passo que a oferta pública de 5 cursos está distribuída por 3 instituições, na proporção de 1,6 para cada, evidenciando o resultado de 13 instituições oferecerem 31 cursos nessas regiões. A oferta na modalidade presencial ou em EAD parece estar disputada palmo a palmo, já que um único curso a mais separa tais modos de ofertar.

De posse inclusive desses sinais da materialidade da formação docente em EPTNM na área de Saúde no país, historicamente referenciados, dirigimo-nos para o último capitulo, na tentativa de apontar limites e contribuições das formulações políticas para a formação docente enfocadas neste estudo, na perspectiva da democratização da sociedade brasileira intencionada pela Reforma Sanitária, para além de uma reforma setorial.

CAPÍTULO 5: POLÍTICAS PÚBLICAS DE FORMAÇÃO DOCENTE EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL TÉCNICA NA ÁREA DA SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES E LIMITES

5.1 Breve contextualização dos cursos de formação docente

Ao longo dos capítulos anteriores, no seu todo e em suas partes, buscamos apresentar e discutir elementos apreendidos no movimento da realidade para construir argumentos comprometidos com a historicização dessas políticas de formação docente – entendida como construção do contexto e seus nexos em relação ao objeto[68] –, tendo em mente possibilitar, mesmo que exploratoriamente, sua compreensão como parte do conjunto das relações sociais e, nessa condição, situar suas contribuições e limites.

Consideramos, portanto, que sem conhecimento do processo no qual estão inseridas "é caminhar ingenuamente, como se a sociedade capitalista não contivesse em seu interior interesses de classe antagônicos e se pudesse 'fazer algo pela educação' independentemente destes" (FREITAS, 1992b, p. 6). Assim, realizaremos agora uma tentativa de contextualização destas experiências nos projetos que as demandaram, para não perder de vista as especificidades dessas relações, que abrangem quase trinta anos da história recente da sociedade brasileira.

5.1.1 Curso de capacitação pedagógica para instrutor/supervisor – Área da Saúde – Projeto Larga Escala

Grande parte das necessidades e ideias nas quais o Projeto Larga Escala se estruturou foram vivenciadas e gestadas desde 1959 (SANTOS, 1993, *apud* TORREZ, 1994); como projeto, emergiu nos serviços públicos estaduais em 1981, no período pré-SUS, desenvolvendo-se da década de 1980 até o final dos anos 1990, perpassando o contexto macroeconômico e político-ideológico do regime militar (1964-1985), das Leis nº 5.692/71 e nº 7.044/82 [69],

[68] No sentido utilizado por Lobo (2012, informação verbal) em 31 de outubro de 2012, exame de qualificação.
[69] A Lei nº 5.692/71 foi a base legal da Reforma do Ensino de 1º e 2º Graus resultante das assessorias internacionais ao regime militar, que instituiu o caráter profissionalizante obrigatório no 2º Grau (atual Ensino Médio), em bases opostas ao que hoje se preconiza em termos do Ensino Médio integrado à Educação Profissional. A Lei nº 7.044/82 extinguiu essa obrigatoriedade e substituiu a qualificação profissional por uma genérica preparação para o trabalho, tornando-a uma opção a critério do estabelecimento de ensino. Maior aprofundamento

instituídas como bases legais da qualificação profissional, e do ajuste neoliberal que, no caso da América Latina, vem sendo implantado desde a década de 1980, cujo exame da severidade da pobreza, segundo Soares, "representa um elemento imprescindível para julgar o desafio e o potencial das políticas públicas e sociais" (2000, p. 48) neles situadas.

Objetivou a formação profissional de trabalhadores de nível médio e elementar[70] inseridos nos serviços de Saúde, estes últimos genericamente designados como atendentes, majoritariamente excluídos tanto em termos da escolarização básica como da formação profissional desde o início da Enfermagem moderna no Brasil, na década de 1920. Era uma categoria que representava 84,1% dos trabalhadores de enfermagem em 1956, confirmando sua presença nos ambulatórios desde os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) (ALMEIDA, 1992; BAGNATO, 1994), representando, em pleno ano de 1987, o expressivo percentual de 91% dos trabalhadores de nível elementar em Saúde no Brasil, totalizando 228.089 dentre os 248.059 trabalhadores assim denominados pelos serviços de saúde (IBGE, 2007).

Considerado um projeto inovador de formação diante da ausência de prioridade em aliar a formação geral à formação técnica na formação profissional, tanto pelo Estado brasileiro como particularmente pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), foi constituindo-se como uma alternativa desenvolvida nos serviços de saúde, evidenciada a partir do desafio representado pela preparação estratégica de pessoal de nível elementar demandada pelos Programas de Extensão de Cobertura em Saúde – PECS, a partir da segunda metade da década de 1970[71]

---

sobre os impactos dessa Reforma da Reforma pode ser obtido em KUENZER, A. Z. *Educação e Trabalho no Brasil: o estado da questão*. Brasília: INEP/REDUC,1987.

[70] A expressão "trabalhadores de nível médio" não correspondia exatamente à posse da escolaridade nesse nível, mas a um conjunto de trabalhadores com ou sem esta escolaridade que exerciam funções de nível auxiliar e técnico; portanto, servia para distingui-los dos trabalhadores de nível superior em razão da divisão social e técnica vivenciada no âmbito das instituições, principalmente para fins gerenciais e administrativos.

[71] Os PECs – programas referenciados nas principais ideias da Medicina Comunitária, entre elas a integração ensino em serviço, compunham um conjunto de medidas racionalizadoras dos custos e simplificadoras do cuidado promovidos pelo governo militar para o atendimento das populações não alcançadas pelo sistema oficial de saúde que buscavam absorver as tensões sociais nos centros urbanos em vertiginoso crescimento, ampliando a interiorização da cobertura das ações de saúde, principalmente na Região Nordeste. Também compreendidos como uma forma de destinar diferentes níveis de atenção à saúde conforme se destinasse aos diferentes grupos sociais, posição antagônica à universalização da saúde com qualidade defendida pelo projeto da Reforma Sanitária. Dentre eles estava o PPREPS - Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde do Ministério da Saúde (formulado por um grupo interministerial representando Saúde, Educação, Trabalho e Previdência) e o Piass – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, que, contraditoriamente às intencionalidades da política oficial, mediante posicionamentos contra-hegemônicos internos a estes programas, gestaram ideias e propostas que originaram tanto uma política de formação profissional em saúde, evidenciando a importância da formação dos trabalhadores técnicos, como experiências fortalecedoras do movimento sanitário em acessão, como o Projeto Montes Claros (BRASIL, 2006).

Esses programas contaram com a cooperação do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde – PPREPS, em cujo âmbito concomitantemente, começaram a ser construídas políticas de formação profissional em Saúde – debatendo possibilidades de superação do treinamento como a forma privilegiada de formação até então exercida –, e de recursos humanos em saúde, que doravante vai levar consigo as ideias desse programa (BRASIL, 2006). Assim, o LE configurou-se ao longo da implantação do SUS como estratégia prioritária para preparação desses trabalhadores, formulou e executou uma estratégia de superação do treinamento em serviço nos termos historicamente produzidos e estimulou a elevação da escolaridade geral dos trabalhadores por meio do ensino supletivo (ALMEIDA, 1992; TORREZ, 1994; PEREIRA, 2002). Dadas as características socioeconômicas e educacionais dos trabalhadores denominados como atendentes, uma das grandes dificuldades, segundo Santos, era "alcançá-los no processo de comunicação necessário no ensino profissional; [...] era problemático construir um conhecimento científico" (BRASIL, 2006, p. 29).

Assumiu também o árduo trabalho de construir e implementar capacitações técnicas para os profissionais de nível superior das secretarias de Saúde em áreas essenciais à atenção na Rede Básica, visando à atualização ou aperfeiçoamento técnico e à capacitação pedagógica, curso livre, com a carga horária de 80 horas, destinada, como sabemos, aos graduados, principalmente enfermeiros, que atuavam como instrutores/supervisores no âmbito dos serviços e exerciam também função docente nas habilitações profissionais então existentes, experientes na histórica cultura do treinamento em serviço.

Embora a formação profissional dos atendentes fosse considerada "um grande desafio e prioridade para a melhoria da qualidade de assistência prestada pelos serviços de saúde à população" (BRASIL, 1989, p. 5), a formação docente promovida se realizou efetivamente como capacitação em serviço, formalizada por uma declaração de participação. Contudo, em documento oficial do Ministério da Saúde (BRASIL, 1989), foi apresentada como parte inicial de uma série, correspondendo a uma licenciatura plena que os habilitasse para a função perante o sistema educacional, o que não ocorreu efetivamente no transcurso do Projeto Larga Escala. O processo de formação desenvolvia-se a partir da vivência na oficina de capacitação, a partir da qual novos instrutores eram indicados para atuar na coinstrutoria em uma nova capacitação e depois procediam à sua multiplicação junto aos profissionais de nível superior que atuavam na docência em Educação Profissional no seu estado/escola ou apoiando a formação em outros

estados, assemelhando-se, em algum grau, à escolha dos monitores do método mútuo, historicamente conhecido pela educação escolar.

A fundamentação para além dos textos fornecidos, pequena bibliografia referenciada e o *script* oferecido pelo manual da capacitação pedagógica eram um desafio individual e muitas vezes, representou a execução de um roteiro e reprodução da condução adotada pelo instrutor de referência com o qual havia sido aprendido o modo de explorar o referido *script*, profundamente dependente da bagagem e apropriação de cada um e da sua identidade (ideológica) com os avanços metodológicos, geralmente mais enfatizados nos limites do contexto político reacionário presente naquele momento histórico. Em que pesem tais fragilidades, poderemos conhecer melhor seus limites e possibilidades na próxima seção.

Esse projeto é considerado o promotor da experiência precursora de formação docente no âmbito do SUS e da construção da RET-SUS, iniciada com os Centros Formadores de Pessoal de Nível Médio em Saúde. Segundo Ramos (2010), referindo-se ao principio da integração ensino-serviço como eixo estável da unidade das políticas na Educação Profissional em Saúde no Brasil, incluindo a política nacional de educação permanente, sua *gênese* está na implantação do Projeto Larga Escala e, como podemos inferir, na contribuição dessa estratégia de formação docente dos instrutores/supervisores.

O Larga Escala e essas oficinas de capacitação não contavam com financiamento público próprio, mas se apoiavam na composição do Acordo Interministerial integrado pelos Ministérios da Saúde (MS), da Previdência e Assistência Social (MPAS), Educação (MEC) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) para atuar na "questão dos recursos humanos", mais precisamente na questão do nível médio, um nó para a Reforma Sanitária, como se dizia na década de 1980-1990, cabendo a cada secretaria de Saúde buscar, habilidosamente, com base nesse acordo, os recursos para viabilizá-las em meio a muitos enfrentamentos com a cultura institucional do treinamento, da hierarquização das relações profissionais[72] e a formação docente no âmbito dos serviços de Saúde.

---

[72] Como parte dos sujeitos que atuavam nesse projeto e suas capacitações, vivenciamos em 1986, em uma reunião ordinária da coordenação de Enfermagem do Inamps/Superintendência Regional do Rio de Janeiro à qual compareciam todas a chefias de Enfermagem dos hospitais e postos de atendimento médico (PAMS) próprios (federais) ao apresentarmos essa proposta de formação para os trabalhadores de nível médio em Larga Escala, uma incisiva contestação vinda da plenária: "estávamos ofertando o filé mignon para o nível médio, já que nem mesmo os enfermeiros eram formados nesses moldes
questionadores o que certamente geraria mais problemas nas relações já conflituosas no âmbito da equipe", determinada, em última instância, pela divisão social e técnica do trabalho. A proposta que representamos naquele

Recuperando o que foi discutido no Capítulo 2 sobre as disputas pela hegemonia dos modelos tecno-assistenciais como políticas públicas, podemos compreender o que significou, à época, ser desenvolvido, também, no interior do Ministério da Previdência e Assistência Social, pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps, "com avanços e retrocessos na proposta, inclusive por ser um órgão cujo foco central era a prática médica, priorizando a prática social privativa de um modo de produção específico no interior de uma sociedade capitalista" (BAGNATO; BASSINELO, 2009, p. 621).

Segundo essas autoras,

> este Programa não se configurou como política pública e sim como estratégia de formação, experiência pedagógica, movimento ou ideia visando qualificar uma força de trabalho empregada no setor Saúde, em consonância com os ideais da Reforma Sanitária Brasileira, que propunha a democratização do sistema de saúde, bem como mudanças na prática profissional dos trabalhadores deste setor (idem, p. 621).

Não podemos deixar de salientar que a capacitação pedagógica foi concebida e realizada de forma tão imbricada com o Projeto Larga Escala – como proposta/projeto e processo de formação dos trabalhadores auxiliares e técnicos –, diferentemente das outras propostas aqui consideradas que foram constituídas como subcomponentes específicos em cada programa/projeto –, o que requereu esforço especial para a identificação das suas contribuições e limites como estratégia de formação docente em si, envolvendo praticamente a mesma base documental para a extração dos sentidos.

5.1.2 Curso de formação pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem – Profae

A ação desenvolvida pelo Ministério da Saúde na área da formação de recursos humanos para o SUS em nível técnico, a partir de 1999, denominou-se Projeto de Formação dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), por meio da Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Teve como objetivo assegurar a profissionalização de 225.000 trabalhadores sem

---

momento em nome da área de recursos humanos dessa Superintendência nos colocou em uma delicada posição frente à perspectiva mais hegemônica da corporação de Enfermagem/Enfermeiros e cunhou uma identificação que nos acompanhou por muito tempo: a moça do Larga Escala, que tem alma de auxiliar de enfermagem, o que, contraditoriamente, nos aproximou dos principais interessados – os trabalhadores de nível médio e suas organizações representativas – repercutindo favoravelmente, ao somarem-se com a inestimável participação dos enfermeiros detentores da perspectiva minoritária progressista, mas muito militante, para a implantação das turmas constituídas por servidores do próprio Inamps, diante da nova relação de forças estabelecida.

qualificação profissional da área de Enfermagem que permaneciam atuando, visando à melhoria da qualidade da atenção ambulatorial e hospitalar, o apoio à dinamização e à regulamentação do mercado de trabalho no setor Saúde, assegurando a sustentabilidade das políticas, estruturas e estratégias capazes de garantir a Educação Profissional de nível técnico na área de Saúde e foi compreendido como política pública de formação profissional (SÓRIO, 2002; BRASIL, 2003). Situou-se no

> cerne da implantação de uma política de recursos humanos para a saúde, com ênfase na qualificação dos trabalhadores da área e na humanização do atendimento em Saúde – ambas questões indissociáveis do ideário de criação do Sistema Único de Saúde e da institucionalização da saúde como direito de cidadania (SÓRIO, 2002, p. 21).

O Profae pretendeu também desenvolver a competência humana – formal e política – indispensável ao trabalho voltado ao cuidar em saúde, assim como cumprir os preceitos constitucionais no que tange aos direitos dos cidadãos e ao dever do Estado brasileiro (FIOCRUZ, 2000), o que requereria "suprir a necessidade premente de formar professores especializados nesse campo da ação educativa, ampliando e contextualizando a formação para a docência legalmente exigida" (idem, p. 2), voltado para profissionais enfermeiros que atuariam em cursos de Auxiliar de Enfermagem promovidos em todo o Brasil. Nesses cursos os discentes seriam os trabalhadores que atuavam nos "múltiplos espaços e ações de saúde, na especificidade da prática de enfermagem, sem a necessária formação profissional regulamentada em termos educacionais, ético-profissionais e trabalhistas" (BRASIL, 2003, p. 11).

As ações do Profae contaram com financiamento do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e do Tesouro Nacional e com a parceria da Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (Unesco).

No âmbito do Profae, caracterizado como subcomponente do Componente II [73], dentre os seus objetivos de "proporcionar sustentação para as políticas públicas de Educação Profissional em Saúde, investindo na profissionalização dos formadores" (FIOCRUZ, 2000, p. 14), situou-se o Curso de Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem, construído e implementado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz, a partir de 2001. Teve por finalidade suprir a demanda específica de

[73] O Componente I dedicou-se à "qualificação profissional em nível técnico dos atendentes e à complementação de estudos para a habilitação em nível técnico dos auxiliares de enfermagem. Para aqueles que não concluíram o Ensino Fundamental, o projeto também proporcionou, em articulação com instituições estaduais de educação, escolarização correspondente a esse nível de ensino" (BRASIL, 2003, p. 11).

12.000 enfermeiros-docentes, presentes em todo o território nacional. Constituiu-se em um curso de formação para a docência com duração de 660 horas, desenvolvido em 12 meses, em nível de especialização, na modalidade educação a distância, com momentos presenciais previstos na sua organização curricular e para além destes, quando identificados como necessários pelas IES.

Ser tutor nesse curso foi compreendido como antes de tudo ser um professor (BRASIL, 2003) assumindo integralmente o apoio ao processo de aprendizagem dos alunos já matriculados nos cursos/turmas do Profae[74], cujo monitoramento e avaliação estavam sob a responsabilidade das agências regionais em cada estado. Essa instância foi assumida, muitas vezes, pelas universidades parceiras na formação pedagógica, objetivando a articulação com o Núcleo de Apoio Docente (NAD) onde se realizava a formação e os espaços do exercício docente, públicos ou privados, possibilitando maior acompanhamento da integração teoria-prática preconizada no processo de formação docente.

Os enfermeiros-docentes em formação estavam matriculados na ENSP e vinculados a um tutor-professor integrante do corpo docente de uma das 45 instituições de Ensino Superior (IES) participantes, da área de Saúde e/ou Educação, majoritariamente públicas, que integraram a rede de NADs em todas as unidades federativas, materializando a execução descentralizada para regiões frequentemente excluídas, como Norte e Nordeste. Foi a primeira experiência do SUS com base na prerrogativa de ofertar tal formação por meio de programas especiais destinados a esse fim. A formação docente no âmbito do Profae restringiu-se à categoria de Enfermagem.

No mesmo Componente II estava também o subcomponente Modernização das Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde – ETSUS, visando fortalecê-las em termos políticos, administrativo-financeiros e modernizá-las (provendo equipamentos de informática, bibliotecas, instalações físicas etc.) como a escola dos trabalhadores do SUS, local ou regional, e de exercício dos enfermeiros-docentes, clientela prioritária da formação. Os NADs também receberam apoio financeiro para equipar suas estruturas físicas e administrativas no âmbito das unidades acadêmicas às quais pertenciam para ofertar as condições necessárias ao exercício docente a distância.

[74] As turmas eram constituídas por trabalhadores atendentes em formação para o exercício, como auxiliares de enfermagem, ou por auxiliares de enfermagem em processo de complementação para a habilitação de técnico em enfermagem, quando portadores da escolaridade de nível médio.

Embora o Subcomponente II não tenha sido inicialmente priorizado pelos financiadores externos, as metas iniciais foram superadas com base em recursos próprios do Ministério da Saúde. Entre os anos de 2000 e 2005, esse curso formou 13.161 docentes especialistas em Educação Profissional Técnica em Saúde. Tal proposta, construída no âmbito da Escola de Governo em Saúde (EGS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz, pelo então Programa de Educação a Distância (Proead), com a participação de consultores e autores das áreas de Saúde e Educação oriundos de IES públicas, contou com credenciamento e autorização do Ministério da Educação. O material didático foi objeto de apreciação analítica por potenciais alunos-docentes e incorporadas suas contribuições.

De forma a apoiar a compreensão sobre o docente concreto a quem serviu essa oferta, resgatamos a avaliação em processo dessa ação política que forneceu elementos importantes a serem aprofundados em outros estudos: as formas de participação no curso foram especialmente determinadas pela renda do aluno (limitações quanto ao uso da internet ou aquisição de livros sugeridos, por exemplo); a região geográfica do aluno-docente determinava as possibilidades formativas, em virtude da concentração das IES no Sudeste e no Sul do País; havia demandas importantes de formação complementar voltadas para a compreensão da Educação Profissional como prática social e como política pública destinada aos trabalhadores do SUS e para o aprofundamento dos vínculos entre educação, saúde e sociedade, especialmente em cursos de mestrado (BOMFIM, 2005).

A falta de tempo para estudar foi o aspecto central identificado, definindo também as condições do apoio da tutoria (professores das IES parceiras), as possibilidades e os limites da própria formação. De forma imediata, essa avaliação pretendia ampliar as possibilidades de redirecionar estratégias durante o próprio curso, subsidiando ainda outros processos formativos no campo da Educação Profissional em Saúde. Assim, as sugestões colhidas na consulta realizada pela Coordenação Nacional do Curso com os primeiros 1.264 alunos egressos das primeiras turmas indicaram algumas ações, dentre elas a atualização do material didático (editado em 2000), cuja segunda edição e o *Livro do Tutor* foram publicados em 2003.

A contribuição dos tutores-docentes se fazia ainda mais central e necessária frente às maiores dificuldades dos alunos, especialmente nos conteúdos de base filosófica e histórica, "ausentes, muitas vezes, na sua formação acadêmica, mas indispensáveis para transitar com consistência e de forma crítico-reflexiva na área de Educação" (BRASIL, 2003, p. 21),

apoiando os alunos na compreensão do sentido desses conteúdos para a sua prática como docente. A estratégia Formação Continuada dos Tutores foi realizada de maio a dezembro de 2004, em parceria com docentes da Universidade Federal de Minas Gerais, contando com a expertise em formação de professores em educação a distância, levando em consideração também essas avaliações, além da redução do número de alunos por tutor, na perspectiva de proporcionar maior disponibilidade de atenção individual e grupal por tutor e por NAD ao seu conjunto de alunos-docentes em todo o País.

Contou com credenciamento e autorização do Ministério da Educação, por meio da Portaria nº 1.725, de 12 de junho de 2002, do MEC, que credenciou a ENSP para o desenvolvimento de pós-graduação *lato sensu* a distância, com base no Art. 80 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, que determina que o poder público incentivará o desenvolvimento e a veiculação de programas de ensino a distância em todos os níveis e modalidades de ensino e de educação continuada. Esse artigo constitui mais um elemento das bases legais que referendam a proposta de curso apresentada (FIOCRUZ, 2000). Participaram desse processo cerca de 450 tutores-professores, a maioria mestres e doutores na área de Enfermagem e Educação.

É importante registrar que, na vigência desse Projeto e do Curso de Formação Pedagógica, o Ministério da Saúde, a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003, primeira gestão do Governo Lula, mantendo inicialmente como prioridade a ordenação da formação de pessoal para o setor nos termos definidos na Constituição, assume uma concepção de educação permanente em saúde como vertente pedagógica, conferindo-lhe **o estatuto de política** (RAMOS, 2010), regulamentada à época pela Portaria nº 198/04 (BRASIL, 2003). Essa política, também assegurada pelo movimento dos trabalhadores do setor, "levada ao debate com diferentes atores e instâncias, tais como Conass, Conasems, Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Conselho Nacional de Saúde (CNS) e instituições de ensino envolvidas com processos formativos financiados pelo MS" (TEIXEIRA et al, 2012, p. 212), vale-se conceitualmente desse referencial, no qual o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho no enfrentamento dos problemas concretos de cada equipe de saúde em seu território geopolítico de atuação. Antes dessa Secretaria, as ações de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde estavam a

cargo de uma coordenação no terceiro escalão do Ministério da Saúde[75]; por isso, na perspectiva das autoras, a criação da SGTES inaugura

> uma nova forma de organizar as questões do campo. [...] As junções dessas duas dimensões – educação e trabalho – em uma mesma área ministerial informa sobre uma nova concepção de formação e desenvolvimento para o trabalho [...], sinaliza a tentativa de ruptura com a lógica anterior de organização da área de recursos humanos na saúde, *cuja fragmentação dificultava o trabalho articulado das dimensões da educação e do trabalho* [...] e *lança uma agenda própria para o campo,* incorporando um conjunto de questões que permaneciam sem tratamento desde o inicio da implementação do SUS (idem, p. 205-206, grifo nosso).

Reitera, para tanto, a necessidade de processos formativos com base nas necessidades de saúde das pessoas e das populações e a formação para a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Para os seus formuladores e outros autores do campo da Saúde, essa política procura incorporar, na formação, a agenda e o sentido ético-político do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 2003; VIEIRA et al, 2008, *apud* TEIXEIRA et al, 2012). Constitui-se a principal referência legal para os processos relacionados à formação dos trabalhadores em saúde no âmbito do SUS ou para o SUS [76] ao longo dos últimos dez anos.

Nesse mesmo ano, foram enviados, aos alunos-docentes das turmas que iniciavam, a segunda edição do material didático do Curso de Especialização lançado em 2000 e o *Livro do Tutor*, que considerou as avaliações sobre as necessidades do docente concreto para o exercício da mediação pedagógica proposta pelo curso. Neles a formação dos docentes-tutores foi acentuadamente contextualizada na crise socioeconômica, teórica e ético-política da sociedade,

---

[75] Esta era, até então, a área denominada de Recursos Humanos, em cujas atribuições constavam ações pontuais, sob "a forma de capacitações programáticas, pulverizadas em diferentes secretarias do Ministério da Saúde, e dialogavam com as prioridades de cada área" (TEIXEIRA et al, 2012, p. 202). Entretanto, na compreensão dessas autoras, "há que se reconhecer a importância de *programas* que contribuíram para o desenvolvimento do campo de formação para o trabalho em saúde, em especial aqueles que propunham mudanças nas práticas de atenção e do cuidado em saúde. Destacam-se nesse sentido o programa de Educação Profissional de nível técnico – de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem" (Profae) (idem, grifo nosso).

[76] A formação inicial e a permanente de profissionais de saúde e dos seus docentes têm sido influenciadas em termos teórico-práticos e, portanto, político-ideológicos, nos sentidos que sustentam essa referência. Estudiosos do tema apontam que os sentidos subjacentes às suas escolhas filosóficas e epistemológicas levam à compreensão de que deseja embasar as mudanças na área da saúde [e sociais mais amplas] a partir de mudanças nas relações entre os sujeitos da formação, produção do cuidado e usuários e em suas mentalidades. Essa perspectiva tem sido objeto de análises críticas quanto à sua fragilidade, ao subsumir a relação desses processos [formação, produção e acesso ao cuidado em saúde] com a totalidade das relações sociais de produção (VIEIRA et alii, 2006). De forma muito resumida, tal fragilidade residiria na subvalorização da força da natureza da sociedade capitalista como produtora de contradições mais fortes do que a potência e a intencionalidade dos sujeitos, no nível micropolítico das relações intersubjetivas e do trabalho vivo (RAMOS, 2010) podem contrapor.

que também se reflete na saúde, situada também na expansão do desemprego estrutural e do aumento do trabalho precário. Intencionava que a compreensão das condições históricas e materiais em que estão inseridas as práticas de formação e os diversos atores envolvidos (nos limites de um curso e com esta duração) permitissem o seu desvelamento como prática social. Tal prática e sua compreensão como tal têm sido pouco valorizadas, prevalecendo aspectos técnico-científicos descolados da realidade social, mesmo a partir da licenciatura na área, que "por vezes deixou em segundo plano, como bem sabemos, a dimensão pedagógica que, na verdade, seria a sua essência" (BRASIL, 2003, p. 26).

5.1.3 Curso de formação docente em Educação Profissional Técnica na Área da Saúde – piloto - Profaps

Considerando a experiência acumulada na formação docente de enfermeiros pelo Profae, os resultados apontados pela avaliação em processo e consulta aos egressos, com a indicação do interesse por outras propostas formativas, especialmente pelo mestrado, como já mencionado, e as demandas específicas desse Programa no que tange também à atenção especializada (o que implicava a inclusão de muitos outros profissionais das demais subáreas em Saúde, para além da Enfermagem), dentre outras razões, coube mais uma vez à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) a elaboração e a implantação de uma nova política do MS no campo da formação docente para Educação Profissional.

A ENSP, por meio da Coordenação de Educação a Distância, foi desafiada a ofertar, em 2009, ainda no nível de pós-graduação *lato sensu*, o projeto piloto do Curso de Formação Docente em Educação Profissional Técnica na Área da Saúde, na perspectiva de posterior implementação no território nacional, no âmbito do Programa de Formação Profissional em Saúde (Profaps). Embora essa ação, como política ministerial, não tenha sido implementada após a finalização do curso piloto em 2009, os demais componentes do Profaps estão sendo desenvolvidos pela Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde/Departamento de Gestão da Educação (SGTES/Deges/MS), por meio da Coordenação Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde e da Rede de Escolas Técnicas do SUS, como já sinalizado[77].

[77] Dos debates promovidos no Seminário Nacional Profaps, realizado em junho de 2013, destacamos uma fala que apresentou um balanço da execução do Programa a partir de alguns questionamentos: "O que as ETSUS estão precisando neste momento? As escolas que temos hoje estão atendendo às necessidades de formação e do

O Profaps teve as diretrizes para a implementação instituídas pela Portaria GM/MS nº 3.189, de 18 de dezembro de 2009, visando atender às demandas de formação em áreas estratégicas/prioritárias para o SUS. A formação de técnicos focaria Radiologia, Patologia Clínica e Citotécnico, Hemoterapia, Manutenção de Equipamentos, Saúde Bucal, Prótese Dentária, Vigilância em Saúde e Enfermagem e a formação inicial e continuada (aperfeiçoamento/capacitação) priorizará a Saúde do Idoso para as equipes da Estratégia Saúde da Família, equipes de enfermagem das instituições de longa permanência e a formação dos agentes comunitários de Saúde (BRASIL, 2009).

Tais prioridades contemplam aquelas constantes na medida 4.5 do Programa Mais Saúde: Direito de Todos, instituído pelo Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde, em 2006, informalmente conhecido como o PAC Saúde, semelhante à relação que o PDE também estabeleceu com o Programa de Aceleração do Crescimento[78] do Governo Federal. Os elementos que compuseram a problemática e o momento vivido pelo SUS nesse inicio da segunda década do século XXI, desenvolvidos no Capítulo 2, contextualizam as condições político-econômicas e socioculturais mais gerais e especialmente as educacionais e de saúde nas quais o Profaps está inserido.

Na proposição e projeto do curso piloto, embora reconhecida a experiência de formação docente do Profae, foram também consideradas as superações necessárias apontadas no Seminário Internacional Educação Profissional em Saúde, de 2006, no qual foi promovida ampla avaliação (RET-SUS, 2006). Considerou-se que não se tratava de reproduzi-la, mas também de ampliá-la no diálogo com outros segmentos profissionais, justificando assim a elaboração de uma nova proposta formativa para a docência em Educação Profissional Técnica.

---

trabalhador? Elas conseguem fazer com que o trabalhador do SUS seja qualificado? No contexto do programa (2009 a 2011), a Região Sul apresentou a proposta de formar 6.075 profissionais. Desse total, 2.975 alunos estão em curso e 455 já estão formados. No Sudeste, a ideia inicial foi formar 10.002 profissionais, dentro das áreas abrangidas pelo programa. Desse montante, 3.677 estão em curso e 1.344 estão formados. O Centro-Oeste, por sua vez, apresentou a previsão de formar 8.439 profissionais, informa que 1.715 estão em curso e 2.776 foram formados. Na Região Nordeste, foi previsto formar 14.679 profissionais, 3.862 estão em curso e 1.686 estão formados. Por fim, na Região Norte, a proposta foi formar 10.625 profissionais, 2.840 estão em curso e 413 estão formados. Precisamos atualizar as informações. O que mais me preocupa é o número de alunos que ainda não estão em sala de aula", destacou (*RET-SUS*, nº 62. Profaps: ontem, hoje e amanhã, jun./jul. 2013, p. 19).

[78] Saviani, analisando a configuração assumida pelo PDE 2007, por ocasião do seu lançamento, em março de 2007, disse: "Ao que parece, na circunstância do lançamento do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) pelo Governo Federal, cada ministério teria que indicar as ações que se enquadrariam no referido programa" (2007, p. 1.233).

Os elementos da realidade apontaram para um curso em nível de especialização, na modalidade EAD, com momentos presenciais, com duração de até 10 meses (uma definição determinada fundamentalmente pela base de financiamento, apesar da indicação de ampliação da duração e da carga horária, apontadas pela avaliação). Com duração de 540 horas e a oferta de 160 vagas, foi destinado aos profissionais de saúde graduados de diversas subáreas, como Odontologia, Nutrição, Farmácia, Medicina (Radiologia, Patologia Clinica, Hematologia, Citologia), Serviço Social, Psicologia, Fisioterapia, Biologia, Medicina Veterinária, Biomedicina, Educação Física e Enfermagem, além de trabalhadores de saúde graduados em outras áreas. Todos eles atuam nas diferentes áreas prioritário-estratégicas definidas pelo Pacto pela Saúde – uma repactuação entre a União, estados e municípios, para todos os níveis de governo responsáveis pela gestão e execução do SUS.

O Profaps, segundo a proposta que subsidiou a carta-consulta enviada ao BID pela SGTES, visa à melhoria da qualidade da atenção básica e especializada, por meio da qualificação de cerca de 700.000 trabalhadores, contribuindo para a implementação das políticas públicas prioritárias do setor Saúde com maior rigor técnico e segurança para trabalhadores e usuários a serem qualificados em todo o Brasil, o que viria requerer grande contingente de profissionais-docentes com formação especializada, estimados em 20.000 ou 27.000 (RET-SUS, 2006; GALVÃO, 2008), além dos já existentes. Como já foi reconhecido, apesar do domínio do conteúdo de suas áreas de saber, via de regra os profissionais da área da Saúde responsáveis pela qualificação de trabalhadores não possuem as ferramentas político-pedagógicas compatíveis com os desafios dessa formação.

O curso piloto foi desenvolvido de forma descentralizada nos Estados do Mato Grosso do Sul, Bahia e Amazonas, em associação com IES públicas que já ministram cursos de formação de professores em nível de graduação e de pós-graduação *stricto sensu*, e pretendia formar especialistas para atuar na qualificação inicial e continuada de trabalhadores e na Educação Profissional Técnica de nível médio na área de Saúde, atendendo, assim, não só a uma exigência legal, mas aos compromissos sociais já mencionados (BRASIL, 2006).

Diante do entendimento de que é preciso promover a formação docente para outras categorias profissionais como requisito à efetiva implementação da política de formação na área da Educação Profissional Técnica, foi reconhecida a necessidade de uma etapa de validação da proposta do curso (um piloto), justificada pelas especificidades dessa formação

multiprofissional, com característica interdisciplinar. Essa experiência foi acompanhada por avaliadores externos que interagiam com os diferentes segmentos dos sujeitos envolvidos, participavam por meio de sínteses devolutivas presenciais e com participação específica nas oficinas de acompanhamento do processo, apontando convergências, divergências e propostas de superação em prol de maior coerência entre intenções e gestos no âmbito daquela experiência piloto, principalmente na perspectiva dos tutores e alunos-docentes de cada uma das IES participantes. Dos 160 matriculados, concluíram a experiência e foram titulados como especialistas em Educação Profissional Técnica de nível médio em saúde 91 ou 95 alunos-docentes.

Estar voltado para diferentes categorias significou considerar historicidades das práticas sociais ali representadas, ideários, concepções e experiências diversas em termos educacionais e profissionais poucas vezes reunidas em torno de uma só proposta de formação, tendo como desafio gerar uma nova configuração do processo de trabalho em Saúde, no âmbito do SUS, fortalecendo outro modelo de produção do cuidado, comprometido ética e politicamente com a radical defesa da vida dos usuários, considerando os movimentos contraditórios da construção do SUS, como se buscou explicitar no Capítulo 2.

Para exemplificar iniciativas do processo de construção que possibilitaram concretizar a intenção de ouvir os múltiplos atores e encontrar balizamentos fundamentais para a concepção da proposta de formação, destacamos a citação a seguir, embora longa, por expressar a leitura de um dado coletivo sobre os princípios, os sentidos do trabalho do sistema/SUS que informam a compreensão sobre a formação docente para a EPTNM, na perspectiva de um conjunto multiprofissional da equipe de saúde.

Entendemos que pode contribuir para os necessários debates, diálogos, negociação de sentidos, perspectivas e avaliação das estruturas ofertantes e formas de ofertar a formação considerando os sujeitos concretos a quem ela se dirige – alguns dos aspectos fundamentais para a construção de políticas públicas de formação docente para a Educação Profissional de Nível Técnico no que tange aos docentes já graduados, no âmbito das Diretrizes Curriculares Nacionais, em debate objeto de embates e tensões, mesmo no campo democrático/progressista.

> Além da contribuição decorrente da participação de novos atores representantes das diversas categorias nas discussões[79] [...], considerou-se

[79] Esses atores foram incorporados às discussões a partir da oficina realizada em Brasília nos dias 15 e 16 de agosto de 2005.

> necessário buscar informações e elementos concretos que caracterizassem, em linhas gerais, as principais dificuldades enfrentadas pelos docentes em sala de aula. Não obstante a grande quantidade e variedade de problemas enfrentados no exercício de suas atividades, os profissionais das diversas categorias e dos diferentes níveis de inserção no SUS ouvidos defendem a importância do Sistema e o *acolhimento ao usuário do SUS* como princípios norteadores da formação docente, fornecendo sentido ao trabalho em saúde. Tomadas as proposições em conjunto, *os caminhos de uma formação docente comum às diferentes categorias devem*, segundo as equipes consultadas: problematizar as práticas realizadas no âmbito do SUS; discutir os conflitos surgidos nas atividades desenvolvidas pelos diferentes profissionais; refletir sobre aspectos que concorrem para a visão da população e dos profissionais de saúde sobre o SUS; compreender como foi construída a história da saúde pública brasileira; contextualizar o trabalho e a divisão do trabalho em saúde; promover as articulações necessárias à humanização da atenção em saúde; ensinar a pesquisar e a organizar pedagogicamente o trabalho de ensinar (BRASIL, 2006, p. 14, grifo nosso).

5.2 Os sentidos que apontam para limites e contribuições

Cientes de que não devemos nem desejamos estabelecer qualquer nível de comparação entre as propostas analisadas, mas tendo em mente o que vem sendo apresentado até aqui, tentamos captar os sentidos que envolvem intencionalidades, relações entre fenômenos políticos, recortados em sua especificidade de política pública de formação docente, no âmbito de um movimento histórico, um ideário, um processo de luta que engloba quase trinta anos, permeado por contradições, diversidade de visões e propostas de objetivação, inclusive quando compreendido, em seus contextos, como atos políticos referenciados nos princípios da Reforma Sanitária e do SUS e como formas de intervenção das forças democráticas/progressistas conformadas nas lutas sociais, nos campos da saúde e educação.

Julgamos necessário, assim, apresentar algumas delimitações construídas no âmbito do movimento pela formação dos profissionais de educação – uma construção intimamente relacionada às lutas pela sua profissionalização [80] –, quanto aos sentidos centrais – formação e trabalho docente –, já que as inferências sobre as contribuições e limites dessas propostas não

[80] Tomamos como referência tanto os autores como as concepções aqui apresentadas por reconhecermos que estas são parte de um pensamento educacional brasileiro objeto de reflexão e prática "de pesquisadores e professores cuja área de saber é a Educação e que mantêm compromissos historicamente assumidos com a escola de gestão pública, laica, gratuita, includente para todos os cidadãos brasileiros e de qualidade referenciada no social" (BRZEZINSKI, 31/8/2011, p. 2, *apud* ANFOPE, 2012, p. 6), perspectiva coerente com os princípios da Reforma Sanitária Brasileira e o projeto societário para o qual almeja contribuir.

podem perder-se da perspectiva da totalidade social na qual existem, tampouco das marcas particulares do setor saúde.

Segundo Freitas, o profissional da educação é "aquele que foi preparado para desempenhar *determinadas relações no interior da escola ou fora dela,* onde o trato com o *trabalho pedagógico ocupa posição de destaque*, constituindo mesmo *o núcleo central de sua formação*" (1992, p. 8, grifo nosso). Evidencia um aspecto que de modo geral é fundamental para a definição de uma profissão;

> são as relações que se estabelecem entre o produtor de um serviço (ou de um bem) e o consumidor deste [...]. Tais relações são definidas, dependendo da profissão, ora pelo profissional, ora pelo consumidor e ainda, como no caso do profissional da educação, mediada por um terceiro elemento, o Estado. Em função dessas relações, é importante destacar que, nas profissões organizadas, estipula-se o seu processo de formação e treinamento (ibidem, p. 8).

Segundo a Anfope[81] – Associação Nacional pela Formação de Profissionais em Educação, em documento coletivo recente,

> compreende-se a docência como ação educativa e processo pedagógico metódico e intencional, construído em relações sociais, étnico-raciais e produtivas, as quais influenciam conceitos, princípios e objetivos da Pedagogia, desenvolvendo-se na articulação entre conhecimentos científicos e culturais, valores éticos e estéticos inerentes a processos de aprendizagem, de socialização e de construção do conhecimento, no âmbito do diálogo entre diferentes visões de mundo (2012, p. 8)[82].

Assumindo a concepção de docência como balizadora do perfil profissional que se deseja alcançar historicamente, entende que tal concepção sugere

> que o profissional que irá atuar na Educação Básica deve ser formado em nível superior; formado no curso de Pedagogia se pretender ingressar como docente na Educação Infantil e nos anos iniciais do Ensino Fundamental; dominar conhecimentos para compreender a função social da Educação e da escola; compreender o trabalho docente em sua significação histórica; assim como ter domínio de conhecimentos de diferentes áreas de saber e campos disciplinares que compõem a estrutura e a dinâmica do currículo da Educação Básica (FREITAS, 1992, p. 8).

Complementando os sentidos enunciados, Freitas reafirma:

---

[81] Do seu Estatuto (2009, Art.1º, p.59) destaca-se, desde a sua origem, o compromisso de "fazer avançar o conhecimento no campo da formação e da valorização dos profissionais da Educação, por meio da mobilização de pessoas, de entidades e de instituições dedicadas a essa finalidade" (*apud* ANFOPE, 2012, p, 6).

[82] Na atual formulação, podemos compreender que docência está sendo entendida como trabalho pedagógico - termo mais abrangente, que permite evidenciar a docência como uma das formas de se desenvolver o trabalho pedagógico "e um dos aspectos da atuação do profissional da educação (há outros, p. ex., a atuação em nível de planejamento nos sistemas de ensino", segundo Freitas (1992, p. 9).

> a "porta de entrada" obrigatória na preparação do profissional da educação, além de sua formação geral como educador, é sua preparação para *o trabalho pedagógico* ou, em outras palavras, *sua formação como educador com ênfase na atuação como professor*[83].
> As possíveis outras funções são acréscimos a esse núcleo fundamental (1992, p. 8-9, grifo nosso).

A partir dessas bases conceituais fundamentais para a análise de processos de formação de docente /professor importa acrescentar uma dada concepção de educador que no nosso entendimento vem efetivamente ao encontro das perspectivas emancipadoras, democráticas presentes na Reforma Sanitária como parte de um projeto de reforma social.

> O educador (...) é aquele que: — tem a docência como base da sua identidade profissional; — domina o conhecimento específico de sua área, articulado ao conhecimento pedagógico, numa perspectiva de totalidade do conhecimento socialmente produzido, que lhe permite perceber as relações existentes entre as atividades educacionais e a totalidade das relações sociais em que o processo educacional ocorre; — é capaz de atuar como agente de transformação da realidade na qual se insere (FREITAS, 1992, p. 9).

Reconhecemos como fundamental, por fim, apresentar os princípios da base comum nacional de formação de todos os profissionais da educação, tal qual concebida pela Anfope, na perspectiva da explicitação dos elementos que estão sendo disputados como balizadores dessa formação, e, portanto, podem apontar convergências e distanciamentos por parte da formação docente em Saúde. A proposta do GT/Setec referente a esse tema já foi apresentada no capítulo 4, representando posições, debates e tensões ainda persistentes em torno das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio e, nela, a política de formação docente para essa modalidade no âmbito da Educação Básica.

Os princípios concebidos pelo coletivo representado pela Anfope são: a) a docência é a base de identidade da formação de todo profissional da educação; b) esse profissional deve ter uma sólida formação teórica; c) sua profissionalização e desenvolvimento profissional são concebidos de modo a articular formação inicial e formação continuada com base no conhecimento e não em competências e habilidades; d) sua formação e o exercício profissional devem ser orientados por:

---

[83] À semelhança da distinção ocorrida em relação aos profissionais e trabalhadores de saúde, Freitas esclarece: "Os demais atores da escola não deixam de ser profissionais, mas foram preparados para outras relações, definidas pela natureza de sua própria função. Como integrantes do aparato escolar, são todos trabalhadores da educação, mas não necessariamente profissionais da educação já que não é o local de trabalho que define uma profissão, mas sim as relações para as quais os profissionais são preparados" (1992, p. 9).

- articulação entre teoria e prática; trabalho coletivo e interdisciplinar; gestão democrática;
- desenvolvimento da pesquisa; compreensão do ato pedagógico que se realiza tanto na instituição escolar de Educação Básica quanto nos espaços extraescolares (ANFOPE et al, 2011, p. 10, *apud* ANFOPE, 2012).

Diante desses elementos balizadores, optamos por exemplificar por meio de um dado conjunto de estruturas semânticas portadoras de sentidos colhidas das bases politico-conceituais dos cursos de formação em Saúde aqui analisados, agrupados com base nas categorias de conteúdo (sentidos da Reforma Sanitária, da Formação e do Trabalho docente) por curso, acompanhadas das suas unidades de contexto, o que resultou nos quadros seguintes, na expectativa de que as contribuições e limites na perspectiva da Reforma Sanitária possam ser (re)conhecidos e (re)admirados por outros olhares.

Pela posição histórica do Projeto Larga Escala e sua capacitação pedagógica nas origens das políticas de Educação Profissional e formação docente e centralidade do princípio da integração ensino-serviço no âmbito da formação de trabalhadores do SUS, com repercussões na prática pedagógica das ETSUS, como relata Ramos (2010) no importante estudo empírico recentemente realizado, exemplificamos de forma mais abrangente os documentos referentes à sua análise. Demos ênfase ao manual da capacitação pedagógica, ação corresponsável com tais feitos também para dar acesso aos documentos mais antigos referentes a essa estratégia de formação de trabalhadores, uma vez que as demais experiências são mais recentes e estão publicadas em versões impressas e eletrônicas.

5.2.1 Curso promovido pelo Projeto Larga Escala

Quadro 12 – Agrupamento das unidades de contexto e estruturas semânticas por documento, curso Capacitação Pedagógica para Instrutor Supervisor Área de Saúde e categoria perspectiva/sentidos sobre a Reforma Sanitária

Categoria: Perspectiva/sentidos sobre a Reforma Sanitária e SUS – afirmação ou alusão a respeito de movimento político pela democratização/transformação da sociedade, proposta de reforma no setor Saúde, mudanças na educação/formação de RH

frente à implantação do SUS, numa perspectiva contra-hegemônica.	
Unidade de significação: o tema – presença do tema.	**Unidade de contexto**: o parágrafo
Documento 1 - Recursos Humanos para Serviços Básicos de Saúde: Formação de Pessoal de Níveis Médio e Elementar pelas Instituições de Saúde. Acordo MEC/MS/MPAS/OPAS. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1982.	**Estruturas semânticas** • Política de formação/âmbito federal e interinstitucional/formação pelas instituições de Saúde/superar o treinamento; • Metodologia de integração ensino-serviço/certificados de profissionalização/desenvolvimento intelectual/educação geral/formas mais conscientes de atuação em serviço; • Ensino profissionalizante/entidades públicas ligadas à prestação de serviços de saúde/reformular abordagem pedagógica/efetiva integração com a prática em serviço; • Contribuição do setor formal de ensino/cooperação interinstitucional saúde e educação/mecanismos de capacitação/responda às aspirações pessoais intelectuais e desempenho profissional/coletivização do trabalho/equipes multiprofissionais/abrangendo toda a rede; • Nova metodologia de capacitação/princípios/projeto específico/Larga Escala/política de serviços básicos de saúde/formação maciça de boa qualidade; • Ensino adequado às necessidades dos serviços/imperativo social/profissionalização legítima/grandes objetivos de uma política de formação em saúde; superação da pseudoprofissionalização e capacitação utilitarista; • Parte específica/profissionalizante e certificado de qualificação profissional/recursos humanos com vínculos empregatícios; ensino supletivo e habilitação de 2º Grau correspondente à sua categoria.
Posiciona-se a favor da formação "do pessoal auxiliar pelas instituições de saúde e de uma política de formação de âmbito federal, interinstitucional, que superasse o treinamento como forma privilegiada de promover essa formação", utilizada pelas próprias instituições empregadoras no Brasil, constituindo-se em "uma tradição de muitos anos" (p. 5). Destaca três importantes deficiências desse tipo de formação: "a) *inexistência ou*	

inadequação da metodologia de integração ensino/serviço; b) ausência de mecanismos de legitimação que garantissem o fornecimento de certificados de profissionalização plenamente válidos; c) pouca ou nenhuma preocupação com o desenvolvimento intelectual dos treinandos, sobretudo no que tange aos aspectos de educação geral e às formas mais conscientes ou menos mecanizadas, de atuação em serviço" (p. 5, grifo nosso). Diante dessas deficiências e das insatisfações com a qualificação profissional promovida pelo sistema regular de ensino, considera "desejável manter e ampliar a alternativa de ensino profissionalizante pelas *entidades públicas* ligadas à prestação de serviços de saúde" (p. 5, grifo nosso).

Para obviar [remediar] as deficiências mencionadas, "caberia em primeiro lugar reformular a abordagem pedagógica, evitando-se os processos centrados em aulas expositivas e procurando efetiva integração com a prática em serviço" (p. 5), incorporando a contribuição do setor formal de ensino. Por meio de cooperação interinstitucional Saúde e Educação, propõe o estabelecimento de "diretrizes claras" em âmbito federal quanto à formação de pessoal auxiliar que, conjuntamente, "encetasse *uma nova metodologia* de capacitação nos estados, *preferencialmente* voltada para atendimento das necessidades de recursos humanos da rede de serviços básicos de saúde" (p. 5-6, grifo nosso).

Esse documento elaborado pelo grupo de representantes das instituições integrantes do Acordo de Recursos Humanos – "três ministérios (Saúde, Previdência e Educação) – apresenta ideias referentes a mecanismos de capacitação e habilitação que melhor respondam às *aspirações profissionais e intelectuais das pessoas, simultaneamente as exigências de desempenho técnico*" (p. 6, grifo nosso). Anuncia que esses princípios já estavam sendo aplicados "em alguns estados mediante um *projeto específico (que recebeu a denominação abreviada de "larga escala")*" (p. 6, grifo nosso) cujas linhas gerais são expostas no mesmo documento.

Reitera a necessidade de "substanciais modificações nos atuais mecanismos de formação" implementados pelas instituições de saúde e educação e enfatiza o "ingente esforço de capacitação de Recursos Humanos" demandado pela política de serviços básicos de saúde[84], com destaque para os níveis médio (enfermagem, saneamento,

[84] Referindo-se ao programa de extensão de cobertura em saúde /PECS.

odontologia, apoio diagnóstico e terapêutico, laboratório, radiologia, hemoterapia, farmácia) e elementar [os atendentes], atuantes em unidades ambulatoriais, hospitalares e comunidade "prestando cuidados elementares de enfermagem" (p. 18).

Aponta a relação entre o custo e as metas fixadas para os planos estaduais e serviços básicos de saúde [na extensão da cobertura assistencial], dependente da ampla participação dessas categorias profissionais por atuarem na "resolução de problemas que dispensam a intervenção direta dos profissionais de ensino superior" e a "extrema dificuldade de serem atingidas" caso não fossem formulados e postos em prática "mecanismos alternativos [em] *caráter de emergência* que atuem em forma complementar ou em substituição aos existentes para *propiciar uma formação maciça, mas de boa qualidade*" (p. 19, grifo nosso).

Os Programas de Extensão de Cobertura em Saúde (PECS) estavam estruturados com base na coletivização do trabalho, em múltiplas categorias profissionais, "cuja integração funcional em equipes transcende o âmbito das unidades de saúde, abrangendo toda a rede", com a responsabilidade de "repartir entre si e inter-relacionar as atividades pertinentes a cada nível assistencial e administrativo" (p. 7). Considera que os elementos ensino supletivo, treinamento em serviço e a habilitação oficialmente reconhecida pelo sistema educacional são "resultado da identificação de alguns aspectos positivos que existem em cada uma das várias modalidades de capacitação" [referindo-se a suplência, treinamentos pelas instituições de saúde e o ensino regular ofertada à época] (p. 18) e que o mecanismo alternativo [projeto específico, Larga Escala] "*é simultaneamente flexível, realista e legítimo***"** (p. 19, grifo nosso).

Assume a capacitação inicial e continuada como "um dos condicionantes fundamentais do desempenho dos programas de extensão de cobertura" e por isso aponta dois requisitos**:** a) "adequação aos serviços*,* proporcionando pessoal suficiente em número, diversidade de categorias e qualificação para lidar com os problemas peculiares a cada nível de atenção; b) *promoção profissional e intelectual, fornecendo títulos válidos para todas as instituições do mercado de trabalho que permitam também o acesso a estudos mais complexos e tenham uma correspondência na estrutura de cargos e salários*" (p. 7, grifo nosso).

Destaca que "a história recente da formação de pessoal de saúde raramente tem

registrado um atendimento simultâneo desses dois requisitos" (p. 7), articulando formação/organização dos serviços e gestão do trabalho, pressupondo elevação do nível de escolaridade, ascensão funcional, enquadramento no Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS). Acredita que assim poderia ser superada a dicotomia pseudoprofissionalização e capacitação utilitarista – aquela que tende apenas aos fins das instituições de serviços de saúde –, possibilitando "consagrar um ensino adequado às necessidades dos serviços – um imperativo social" – e que seja, simultaneamente, uma profissionalização legítima, considerado como um dos grandes objetivos de uma política de formação de pessoal de nível médio e elementar em Saúde (p. 8).

Esclarece que as diretrizes e sugestões metodológicas apresentadas são propostas com vistas a orientar especificamente os processos de capacitação empreendidos pelas próprias instituições de saúde e "*em relação aos recursos humanos que com elas mantém vínculos empregatícios* (...); não cogita, portanto, da problemática do ensino regular, tampouco das formas de treinamento dos chamados agentes comunitários" (p. 8, grifo nosso). Demarca os limites profissionalizantes que caberiam ao setor Saúde, na perspectiva da Lei nº 5.692/71, em vigor, dizendo: "às instituições de saúde compete unicamente o ensino de parte específica e profissionalizante, que faculta, portanto, apenas a titulação de qualificação profissional, através de um certificado emitido pelo sistema educacional (p. 9)".

Posiciona-se, "conquanto as instituições de saúde não possam ministrar diretamente o componente de educação geral, [que] é de todo aconselhável que estimulem seu pessoal a participar dos variados programas de ensino supletivo nessa área para que obtenham, além do certificado de qualificação profissional, a habilitação de 2º Grau correspondente à sua categoria" (p. 11).

Documento 2 - Programa de Formação de Pessoal de Nível Médio. Brasília: MPAS/Inamps, 1987.	**Estruturas semânticas** • Estratégia prioritária/política de formação/capacitação de Recursos Humanos; • Valorização profissional/qualidade da assistência/serviço para a população; • Diretrizes/implementação da Reforma Sanitária Brasileira; • Identidade profissional/ascensão funcional/inserção consciente no processo de trabalho; • Compromisso com a comunidade/reorganização do serviço; • Centros formadores/liberação dos servidores/bolsa de estudos/prioridade das vagas; • Trabalho integrado com as instituições de saúde/Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos; • Sistema de saúde estadualizado e municipalizado que aponta para a unificação.

Como documento oficial do Instituto Nacional de Assistência Médica – Inamps, órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social/MPAS, declara o Projeto Larga Escala como "estratégia prioritária na preparação de recursos humanos no âmbito das Ações Integradas de Saúde – AIS" (p. 1) [85] e como a "*política para formação de pessoal desse nível de ensino* (...)", visando "à valorização profissional dos servidores da instituição e à melhoria da qualidade da assistência prestada à população consoante as diretrizes que vêm orientando a implementação da Reforma Sanitária Brasileira" (p. 2, grifo nosso). Assume, no âmbito da política voltada aos trabalhadores dessa instituição, compromissos ético-político-administrativos, possibilitando corrigir distorções quanto a: "identidade profissional, melhoria da qualidade do serviço, ascensão funcional [favorecendo servidor e instituição], compromisso com a comunidade decorrente de formação que tem como marco referencial a construção do saber no processo coletivo; inserção consciente no processo de trabalho assegurada pela totalidade do conhecimento; reorganização do

[85] Ações Integradas de Saúde – AIS, etapa da reorganização do sistema de saúde precursora do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, formalizado em 1988, que por sua vez antecedeu ao Sistema Único de Saúde – SUS, cuja Lei Orgânica (nº 8.080) data de 1990.

<table>
<tr><td colspan="2">serviço em função da capacitação de recursos humanos” (p. 4).

Formaliza a utilização das seis Escolas de Auxiliares de Enfermagem localizadas nos Estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Bahia, Pernambuco, Maranhão, Goiás – em processo de transformação em centros formadores –, assim como a liberação dos servidores ou a concessão de bolsa de estudo para os que fizessem a formação fora do horário, priorizando as vagas para os servidores da Instituição (p. 5). Ressalta ainda que “as medidas citadas atendem a linha de trabalho do Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos, que está direcionado para o trabalho integrado com as instituições de saúde, pensando o desenvolvimento de recursos humanos para um sistema de saúde estadualizado e municipalizado, sendo a força de trabalho do Inamps parte da força de trabalho do sistema de saúde que aponta para a unificação” (p. 6, grifo nosso).</td></tr>
<tr><td>Documento 3 - Capacitação Pedagógica para instrutor supervisor – Área da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde/SMARH, 1989.</td><td>Estruturas semânticas

• Força de trabalho em Saúde/majoritário desafio/prioridade capacitação dos trabalhadores auxiliares;
• Melhoria/qualidade da assistência/serviços de saúde/população;
• Viabilização do Sistema Único de Saúde.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Reconhece que o “pessoal [auxiliar é] (...) majoritário na composição da força de trabalho em saúde. A capacitação desses trabalhadores, nesse contexto, é hoje um grande desafio e configura-se como prioridade para a melhoria da qualidade de assistência prestada pelos serviços de saúde à população” (p. 5). O Ministério da Saúde declara que, “ao publicar este documento, espera estar cumprindo com suas atribuições de apoio a estados e municípios na viabilização do Sistema Único de Saúde” (p. 5).</td></tr>
<tr><td>Documento 4 – Entrevista. SANTOS, I.; GALVÃO, E., 1993.</td><td>Estruturas semânticas

• Sistema de Saúde/SUS;
• Democratização/avançar a democratização/avanço da sociedade;
• Função reguladora do Estado/processos de exclusão/inclusão dos excluídos;
• Razões/lutas político-ideológicas;
• Sociedade conservadora/contraditória/elitista/excludente;
• Atores oponentes/aliados/barreiras ideológicas;
• Processo social/processo político/humanizar o cidadão;</td></tr>
</table>

	• Escola da Saúde e o SUS/ensino-serviço/ligadas aos serviços; • Liberalismo/diferenças sociais; legalidade/legitimidade social; • Abertura política/movimento dos trabalhadores/da sociedade brasileira/valorização dos trabalhadores/; • Móvel político/ruptura/revolução/reforma não reformista; • Quantidade/qualidade/transformação/transição da democracia.
Apontam razões político-ideológicas tanto para a não utilização [plena] pelos sistemas educacionais/Conselhos Estaduais de Educação [CEE] como para a utilização que foi feita pelo Projeto Larga Escala – PLE do Parecer nº 699/72 [86] – desatrelando a exigência de educação geral [como pré-requisito] para a formação especial [profissionalizante] e o uso do caráter experimental dos cursos objetivando "recuperar esses excluídos [e] fazer uma outra experiência". Com a leitura regularizadora do referido Parecer, "permanece a exclusão (...) em nome da equivalência, em nome da igualdade" (p. 10). Identificam a composição hegemônica dos CEE pelos representantes do setor privado e apontam que quando, "por mecanismo da própria competição da sociedade, [esta] dá abertura para um processo que caminha para a democratização, a turma da reação vem aos conselhos estaduais e regulariza" (p. 10). Assim, justificam explorar a "função reguladora do Estado, da saúde enquanto função reguladora dos seus recursos humanos, (...) responsabilidade de consertar (...), de dar viabilidade, tanto que não é uma coisa em cima do aluno, é em cima da instituição" (p. 5), afirmam as entrevistadas. Pleiteando os atos autorizativos dos cursos e escolas junto aos CEEs, utilizavam o argumento de que "é para o Sistema de Saúde..., não diz se é público ou privado (...). Não tá explícito isso..., o povo é empregado, engajado na força de trabalho e em processo de admissão (...), aí, como é gente lá dos cafundós-do-judas, que a Escola dele [setor privado educacional] não vai lá... o problema é não se sentir ameaçado... É luta de	

[86] Parecer CFE nº 699/72 destaca três funções básicas para o ensino supletivo: suplência – compensatório do ensino regular, com cursos e exames, estes com a exigência da idade de 18 anos para o Ensino Fundamental e de 21 para o 2º Grau; suprimento – complementação do inacabamento de qualquer das etapas de escolaridade (1º e 2º Graus), através de cursos de aperfeiçoamento e de atualização; aprendizagem e qualificação – ambas destinadas à preparação e qualificação para o trabalho.

mercado (...) numa sociedade conservadora como esta, quem vai indicar? O conselho é uma coisa seriíssima! E a briga toda [da LDB] tá aí" (p. 16)[87].

Nesta "sociedade, conservadora elitista e excludente, a gente sabe disso" (p. 19), e tendo o PLE "natureza anti-hegemônica, (...) o importante aí é garantir o avanço da democratização. Avançar a democratização seria dar acesso! Seja lá por que meio for. Vamos dando acesso! Esse é o nosso compromisso político. Vamos dando acesso!" (p. 19). "Agora, se a gente consegue dar acesso e ainda numa metodologia em que ele se torne um ator social, melhor, mas não podemos começar pelo ótimo. Você tem que admitir que é um processo social e tem (...) que ter um caminho para que esses atores entrem, enfrentem e vão trabalhando (...) estrategicamente, no sentido de ir facilitando o processo" (p. 19).

Sinalizam a disputa público-privado no controle das políticas e recursos da Educação e exemplificam no setor Saúde "com as filantrópicas, as Misericórdias da vida" (p. 13) e as oligarquias na educação, no Estado do Piauí, dizendo: "mas como a sociedade é contraditória, você usa a contradição dela, porque lá tem gente aliada. Encontrei uma conselheira (...), ela é dessa linha progressista da Educação, conseguimos fazê-la relatora do processo. O parecer [do Piauí] levou três anos para sair..." (p. 15). Reiterando que "é ideológico, [o processo e seus embates] enfatizam que as mudanças nas táticas visam preservar 'a essência', ou seja, garantir que os cursos sejam descentralizados. Isso é essência!" (p. 16).

Consideram que o acesso dos trabalhadores de nível médio e elementar à formação profissional deveria ser dado, mesmo se os instrutores/supervisores fossem "enfermeiros que já trabalharam com outras metodologias, mesmo a transmissora, currículo por disciplinas, [porque] já fizeram avaliação, discussão, esses caras estão meio caminho andado. Ator pronto? Num processo social? Ele não é técnico, é político!" (p. 19).

Nessa perspectiva, enfatizam a necessidade de uma visão estratégica na condução do Projeto para a criação da Rede de Escolas Públicas de Saúde, que possibilitaria a "identificação do problema, dos nós críticos (...) os atores oponentes, quais são os aliados, de criar viabilidade política (...) assegurando os princípios – o que significa a

[87] Entrevista realizada em 1993 no processo de discussão e disputas em torno da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, que posteriormente foi homologada como LDB nº 9.394/96.

importância de qualificar os trabalhadores para uma assistência de qualidade, que ele não pode sair desse jeito [aposentar-se], que ele não tem faixa etária [para o ensino regular], com os dados da escolaridade do estado [em mãos]" (p. 23). Os polos da luta pela profissionalização do NM/LE com o papel regulador do Estado "foram a regulação do sistema educacional, os conselhos profissionais/Lei do Exercício e os Serviços – regulação do trabalho, para inserção nos Planos de Cargos e Salários, que são montados pela escolaridade e não pela qualificação profissional" (p. 25).

Quadro 13 – Agrupamento das unidades de contexto e estruturas semânticas por documentos e curso - Capacitação Pedagógica para Instrutor Supervisor Área de Saúde e categoria sentidos da formação docente

Categoria: Sentidos da formação docente - depõem sobre as finalidades, concepções, formas, mediações, recursos disponíveis, perfil, requisitos do instrutor/supervisor/docente e que subsidiam sua formação.	
Unidade de significação: o tema – presença do tema.	**Unidade de contexto**: o parágrafo
Documento 1 – Recursos Humanos para Serviços Básicos de Saúde: Formação de Pessoal de Níveis Médio e Elementar pelas Instituições de Saúde. Acordo MEC/MS/MPAS/OPAS. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1982.	**Estruturas semânticas** • Instrutor/pessoal empregado na prestação de serviços e apoio técnico-administrativo; • Reciclagem técnica e pedagógica/instrutores que desempenham funções regulares de prestação de serviços e/ou supervisão/etapa importante na condução do processo de capacitação [dos trabalhadores]; • Engajamento no planejamento educacional/execução do treinamento do pessoal/oportunidade de aperfeiçoamento de suas habilidades de ensino/nível de competência técnica/atualização e reforço; • Qualidade do treinamento em serviço, exercício e regularização das funções de supervisão/apoio regional ao processo de capacitação dos trabalhadores.
Reconhece que a flexibilidade possibilitada pela via supletiva de ensino "quanto à carga horária, tempo de formação, corpo docente etc." ajusta-se "perfeitamente às necessidades e peculiaridades da capacitação profissionalizante promovida pelas instituições de saúde"	

(p. 9).

Nas diretrizes gerais da proposta de política de formação de pessoal dos níveis médio e elementar em Saúde destaca a "máxima utilização, na qualidade de instrutores, do pessoal empregado na prestação de serviços e apoio técnico-administrativo" (p. 8) e que "a reciclagem técnica e pedagógica dos instrutores que desempenham funções regulares de prestação de serviços e/ou supervisão deve ser considerada como etapa importante na condução do processo de capacitação" (p. 12).

Especificamente sobre a preparação pedagógica, aponta como maneira bastante produtiva o "engajamento dos instrutores em todas as etapas do planejamento educacional, fazendo da própria execução do treinamento do pessoal de níveis médio e elementar uma oportunidade de aperfeiçoamento de suas habilidades de ensino". Indica que "simultaneamente o nível de competência técnica dos instrutores deve ser objeto de atividades de atualização e reforço" (p. 12).

Ressalta como componentes de grande importância na integração ensino-serviço, com grau elevado de supletividade e realizadas de forma descentralizada, a organização e a regionalização técnico-administrativa dos serviços de saúde (p. 14). Relaciona-os à qualidade e à extensão da assistência e, consequentemente, à qualidade do treinamento em serviço, na medida em que "deficiências de organização interna das unidades de saúde relativas à programação, registros, atribuições, recursos humanos, insumos básicos, normas de atendimento, [...] prejudicam [...], dificultando o domínio das competências previstas" (p. 15), porque limitam o alcance da integração.

Descrevendo as condições que poderão afetar "inevitavelmente [...] o bom desenvolvimento desse método de capacitação" (p. 15), elenca o número insuficiente de instrutores/supervisores, outros pouco preparados, escassa autonomia administrativa, deficiência de instalações físicas, dificuldade de comunicação com os níveis locais, caso estas sejam as características da regionalização dos serviços de saúde; "todavia, o próprio processo de capacitação deve ser encarado como meio de organização interna das unidades, ao se atribuir aos treinandos [trabalhadores locais, servidores engajados na força de trabalho] a participação nessa tarefa, junto com a equipe regional, servindo como experiência pedagógica" (idem).

Visando aumentar a autonomia da diretoria regional de saúde, ressalta "a descentralização

<table>
<tr><td colspan="2">do processo de capacitação [pelos estados e municípios] como estratégia de estímulo à regionalização implicando maior alocação de pessoal nos quadros da administração regional, criação de infraestruturas físicas e serviços, de material didático e do exercício e regularização das funções de supervisão” (p. 1), uma vez que atribuições adicionais técnicas e financeiras, que precisaria assumir ao longo do processo de capacitação poderiam contribuir para este fim.
Como parte da infraestrutura de apoio regional ao processo de capacitação dos trabalhadores, foram propostos serviços de registro de experiências pedagógicas [com vistas ao seu aproveitamento/legalização pelo sistema educacional], centros de apoio didático para seleção, produção e distribuição de material didático, biblioteca, documentação, instalações físicas de hospedagem e atividades de grupo – destacando que as últimas não “necessariamente devem ser providas pelas instituições de saúde, podendo resultar de uma articulação com entidades publicas e privadas locais” (p. 15).</td></tr>
<tr><td>Documento 2 - Programa de Formação de Pessoal de Nível Médio. Brasília: MPAS/Inamps, 1987.</td><td>Estruturas semânticas

• Instrutores-supervisores/categoria profissional específica/engajados nos serviços de saúde;
• Metodologia do Projeto Larga Escala/educação continuada por área profissional/competência “técnica pedagógica”.</td></tr>
<tr><td colspan="2">“O processo de formação na metodologia [...] referida será desenvolvido por instrutores/supervisores específicos por categoria profissional, já engajados nos serviços de saúde” (p. 5).
“Objetivando a adequação dos instrutores à metodologia proposta pelo Projeto LE, o Inamps adotou um Projeto de Educação Continuada por área profissional, resgatando assim a competência técnica pedagógica desses grupos” (p. 5, grifo nosso).</td></tr>
<tr><td>Documento 3 – Capacitação Pedagógica para instrutor supervisor – Área da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde/SMARH, 1989.</td><td>Estruturas semânticas

• Qualificação de profissionais de nível superior/funções de docência/formação adequada/correspondendo à licenciatura plena;
• Integração entre o ensino e o serviço/refletir sobre sujeito, objeto, conhecimento;
• Instrutor-facilitador da aprendizagem/docência//interação sujeito-objeto;</td></tr>
</table>

	• Refletir sobre a prática pedagógica da categoria profissional em foco/análise de um processo pedagógico aplicado/construir uma nova prática crítica e transformadora; • Problematização/transformação individual e social, relação dialética [sujeito-objeto]; • Papel importante do instrutor-supervisor/planejador e executor do processo educativo/organizar e decodificar a estrutura do objeto/estabelecer relações concretas entre a teoria, a prática e a realidade; • Arriscar-se/novas ideias e novas formas de enfocar os problemas/domínio do conhecimento/aprender no processo tanto quanto o sujeito [aluno]; acreditar nas pessoas, na sua dinâmica de mudança; • Processo dialético/interação reportada à especificidade do objeto das categorias profissionais dos instrutores; • Problemas de desempenho/ações pedagógicas mais utilizadas/respostas pedagógicas aos problemas identificados; • Processo de aprendizagem e sua dinâmica/formas de conhecimento próprias do pessoal auxiliar da sua área/papel do instrutor/supervisor como orientador desse processo; • Programação curricular/a dinâmica de aprendizagem com ênfase nas sucessivas aproximações ao assunto/partir das percepções iniciais do educando; • Ênfase nas sucessivas aproximações ao assunto/formas de integração dos conteúdos e práticas/união trabalho-ensino/avaliação permanente e progressiva do desempenho profissional; • Mínimo de formação pedagógica/o produto final desejado: a transformação da realidade a partir da modificação do comportamento via novos conhecimentos; • Problematização/transformação individual e social/aumento da capacidade do aluno/participante e agente de transformação social/detectar problemas reais/buscar soluções originais e criativas/capacidade de fazer perguntas relevantes/diagrama ou método do arco de Charles Maguerez; • Originalidade/criatividade/inventiva/imaginação livre/pensar de maneira inovadora; • Viabilidade e factibilidade/hipóteses de solução/condicionantes e limitações da própria realidade/situação de grupo/ideal-real/usa a realidade para aprender com ela, ao mesmo tempo que se prepara para

	transformá-la; • Questão central: como se aprende/formas de conhecer e de pensar/esquemas de assimilação padrões culturais/estrutura do conhecimento a ser assimilada/conceitos-chave/conceitos centrais da Psicologia Genética de Jean Piaget e de autores da Sociologia e Antropologia Social; • Sucessivas aproximações à estrutura do objeto/aplicação ativa dos esquemas de assimilação/a partir de sua percepção social inicial; processo de idas e vindas, de reflexão e ação; • Operações mentais de representação, relação, ação/dos fatos às ideias e das ideias à ação; • Formação profissional que integre trabalho e ensino/ruptura com as concepções tradicionais do ensino/formas escolares academicistas/desvinculadas da prática real e cotidiana de uma determinada profissão/com a antiga divisão entre teoria e prática/ambas encontram-se integradas no exercício profissional concreto.

O programa de capacitação "foi elaborado por técnicos ligados às instituições integrantes do Acordo Interministerial (Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério da Educação, Ministério do Trabalho e Organização Pan-Americana de Saúde) [...] visando à qualificação de profissionais de nível superior para as funções de docência em relação ao pessoal auxiliar" (p. 5).

Identificado como um "dos documentos da *série Capacitação Pedagógica para Instrutores/Supervisores dos Serviços de Saúde*. Outros estão sendo elaborados com a finalidade de integralizar àqueles que exercem a função de docência uma "formação adequada", segundo preconiza a legislação de ensino, *correspondendo a uma licenciatura plena* que os habilite para o exercício da função perante o sistema educacional" (p. 7, grifo nosso). "Os demais documentos enfocarão a base legal dos processos de formação, a estrutura e o funcionamento de uma escola de ensino técnico para a área de Saúde e a supervisão como instrumento pedagógico, também inerente ao processo de trabalho" (idem).

Distingue a especificidade dessa formação enfatizando que "esta docência é exercida no programa de formação de pessoal de nível médio para o setor Saúde, que nos últimos anos vem construindo com bases legais e pedagógicas uma alternativa adequada e coerente

para a qualificação de sua força de trabalho. Por essa razão, não se deve confundir essa capacitação pedagógica com outras que são voltadas para o trabalho com a comunidade e que enfocam a educação para a saúde" (p. 7).

"Privilegiando a integração entre o ensino e o serviço, esta capacitação busca refletir sobre o sujeito que aprende, o objeto a ser aprendido, o conhecimento resultante da interação entre o sujeito e o objeto e o instrutor como facilitador desse processo" (p. 7). Esse documento contém duas unidades de ensino. "Na primeira busca-se refletir a prática pedagógica da categoria profissional em foco; na segunda, pela análise de um processo pedagógico aplicado, busca-se construir uma nova prática crítica e transformadora" (p. 7). Cada unidade tem carga horária de *35 horas, duração prevista de 5 dias, manhã e tarde* (p. 9, grifo nosso).

Referindo-se ao papel que assume o instrutor/supervisor, declara: "nesta relação dialética [sujeito-objeto], o instrutor/supervisor assume papel importante como *planejador e executor do processo educativo*. A ele cabe organizar e decodificar a estrutura do objeto, buscando estabelecer relações concretas entre a teoria, a prática e a realidade" (p. 7, grifo nosso).

"O instrutor é, assim, capaz de arriscar-se em um trabalho que envolve novas ideias e novas formas de enfocar os problemas, de analisar as falhas como fonte para a aprendizagem; é alguém que acredita nas pessoas, na sua dinâmica de mudança e admite também que, apesar do domínio do conhecimento, não sabe tudo e, portanto, aprende no processo tanto quanto o sujeito [aluno-trabalhador]" (idem). Reconhece que "num processo dialético, a interação entre os elementos referidos só se realiza quando é reportada à especificidade do objeto das categorias profissionais que compõem a diversidade dos instrutores/supervisores" (p. 7).

Primeira Unidade - O trabalho pedagógico do Instrutor/Supervisor: reflexão crítica

Objetivos:

1 - Refletir sobre a correlação entre os problemas de desempenho do pessoal auxiliar em saúde e as ações pedagógicas mais utilizadas, tomando como objeto de reflexão um tema relativo à prática específica de sua categoria profissional ou do pessoal auxiliar correspondente.

2 - Procurar, com base em suas experiências, respostas pedagógicas aos problemas identificados.

3 - Refletir sobre o processo de aprendizagem e sua dinâmica, "com ênfase nas formas de conhecimento próprias do pessoal auxiliar da sua área e no papel do instrutor/supervisor como orientador desse processo" (p. 9).

Segunda Unidade: Como conduzir o processo pedagógico

Objetivos:

1 - Analisar, na programação curricular, a dinâmica de aprendizagem com ênfase nas sucessivas aproximações ao assunto, a partir das percepções iniciais do educando.

2 - Identificar, na programação curricular, as formas de integração dos conteúdos e práticas que correspondem à capacitação de uma dada categoria profissional.

3 - Analisar as características da organização curricular "que promovem a união trabalho/ensino e a avaliação permanente e progressiva do desempenho profissional" (p. 13).

Os textos de apoio utilizados nesta programação referem-se a:

1 - Três respostas pedagógicas para uma situação-problema (exercício)

O Caso; Resposta A. Resposta B. Resposta C.

Exercício: "Analise as três respostas apresentadas, procurando compará-las e distinguindo suas diferenças no que diz respeito ao papel do instrutor/supervisor e ao papel do educando no processo. Identifique qual conceito de aprendizagem orienta cada uma dessas respostas [e da que foi elaborada pelos instrutores como expressão da sua experiência]. Escolha a que você considera mais adequada para a resolução do problema e justifique" (p. 18).

2 - Alguns fatores pedagógicos[88] – BORDENAVE, J. D.[89].

As notas preliminares esclarecem que "a linguagem direta, acessível e clara [do

[88] Nota do editor: Texto traduzido e adaptado do artigo La transferência de tecnología apropriada ao pequeño agricultor. BORDENAVE, Juan.E. Diaz. *Revista Interamericana de Educação de Adultos*, vol. 3, nº 1-2-PRDE-OEA. Por Maria Thereza Grande, OPS. Brasília, 1983.

[89] Nas notas preliminares, Grandi registra que "Bordenave, especialista em Comunicação e Educação, paraguaio, tem vasta experiência em educação de adultos, principalmente aqueles de escolarização precária, típica das classes menos favorecidas dos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento; [...] trata-se de uma educação voltada para o trabalho, mas nem por isso mecanicista: procura todo o tempo ressaltar a importância do aprendizado pela descoberta e, portanto, o crescimento do indivíduo como um todo. Critica a simples transferência do conhecimento, mas sem o radicalismo de negar por negar" (p. 19). "Esclarece sobre as várias modalidades de ensinar-aprender-ensinar deixando flexível a escolha em função dos objetivos que se quer atingir" (p. 19).

texto] facilita a compreensão do conteúdo por parte de profissionais de diferentes áreas que, por necessidades diversas, se deparam com a tarefa de ensinar" (p. 19).

Diz ainda: "é importante lembrar que quando ensinamos não basta o domínio do conteúdo: deve ser levado em conta "como ensinar", *o que implica o mínimo de formação pedagógica* para que se logre o produto final desejado: a transformação da realidade a partir da modificação do comportamento via novos conhecimentos" (idem, grifo nosso).

Neste texto estão referidas opções pedagógicas consideradas "polêmicas por seus domínios: a) Pedagogia de Transmissão; b) Pedagogia do Condicionamento; c) *Pedagogia da Problematização*" e as possíveis consequências destas em nível individual e social (p. 2, grifo nosso). Sobre esta última afirma: "essa pedagogia não separa a transformação individual da transformação social, pela qual ela deve desenvolver-se em situação grupal".

Parte do fato de que, em um mundo de mudanças rápidas, "o importante não são os conhecimentos ou ideias, nem os comportamentos corretos e fáceis que se esperam, mas sim o aumento da capacidade do aluno – participante e agente de transformação social – para detectar problemas reais e buscar para eles soluções originais e criativas" (p. 24). Por essa razão, "a capacidade que se deseja desenvolver é a de *fazer perguntas relevantes* em qualquer situação para entendê-las e ser capaz de resolvê-las adequadamente" (p. 24, grifo do autor).

Apresenta o diagrama que "ajudará a representar essa pedagogia problematizadora [...] bastante simples e [que] Charles Maguerez, seu autor, chamou de 'método do arco'" (p. 24). O diagrama "nos diz que o processo ensino-aprendizagem selecionado com [o] um determinado aspecto da realidade deve começar levando os alunos a observar a realidade em si, com seus próprios olhos; [...] separar no que foi observado o verdadeiramente importante do que é puramente superficial ou contingente [...]; identificar os pontos chave do problema [...]; as variáveis mais determinantes da situação. Essa etapa da problematização constitui uma das razões mais importantes da superioridade desta pedagogia sobre as de transmissão e condicionamento; [em seguida] [...] passam a teorização do problema ao se perguntar o porquê das coisas observadas" (p. 25).

Destaca a contribuição fundamental do professor nesta fase da teorização, "pois a tarefa de teorizar é sempre difícil e ainda mais quando não se possui o hábito de fazê-lo, como é, em geral, o caso de adultos em treinamento. Trata-se então do caso de apelar para

conhecimentos contidos no dia a dia e outras de maneira simplificada e fácil de comprovação" (idem).

"Se a teorização for bem-sucedida, o aluno chega a entender o problema [não] tão somente em suas manifestações empíricas ou situacionais, assim como também os princípios teóricos que o explicam. [...] Compreende operações analíticas da inteligência, é altamente enriquecedora e permite o crescimento mental dos alunos. Como diz Piaget, eles passam pelo próprio esforço do domínio das operações concretas para as operações abstratas e isto lhes confere um poder de generalização e extrapolação considerável. [...] Outra razão da superioridade da Pedagogia da Problematização sobre as de Transmissão e Condicionamento" (p. 25).

"Confrontada a *realidade* com sua *teorização*, o aluno se vê naturalmente movido a uma quarta fase: a formulação de *hipótese de solução* para o problema em estudo" (p. 25, grifos do autor). Considera que nesta fase "deve ser cultivada a originalidade e a criatividade na inventiva para que os alunos deixem sua imaginação livre e se acostumem a pensar de maneira inovadora" (idem). Levando a termo "provas de viabilidade e factibilidade confrontando suas hipóteses de solução com os condicionantes e limitações da própria realidade, [...] a situação de grupo ajuda a esta confrontação ideal-real, o aluno usa a realidade para aprender com ela, ao mesmo tempo que se prepara para transformá-la" (p. 25).

Considera que a pedagogia da problematização possa ter as seguintes consequências:

Em nível individual:

- aluno constantemente ativo, observando, formulando perguntas, expressando percepções e opiniões;
- aluno motivado pela percepção de problemas reais cuja solução se converte em reforço;
- aprendizagem ligada aos aspectos significativos da realidade;
- desenvolvimento das habilidades intelectuais de observação, análise, avaliação, compreensão, extrapolação etc.;
- intercâmbio e cooperação com os demais membros do grupo;
- superação de conflitos como ingrediente natural da aprendizagem grupal;
- *status* do professor não diferente do aluno.

Em nível social

- população conhecedora de sua própria realidade e reação à valorização excessiva do forâneo (externo) ou sua imitação;
- métodos e instituições originais, adequados à própria realidade;
- cooperação na busca de soluções a problemas comuns;
- redução da necessidade de um líder pois os líderes são emergenciais;
- elevação do nível médio de desenvolvimento intelectual da população graças a maior estimulação e desafio;
- criação (ou adaptação) de tecnologia viável e culturalmente compatível;
- resistência à dominação por classes e países.

Em termos comparativos, aponta "a nítida superioridade da terceira opção, a problematizadora" (p. 26). Salienta, contudo, que "isto não quer dizer que haja que se rechaçar totalmente as contribuições das duas outras opções restantes, sobretudo de algumas de suas aplicações metodológicas" (idem). Exemplifica com momentos em que "certos automatismos devem ser fixados pelo aluno na execução de sequências rígidas de operações. O que não se pode é perder de vista o objetivo fundamental da ação educativa, que é desenvolver a personalidade integral do aluno, sua capacidade de pensar e racionar, assim com seus valores e hábitos de responsabilidade, cooperação etc." (p. 26).

3 - Do processo de aprender ao de ensinar – DAVINI, M. C.

Enfatiza as formas de conhecer – esquemas de assimilação predominantes e padrões culturais de percepção da realidade; as diferenças entre o ensino por técnicas e o ensino através da estrutura do conhecimento, o papel do supervisor no processo de aprendizagem do educando, distinção entre o trabalho pedagógico com base no mostrar-informar-inculcar e a metodologia dialogal (p. 27).

Ressalta, porém, que "a falta de uma reflexão teórica sólida sobre esses processos e sua correspondente sistematização fazem com que tais experiências *se enfrentem com dois perigos: ou não se avança para além do diálogo subestimando os aportes científicos* e com isso afetando seriamente a eficiência do pessoal; *ou se quebra o diálogo em algum*

momento do processo, partindo para uma segunda etapa de informação/inculcação no melhor tipo tradicional" (idem, grifo nosso).

Toma a relação sujeito-objeto como ponto de partida para concretizar uma situação de aprendizagem, com base na compreensão de que a questão central é "mais do que preocupar-se em *como ensinar* (por inculcação ou diálogo), é [...] questionar-se *como se aprende*" (p. 28, grifo do autor). Explana sobre as formas de conhecer e de pensar, incorporando os padrões culturais e a estrutura do conhecimento que deverá ser assimilada, informando que serão utilizados conceitos centrais da "Psicologia Genética de Jean Piaget e [...] os aportes de diversos autores da Sociologia e Antropologia Social" (idem).

Destaca que "o treinamento pela mecanização de ações não oferece ao sujeito autonomia de ação diante dos diversos problemas que se colocam, [...] é importante procurar que o sujeito se aproprie dos conhecimentos que sustentam as técnicas [assistenciais]; [...] é necessário começar por refletir sobre a estrutura do conhecimento que regula o "fazer" cotidiano do pessoal auxiliar nos serviços de saúde". Os conhecimentos se apresentam com "uma vinculação muito estreita, organizando-se hierarquicamente como rede ou 'árvore' de conhecimentos, desde os mais abrangentes até aos mais específicos" (p. 31).

Os conceitos-chave são aqueles aos quais se reduziria toda essa cadeia de conhecimentos e que ao mesmo tempo permitem abrir essa rede para dar fundamento a outras medidas, em outros campos de atuação [saneamento, meio ambiente]. Conceitua o conceito-chave como aquele "de relativo alcance de generalidade que, subjazendo ao exercício prático de determinadas técnicas estruturais, sistematiza e organiza a rede de conhecimento específica correspondente a tais técnicas" (p. 31). De um dado conceito-chave extraem-se conhecimentos e/ou princípios "que estruturam toda uma área de desempenho técnico-profissional" (p. 31).

Reconhece que não se trata de reconstruir toda a matriz de conhecimento de toda a ciência médica, "mas somente aquela [...] necessária ao desempenho técnico específico [...] [que permite ao educando] integrar seus conhecimentos e compreender seus fundamentos últimos, evitando que fique reduzido à rotinização de técnicas ou à acumulação de informações soltas [...] [e] oferecerá autonomia de ação em cada nova circunstância" (p. 32).

Quanto a "como se aprende, ou seja, como se traduz essa relação dinâmica entre esse sujeito concreto e este objeto a ser assimilado" (p. 32), declara: "o sujeito aprende a partir de sucessivas aproximações à estrutura do objeto, e essas aproximações são alcançadas pela aplicação ativa dos esquemas de assimilação de que dispõe e a partir de sua percepção social inicial" (p. 32). A aprendizagem "requer um tempo no qual o sujeito 'investigue ativamente', aplicando suas formas de conhecer, aproximando-se cada vez mais da matriz interna do assunto, em um processo de *idas e vindas, de reflexão e ação*" (p. 32, grifo da autora), por tateos sistemáticos guiados pela ação inteligente, seja esta prática ou abstrata.

É assim "que, a cada momento de aproximação ao fundamental do assunto, o sujeito construirá ativamente novas *regulações* [...], melhor dizendo, novos comportamentos cada vez mais ajustados ao objeto em questão, [e] [...] construindo gradualmente sua própria síntese modificará sua própria ação prática abandonando os comportamentos anteriores, [...] [avançando] em seus próprios esquemas de assimilação pelo exercício de ação intelectual" (p. 32, grifo da autora).

4 Treinamento mental: um método para um enfoque à Educação de Adultos BRUSILOVSCKY, S.

O texto trata de um "método pedagógico que tenta responder às necessidades de formação integral do adulto de classe popular. Como tal, não se limita a oferecer um processo sistemático para que o adulto aprenda um determinado ofício: procura também favorecer seu desenvolvimento intelectual e social para que se torne um elemento ativo na sua comunidade" (p. 35).

Ele "se propõe a cultivar metodicamente a inteligência e a racionalizar a aprendizagem cotidiana com o objetivo de preparar o adulto para desenvolver-se em seu meio, de forma ativa, reflexiva e solidária" (idem).

Correspondendo aos três momentos na análise de uma situação ou problema, "distinguem três grupos de operações mentais" (p. 36):

1- Operações de representação: enumerar e descrever, comparar e distinguir, classificar e definir, identificar diferentes aspectos, pontos de vista e contradições,

localizar no espaço e no tempo (onde e quando). “Procura fazer que o adulto se habitue a observar sistematicamente, a penetrar nos fenômenos, classificar ideias enfatizando a fundamentação dos ‘juízos’ [...], logre diferenciar os dados da realidade dos juízos e pontos de vista pessoais, buscando treinar para o uso de critérios e formas de classificação relevantes” (p. 36).

“Quem orienta a tarefa pedagógica cumpre o simples, porém fundamental, papel de *animador do processo. Ele ‘não ensina’ nada, apenas estimula o uso das operações através de perguntas;* [...] a atitude do animador deve ser estimulante, orientando a atenção do grupo e a participação de todos os membros” (idem, grifo nosso).

2- Operações de relação: busca de causas e consequências; conhecimento de leis e teorias. “A análise das causas e dos fatos e suas consequências leva à crua compreensão da situação necessária para a transformação dos comportamentos, [...] [contrastando] as próprias observações a respeito dessas causas e consequências com as teorias científicas formuladas sobre o assunto, [...] gradualmente avançando até generalizações e abstrações, treinando, ao mesmo tempo, para a busca de informações nos diversos meios. O animador estimulará a busca dessas informações, procurando que sejam dadas referências exatas e levando até a síntese” (p. 37).

3-Operações de ação: explicitação de valores e princípios que guiaram a ação; determinação de objetivos; seleção dos métodos, técnicas e meios adequados; controle dos resultados.“Fazer com que todo o processo prévio de reflexão e conhecimento sirva para que as pessoas se convertam em protagonistas conscientes, concretizando mudanças de comportamento racionalmente associadas e coerentemente organizadas” (idem).

Procura-se “substituir a atitude empírica sem previsão por uma atitude de transformação metódica e controlada (...), as operações [...] vão se alternando em formas de idas e vindas, [mediante] [...] exercícios analíticos e exercícios globais” (idem). Estes últimos “procuram sínteses graduais a respeito do problema ou situação, dentro da progressão que vai dos fatos às ideias e das ideias à ação” (p. 37).

- Currículo integrado

Apresenta "subsídios para aqueles que enfrentam a tarefa de elaborar e aplicar um currículo para a formação profissional que integre *trabalho e ensino*" (p. 41, grifo nosso), no âmbito da educação formal, e assume explicitamente "a rutura com as concepções tradicionais do ensino e *fundamentalmente* com as formas escolares academicistas desvinculadas da prática real e cotidiana de uma determinada profissão. Finalmente, numa rutura com a antiga divisão entre teoria e prática, uma vez que ambas encontram-se integradas no exercício profissional concreto" (p. 41, grifo nosso).

Reconhece a "característica inovadora da montagem e/ou elaboração desse tipo de currículo, [o] que faz com que essa tarefa deva ser enfocada como uma experiência a ser desenvolvida, que oferecerá novas bases para reflexão" (p. 41).

Define o currículo, em termos genéricos, como "um plano pedagógico e institucional para orientar a aprendizagem dos alunos de forma sistematizada" (p. 43), podendo assumir "variados matizes e variadas formas de acordo com as diferentes concepções de aprendizagem que o orientem e o que se entenda por aprender e ensinar, como também varia a estrutura sob a qual é organizado" (idem). Apresenta de forma sintética "as principais formas de organização curricular, as concepções que as orientam e suas limitações" (p. 43), aqui resumidas.

1 - O currículo formal

A característica principal deste tipo de currículo "é o formalismo", que se define por:

- "transmissão de conhecimentos, uma vez que estes tenham sido parcelados em disciplinas";
- "estudo isolado dos problemas e processos concretos do contexto social em que se dão";
- "aprendizagem por acumulação de informações obtidas em livros ou processadas por outros" (p. 43).

Ainda como características importantes destaca "o convencional e a rigidez", no que tange a "prazos e períodos estereotipados pelo hábito, que se constituem em verdadeiros obstáculos da aprendizagem, [...] concepção pedagógica para a qual aprender é, em grande medida, memorizar informações ou executar mecanicamente determinados

procedimentos, [...] estrutura tradicional do tipo *teórico-dedutivo***,** [implicando] [...] que se parta das premissas gerais da ciência, formalizadas em disciplinas (nível abstrato) para depois abordar as situações práticas (nível concreto), como casos enquadrados nas primeiras, [supondo] [...] que os alunos informados da teoria realizarão uma aplicação automática e adequada diante de casos concretos" (p. 44, grifo do autor).

Critica "os avanços muito limitados no conhecimento da realidade específica e na elaboração de soluções adaptadas às mesmas, favorecendo a difusão de conhecimentos processados em outros contextos [...], cabeças bem informadas, ao invés de pessoas pensantes, criativas e inovadoras", o que considera um escasso avanço intelectual (p. 44).

2 - **O currículo por assuntos ou currículo interdisciplinar**

Com vistas à superação do currículo formal, reconhece que várias experiências foram ensaiadas, porém considera que os resultados "foram irrelevantes desde que se trocaram mecanismos, mas não se mudou a essência. As instituições educacionais permanecem isoladas da prática profissional, do trabalho, e a forma dos costumes com que cada professor [segue] enclausurado em sua disciplina" (p. 44).

Toma os currículos por assunto ou por problemas como exemplos dessa forma de organização curricular nas quais "parte-se da identificação e da definição de problemas ou objetos da realidade (...), elaborando-se unidades de ensino-aprendizagem em torno desses assuntos, [sendo] [...] a estrutura interna (...) *dedutivo-teórica,* implicando a seleção e ordenação de objetos ou assuntos extraídos da realidade**,** próprios da prática social de uma determinada profissão. A partir daí, se procuram os dados e teorias, contendo tanto componentes científicos quanto técnicos, pertinentes ao contexto social onde acontecem tais problemas" (p. 44, grifo do autor).

Destaca os avanços em termos pedagógicos por meio dessa organização curricular, mas aponta "um sério risco, uma vez que determinadas unidades de ensino [...] funcionam em última instância como disciplina" (p. 45), em razão da burocracia das instituições educacionais, e o peso dos costumes que ganham terreno, rotinizando e formalizando o currículo.

3 - Currículo integrado

Define-o como uma opção educativa, "um plano pedagógico e sua correspondente organização institucional que articula dinamicamente *trabalho e ensino*, *prática e teoria*, *ensino e comunidade*" (p. 45, grifo nosso).

Ressalva que "as relações entre trabalho e ensino, entre os problemas e suas hipóteses de solução devem ter sempre como pano de fundo as características socioculturais do meio em que esse processo se desenvolve" (idem) e lista possibilidades dessa forma de organização, como:

- efetiva interação entre ensino e prática profissional;
- real integração entre prática e teoria e o imediato teste da prática;
- avanço na construção de teorias a partir do anterior;
- a busca de soluções específicas e originais para diferentes situações;
- integração ensino-trabalho-comunidade, implicando uma imediata contribuição para esta última;
- integração professor-aluno na investigação e busca de esclarecimentos e propostas;
- adaptação a cada realidade local e aos padrões culturais de uma determinada estrutura social;
- adaptação a cada realidade local e aos padrões culturais próprios de uma determinada estrutura social.

Reafirma que "a proposta de currículo integrado é a que nos parece mais apropriada para atender à necessidade de *integrar ensino e trabalho na formação de pessoal de nível médio e elementar pelas instituições de saúde* nas suas diversas categorias" (p. 45, grifo nosso).

Quanto aos riscos que podem ocorrer na sua operacionalização, aponta a insuficiência de apenas aproximá-los espacialmente, por exemplo, instalando uma sala de aula dentro do serviço, assim como "tomar a chamada 'realidade do serviço' como parâmetro de ensino sem distinguir as insuficiências destes, reproduzindo-os acriticamente" (idem). Com as unidades de aprendizagem pode ocorrer de serem reproduzidas como assuntos estanques, quando de fato "devem guardar entre si uma relação de interdependência que se concretiza na medida [em] que o processo de ensino-aprendizagem avança" (p. 45).

A terceira parte do texto trata de como montar um currículo integrado, ressalvando a inexistência de receitas padronizadas e a compreensão no sentido de "vencer as tendências estereotipadas de reproduzir experiências anteriores", explanando as etapas sugeridas para que esse trabalho seja "encarado como um processo desenvolvido em comum" (idem).

As etapas constituem-se em:

1) Perfil profissional – resultante do processo de debate "entre as pessoas envolvidas na tarefa de montar um currículo e, dentro do possível, com entidades vinculadas à própria profissão e com outros interessados, [...] o que inclui atribuições profissionais legitimadas pela prática da atual profissão e atribuições desejáveis em condições de serem incorporadas e aceitas" (p. 46).

Devem ser levadas em conta "também [...] as características do meio social em que a profissão se desenvolve e as características dos alunos", referindo-se a "estrutura social, grau de organização comunitária, localização social da profissão, formas de vida, valores, costumes etc." e "aos esquemas de assimilação predominantes nos educandos, as suas experiências educacionais e profissionais", para não correr o risco de elaborar um "perfil bonito em sua apresentação, porém desvinculado da realidade" (p. 46).

2) Reunindo as atribuições em "áreas ou conjuntos de atribuições. [...] Esta classificação pode adotar diversas formas, segundo o que se quiser destacar, devendo-se optar pela que reúna mais consenso e seja mais adequada ao exercício da profissão" (idem).

3) "De cada de área de atribuição deverão ser detectadas *as competências necessárias e os conceitos, processos, princípios e técnicas para o desenvolvimento de tais competências*" (ibidem, grifo nosso).

4) "O passo seguinte será cotejar as diferentes listas de conceitos, processos etc. para o desenvolvimento das competências, estabelecendo relações entre elas, detectando conhecimentos comuns e hierarquizando-os. Trata-se de um processo de *síntese e classificação* dos conhecimentos necessários que dará como resultado uma árvore de conhecimentos encadeados e relacionados como em uma rede. Chamaremos a esta rede de *estrutura de conteúdos*. Aos conceitos, processos ou princípios mais gerais ou englobadores chamaremos de *assuntos-chave na estrutura total*" (p. 46, grifo do autor).

a) "Cada assunto-chave e sua correspondente rede de conhecimentos teóricos e

práticos dará lugar a uma *unidade de ensino-aprendizagem*. Esta se define como uma estrutura pedagógica dinâmica, orientada por determinados objetivos de aprendizagem, em função de um conjunto articulado de conteúdos e sistematizada por uma metodologia didática. Cada unidade guarda certa autonomia com respeito às demais, porém, ao mesmo tempo, encontram-se articuladas com as outras com vistas à totalização das áreas de atribuições e do perfil profissional" (p. 47, grifo do autor). Quanto aos objetivos e metodologia, considerados "elementos centrais da programação curricular", foram apresentados "alguns comentários" (p. 47).

b) Quanto aos objetivos, resumidamente enfatiza que na perspectiva pedagógica que "pretende preparar o aluno como sujeito ativo, reflexivo, criativo e solidário, os objetivos da aprendizagem deverão refletir essa atividade assimiladora do aluno no processo de sucessivas aproximações ao conhecimento", não podendo consistir de "memorização de informações nem na execução mecânica de determinados comportamentos" (idem).

Reconhece os conhecimentos como imprescindíveis à atividade assimiladora do sujeito que aprende, uma vez que esta se aplica sempre a um objetivo ou assunto que requer ser assimilado. Mas o que importa é criar "condições para que o aluno possa construir ativamente o seu próprio conhecimento. Assim, a aprendizagem se dará como resultado da *assimilação ativa a partir da própria pratica do sujeito* e *das sucessivas mudanças provocadas pela informação gradativamente assimilada*" (p. 47, grifo nosso).

Sugere que "metas parciais de aprendizagem" sejam indicadas, tais como: "compare, distinga, classifique, busque causas e consequências, identifique princípios ou regularidades, determine objetivos de ação, selecione métodos e técnicas adequadas, execute etc." (idem).

c) Quanto à metodologia, a autora destaca que "é nesse ponto que se opera uma profunda mudança no processo pedagógico, já que *o currículo integrado representa a integração trabalho-ensino*" (p. 48, grifo nosso).

"A metodologia supõe planejar uma série encadeada de atividades de aprendizagem que surgem das situações do próprio serviço. A partir delas, incentivar-se-ão a reflexão e a busca de conhecimentos que reverterão em novas formas de ação" (p. 48).

Essa metodologia é representada de forma assemelhada ao Método do Arco citado no

texto Alguns fatores pedagógicos, adaptado de Bordenave (1983), partindo da prática/realidade – de onde surgem as situações do serviço, sobre as quais se incentivará a reflexão e a busca de conhecimentos/teoria, que subsidiará a seleção de princípios e métodos para a ação futura, que reverterão em uma nova prática/transformação da realidade (idem).

Ao mesmo tempo que salienta que a metodologia é um elemento central na elaboração das unidades curriculares e que as atividades pedagógicas "sequenciadas segundo essa metodologia deverão guardar coerência com os objetivos selecionados" (p. 48), afirma que ao "supervisor cabe orientar sistematicamente a reflexão análise a partir das próprias percepções iniciais dos educandos, estimulando a observação, a indagação e a busca de respostas.

Durante esse processo, corrigirá desvios e junto com seus alunos avaliará seus avanços e dificuldades. Deverá sempre respeitar o ritmo de aprendizagem e os padrões culturais de quem aprende, não para ficar no imobilismo, mas sim para que os alunos *produzam seus próprios conhecimentos e mudanças com um sentido de integração e compromisso com seu trabalho e com a unidade à qual pertencem*. Estimulará sempre a busca ativa de conhecimentos e técnicas apropriadas a cada situação" (p. 48, grifo nosso).

d) A quarta e última parte do texto refere-se à Avaliação. Destaca a importância do assunto e a "função especial que cumpre dentro do currículo integrado", resgatando os pressupostos pedagógicos relacionados à aprendizagem, ao processo pedagógico, ao papel do supervisor como orientador da aprendizagem; sua integração dinâmica com o educando é pressuposto para o desenvolvimento do programa curricular, cabendo-lhe:

- "estimular e orientar esse processo de modo que a apropriação da informação científica necessária ao desempenho eficaz do educando se dê respeitando o ritmo individual, os esquemas de assimilação de que dispõe e as características culturais. Assim, a programação curricular funciona como orientação para o supervisor e mediação entre este e o educando" (p. 49).

Exemplifica com a sistemática utilizada na formação do Visitador Sanitário, por meio de períodos alternados de concentração e dispersão, nos quais inicialmente os educandos são reunidos em um centro regional de saúde para desenvolver as atividades planejadas sob orientação do supervisor e, no segundo momento, retornam aos seus postos específicos de

trabalho “com algumas atividades de fixação que compõem as tarefas para o período de dispersão” (idem). Durante a realização das tarefas, “o educando consolidará sua aprendizagem, aprofundando a observação de seu meio e aplicando os conceitos que pouco a pouco vão sendo elaborados” (p. 49).

Justifica o modelo adotado com base em dois fatores considerados importantes: “por um lado, as necessidades e limitações dos próprios Serviços Básicos de Saúde, que impedem que o pessoal se afaste de seu local de trabalho por um período longo ou que exista um supervisor para cada educando; por outro, o respeito à essência do processo de aprendizagem, que requer tempo, exercício e maturação para que se produzam as sucessivas aproximações e os avanços no domínio do objeto de estudo” (p. 49).

Destaca mais uma vez que o supervisor “como orientador da aprendizagem acompanha esse processo, discute com o educando, corrige e oferece informações adicionais, estimula a reflexão e a observação, detectando também as dificuldades específicas, registrando-as para solução imediata ou retomada no próximo período de concentração. Esta atividade é denominada recuperação paralela e pode ser dirigida a indivíduo ou a grupos que apresentam a mesma dificuldade” (p. 49).

“Do exposto, infere-se que nós estamos abordando o processo de avaliação que se inicia com o acompanhamento sistemático da evolução do educando na construção do seu conhecimento, [...] sendo considerada parte integrante do processo de planejamento curricular, estando presente em todos os estágios de seu desenvolvimento e não apenas confinada aos seus resultados finais” (idem).

Enfaticamente afirma que “nesta proposta não se concebe a avaliação como um momento separado ou independente do processo de ensino; ao contrário, ela é pensada como uma atividade permanente e indissociável da dinâmica de ensino-aprendizagem, o que permite acompanhar passo a passo o avanço dos educandos, detectar a tempo suas dificuldades, ajustar e reajustar o ensino e suas características e aos diferentes contextos, corrigir e reforçar o processo de ensino” (p. 49).

Declara que “não se trata, portanto, de avaliar para eliminar, mas sim para acompanhar e recuperar. [...] Assim, a avaliação não está dirigida somente ao educando, mas também ao processo como um todo, visando subsidiar a tomada de decisão no sentido de superar dificuldades de operacionalização e assegurar uma apropriada utilização e combinação de

tempo, recursos humanos e materiais para o alcance dos objetivos desejados" (p. 50).

"Além do acompanhamento sistemático do educando, a avaliação permite ao mesmo tempo estimar a eficácia do programa de ensino, verificar sua adequação aos objetivos e detectar possíveis falhas, tanto do programa quanto do trabalho do supervisor. Essas duas dimensões da avaliação não são estanques" (p. 50).

Considera de "primordial importância o encadeamento lógico entre a programação e a execução", e a compatibilização entre elas pode ser feita por meio de "produtos parciais que correspondam às várias unidades didáticas e que orientem a execução em direção a resultados finais esperados"; exemplificando com a Área I – Rompendo a Cadeia de Transmissão de Doenças – "um complexo de experiências de aprendizagem, composto por uma série de unidades de ensino. Cada unidade guarda relação com a anterior e a subsequente, orientando para um sucessivo avanço no domínio do assunto" (p. 50).

Tanto nos períodos de concentração como de dispersão, "*o supervisor* acompanhará a evolução da aprendizagem do educando, corrigirá, reforçará ou criará outras experiências pedagógicas apropriadas e necessárias para apoiar o processo de aprendizagem", razão pela qual "a retomada das dificuldades detectadas no período de dispersão deve ser preocupação constante do *supervisor*. Se um grupo de educandos apresentar dificuldades que possam comprometer a unidade seguinte, *o supervisor* deverá planejar encontros e atividades paralelas de recuperação e reajuste. As dificuldades individuais de menor importância poderão ser sanadas no decorrer das unidades seguintes" (idem, grifo nosso).

Ressalta a necessidade da "recuperação paralela" especialmente nos casos em que o domínio de um conceito é pré-requisito para a continuidade da sequência pedagógica (p. 50, grifo nosso).

"Vale ressaltar que a flexibilidade que caracteriza esta proposta considera, em termos de aprendizagem, o ritmo de cada educando. Portanto, *o supervisor* deve estar desperto para oferecer outras estratégias pedagógicas, para apoiar os alunos de aprendizagem lenta, de modo que o desempenho satisfatório seja alcançado, respeitando os esquemas individuais de assimilação. Desse modo, ao completar a sequência pedagógica da Área I, *o supervisor terá suficiente informação, documentada e registrada em fichas de avaliação para formular uma apreciação global de rendimento alcançado pelo aluno*" (p. 50, grifo nosso).

"Pode-se, assim, distinguir dois momentos complementares na avaliação: a) de processo, que proporciona informações para acompanhar e corrigir a ação pedagógica durante cada passo da sequência; b) de produtos parciais ou desempenhos, que procura determinar o resultado do processo cumulativamente, verificando o desempenho profissional alcançado por área. É importante destacar que a avaliação de produto é essencialmente legitimadora, consistindo no somatório das avaliações de processo" (p. 50). "Não se trata, portanto, de momentos estanques; pelo contrário, a interação entre processo e produto é permanente e indissociável. Para auxiliar o supervisor na tarefa de avaliação permanente, são sugeridos alguns instrumentos de avaliação. É conveniente que, à medida que vão sendo usados, sejam agrupados em pastas de avaliação individuais" (p. 51).

Alguns instrumentos de uso frequente durante a execução do programa de formação, "com distintas características e adequados a diferentes situações, mas todos de modo geral requerem uma observação dirigida e atenta por parte do supervisor consciente dos objetivos e fundamentos de seu trabalho:

a) Instrumento para avaliação de processos: 1) Registro de Fato; 2) Lista de Observações; 3) Avaliação mediante atividades de papel e lápis.

b) Avaliação de produtos parciais ou desempenhos – desempenho final por Área."

"A lista de desempenho final de uma área aproxima-se, como se observa, da lista de atribuições que compõem o perfil profissional, que é, em última instância, o que se pretende alcançar. Ela serve especificamente para fins de promoção profissional e de legitimação dos rendimentos alcançados. Nesse sentido, as fichas de desempenho final de cada área constituem o instrumento básico que legitima o rendimento do educando, [...] constituindo-se em documento comprovador do rendimento do educando para efeito de composição de seu histórico escolar", junto à secretaria do centro formador.

Quadro 14 – Agrupamento das unidades de contexto e estruturas semânticas por documento, curso Capacitação Pedagógica para Instrutor Supervisor Área de Saúde e categoria sentidos do trabalho docente

Categoria: Sentidos do trabalho docente expressões que depõem sobre concepções pedagógicas, mediações/perspectiva metodológica, requisitos, papel do docente, relação professor-aluno, relação teoria-prática etc.	
Unidade de significação: o tema - presença do tema.	**Unidade de contexto**: o parágrafo
Documento 1 – Recursos Humanos para Serviços Básicos de Saúde: Formação de Pessoal de Níveis Médio e Elementar pelas Instituições de Saúde. Acordo MEC/MS/MPAS/OPAS. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1982.	**Estruturas semânticas** • Planejamento da capacitação/participação do pessoal de serviço na qualidade de instrutores/descentralização; ajustamento dos conteúdos e métodos pedagógicos às exigências dos serviços; • Clientela; indivíduos, já admitidos ou em processo de admissão ao serviço, faixa etária que excede aquela estabelecida para o ensino regular; • Planejamento da força de trabalho inclui a titulação/devidamente reconhecidos pelo sistema educacional/valorização do profissional de saúde/acesso ao mercado de trabalho em todo o território nacional/identidade profissional/adesão aos órgãos de classe/prosseguimento dos estudos em níveis mais elevados; • Centro de formação multiprofissional/ensino em serviço ministrado e avaliado pelos instrutores da rede de serviços de saúde/em tempo variável e etapas progressivas/ritmo das pessoas e as necessidades de operação dos serviços/avaliação no processo com alto teor de supletividade; • Currículo: favorecer a integração ensino-serviço/o currículo de cada categoria pode ser cumprido progressivamente/através de orientação e acompanhamento de todo o pessoal da rede/a experiência nos locais de trabalho como elemento principal na determinação do conteúdo do ensino/aprendizagem; • Conteúdos curriculares: para cada categoria/selecionados e organizados flexivelmente/princípios de objetividade, relevância e adequação aos serviços/estruturação de conteúdos teórico-práticos em torno de um eixo temático comum/múltiplas unidades didáticas/conjunto englobaria também os mínimos

	curriculares postulados/evitando a rigidez e a fragmentação dos currículos organizados por disciplinas/alto teor de supletividade quanto à carga horária/domínio progressivo das competências; • Planejamento pedagógico deveria privilegiar: “o desenvolvimento de experiências de ensino-aprendizagem condicionadas pela dinâmica dos serviços de saúde, a (...) atividade didática deve ter relação permanente com a prestação de serviços, com influência mutua entre prática e o conteúdo educacional, levando a uma discussão e aperfeiçoamento daquela [a prática] e a uma maior pertinência deste [conteúdo de ensino]” (p. 11); • Estratégias de execução e formas de integralização dos conteúdos curriculares/concentração e dispersão supervisionada; • Metodologia e a visão do sujeito aluno: destaca-se o papel formativo do indivíduo/desenvolvimento de suas potencialidades como cidadão e profissional/com autonomia de pensamento/prática crítica; • Pressupostos didático-pedagógicos que evidenciam a relevância da prática/concepções sobre: o sujeito como ponto de partida/aprendizagem como um processo contínuo/interação do sujeito com o objeto do conhecimento, na tentativa de apreendê-lo e intervir sobre ele/Mudanças nas formas de pensar, hábitos fundamentais, conceitos operacionais maiores, atitudes, no desenvolvimento de interesses e gostos aparecem lenta e cumulativamente; • Experiências em aprendizagem: na seleção e organização levar em conta critérios de continuidade, sequência, integração; • Estratégias pedagógicas: precedência da prática em situação real e concreta/ofertar diversos tipos de conhecimentos, habilidades e atitudes desejáveis/ensejar oportunidades para indagação, descoberta e experimentação, como elementos importantes na configuração da autonomia do pensamento; leitura, demonstração, aula para transmitir um nível parcial e específico de conhecimento sistematizado/evitar técnicas e materiais instrucionais rígidos/cooptação inconsciente do indivíduo/textos programados; • Desenvolver a atitude crítica do profissional que

	está sendo formado diante da problemática de saúde que enfrenta/discussão/pontos de vista diversos e divergentes/o trabalho de grupo deve estar sempre presente/instrumento de superação de conflitos, divergências e das dificuldades de compreensão dos fatos/privilegiado em relação às experiências individuais de aprendizagem; • Objetivos das atividades de capacitação e a seleção dos conteúdos programáticos: guardar relação direta com os problemas anteriores ou ulteriormente vivenciados pelos treinandos/conferir-lhes relevância dentro do seu universo/permitir assim identificação ou compromisso; • Avaliação**:** entendida como processo/mecanismo permanente de reflexão sobre o que está ocorrendo com o aprendiz, o instrutor, o programa, o grupo, oferecendo elementos para as reorientações necessárias/do processo e do desempenho do treinando/considerar dois ângulos: processo e o desempenho; • O grupo: discussão em grupo/formação de consenso/alternativas de solução/resolver impasses; • O desempenho: caráter formativo e somativo/o padrão de desempenho atingido e o padrão mínimo de desempenho que se espera/o instrutor poderá utilizar variadas técnicas/escolha das técnicas em função dos objetivos centrais de cada unidade; • Formalizar o acompanhamento do ritmo de desenvolvimento individual, os resultados das avaliações e as sugestões para a melhoria de desempenho.
Os sentidos atribuídos ao trabalho docente neste documento expressam uma perspectiva mais abrangente, na medida em que entende que do "planejamento da capacitação deve necessariamente *participar o pessoal de serviço que intervirá na qualidade de instrutores*, [porque] possibilita a descentralização; ajustamento dos conteúdos e métodos pedagógicos às exigências dos serviços" (p. 9, grifo nosso). Exemplifica tal requerimento dizendo: "Deve ser contemplada não só a transmissão de conteúdos conceituais, criteriosamente selecionados, como o desenvolvimento de habilidades específicas, para o que se faz necessário estabelecer tempo de formação suficiente, de acordo com as características educacionais da clientela e de cada indivíduo" (p. 9).	

As peculiaridades dessa clientela estão referidas “aos indivíduos, já admitidos ou em processo de admissão ao serviço, situando-se, além disso, numa faixa etária que excede aquela estabelecida para o ensino regular. Essa formação supletiva se destina, assim, precipuamente, ao preenchimento de vagas do quadro de pessoal” (p. 10).

A responsabilidade do planejamento da força de trabalho inclui a titulação, destacando as prerrogativas daí advindas, dando maior conteúdo democrático à formação profissional nos seguintes termos: “prover mecanismos que legitimem a capacitação, conferindo títulos devidamente reconhecidos pelo sistema educacional. No tocante à valorização do profissional de saúde, a titulação apresenta as seguintes vantagens: permite acesso ao mercado de trabalho em todo o território nacional; dá maior identidade profissional, incluindo a possibilidade de adesão aos órgãos de classe; e facilita o prosseguimento dos estudos em níveis mais elevados” (p. 9).

A viabilidade material dessa proposta dependeria da existência do centro de formação multiprofissional. No que tange aos docentes e à avaliação do aluno-trabalhador, uma vez sendo reconhecido pelo sistema educacional, forneceria apoio administrativo e pedagógico necessários “ao ensino em serviço ministrado e avaliado pelos instrutores da rede de serviços de saúde, em tempo variável e etapas progressivas, de acordo com o ritmo das pessoas e as necessidades de operação dos serviços (avaliação no processo de capacitação com *alto teor de supletividade*) (p. 10, grifo nosso).

Referindo-se ao processo de capacitação dos alunos-trabalhadores, destaca a estrutura curricular e sua execução. No que tange ao currículo, “a integração ensino-serviço é favorecida pela avaliação ao longo do processo de formação, de tal maneira que o currículo de cada categoria pode ser cumprido progressivamente, por meio de orientação e acompanhamento de todo o pessoal da rede, tomando-se a experiência nos locais de trabalho como elemento principal na determinação do conteúdo do ensino-aprendizagem” (p. 10). Refletindo a base legal da época, refere-se às disciplinas instrumentais e profissionalizantes como conteúdos capazes de fornecer “embasamento científico e de conhecimentos gerais necessários à compreensão e melhor aplicação dos elementos estritamente técnicos” (p. 11), dentro da carga horária mínima estabelecida pelos mínimos profissionalizantes.

Ressalta, contudo, que os conteúdos curriculares para cada categoria poderiam ser

selecionados e organizados flexivelmente, considerando os princípios de objetividade, relevância e adequação aos serviços (p. 11); a estruturação de conteúdos teórico-práticos em torno de um eixo temático comum com múltiplas unidades didáticas, que em seu conjunto englobaria também os mínimos curriculares postulados, "evitando a rigidez e a fragmentação dos currículos organizados por disciplinas" (p. 11). A perspectiva do alto teor de supletividade era ressaltada em termos da carga horária, assim como "o domínio progressivo das competências" (p. 11).

A orgânica vinculação da capacitação dos recursos humanos com a reorganização dos serviços de atenção básica é mais uma vez enfatizada pela diretriz para aquilo que o planejamento pedagógico deveria privilegiar: "o desenvolvimento de experiências de ensino-aprendizagem condicionadas pela dinâmica dos serviços de saúde, a (...) atividade didática deve ter relação permanente com a prestação de serviços, com influência mútua entre prática e o conteúdo educacional, levando a uma discussão e aperfeiçoamento daquela [a prática] e a uma maior pertinência deste [conteúdo de ensino]" (p. 11).

Aponta estratégias de execução e formas de integralização dos conteúdos curriculares, tais como: concentração – etapa descentralizada para as aulas teórico-práticas e grupos de discussão, regional ou em unidades mais periféricas do sistema. A integralização dos conteúdos curriculares, ou seja, capacitação teórica em articulação com diferentes formas de prática nos serviços aí existentes se daria conforme exemplos abaixo:

Ex. 1: alternância entre períodos de concentração e outros de dispersão supervisionada – sob supervisão usual desses serviços, cumprindo uma programação de trabalho tal como a rotina nas unidades de exercício profissional;

Ex. 2: desenvolvimento de competências básicas seguido de determinado período por meio de um programa específico de supervisão e educação continuada;

Ex. 3: integralização de todo o conteúdo programático em caráter intensivo num único período de concentração (combinando conteúdos teóricos com prática de serviços na sede do treinamento).

Quanto à metodologia e à visão do sujeito aluno, destaca-se o "papel formativo do indivíduo, propiciando-lhe o desenvolvimento de suas potencialidades *como cidadão e profissional, com autonomia de pensamento e uma prática crítica*" (p. 12, grifo nosso).

Refere-se aos pressupostos didático-pedagógicos que evidenciam a "relevância da

prática", destaca algumas bases conceituais fundamentais como balizadores do trabalho docente preconizado.

O lugar do sujeito-profissional a ser capacitado: "o sujeito, seus conhecimentos, suas experiências, seus problemas, seus anseios, passam a constituir ponto de partida do processo ensino-aprendizagem" (p. 13).

Concepção de aprendizagem: "é um processo contínuo, que não comporta saltos de etapas ou negligência de aprendizados anteriores" (p. 13). A aquisição de conhecimentos ou a aprendizagem resulta, na sua forma plena, da interação do sujeito com o objeto do conhecimento, na tentativa de apreendê-lo e intervir sobre ele.

Considera que mudanças importantes no comportamento humano não ocorrem de um momento para o outro. Nenhuma experiência de aprendizagem exerce influência profunda sobre o aprendiz em período limitado de tempo. Mudanças nas formas de pensar, em hábitos fundamentais, em conceitos operacionais maiores, em atitudes, no desenvolvimento de interesses e gostos aparecem lenta e cumulativamente. A fim de que as experiências em aprendizagem produzam efeito cumulativo, elas devem ser organizadas de modo a se reforçarem mutuamente. Assim, são apontados os seguintes critérios: continuidade (repetição e exercitação dos principais elementos); sequência (desenvolvimento progressivo dos conhecimentos, habilidades, atitudes, cada experiência sucessiva é baseada na precedente, ampliando e aprofundando o conteúdo envolvido); e a integração (visão crescente e unificada dos elementos envolvidos). Eles deverão ser levados em conta ao se selecionar e organizar as experiências de ensino-aprendizagem (p. 14).

Para tanto, são sugeridas estratégias pedagógicas exemplificadas a seguir, que parecem apontar para as intencionalidades politico-pedagógicas voltadas à superação do treinamento funcional historicamente praticado:

- "a prática em situação real deve ser considerada como a experiência de ensino-aprendizagem ideal e desejável; assim, todas as técnicas que afastem o aluno da realidade concreta ou situações idealizadas de prática, isto é, simulações ou campos de práticas preparados, devem ser utilizadas como etapa inicial do processo de ensino-aprendizagem. Necessitam, no entanto, ser complementadas pela prática em serviço real e concreto, que deve, pois, ser considerado o ambiente preferencial de formação profissional (p. 13)".

- “aos diversos tipos de conhecimento, habilidades e atitudes desejáveis devem corresponder técnicas que favoreçam a sua aquisição. Dessa forma, deve-se ensejar oportunidades para *indagação, descoberta e experimentação, como elementos importantes na configuração da autonomia do pensamento*, assim como a leitura, a demonstração e a aula podem ser úteis para transmitir um nível parcial e específico de conhecimento sistematizado. Deve-se, da mesma forma, evitar técnicas e materiais instrucionais rígidos, que levem a uma cooptação inconsciente do indivíduo, como é caso de alguns textos programados” (p. 13, grifo nosso).

- “se se deseja desenvolver a *atitude crítica do profissional que está sendo formado, diante da problemática de saúde que enfrenta*, a discussão desses problemas, de pontos de vista diversos e divergentes, passa a ser uma condição importante para sua efetivação. Assim, *o trabalho de grupo como experiência de ensino-aprendizagem deve estar sempre presente* e tornar-se regra como instrumento de superação de conflitos, divergências e das dificuldades de compreensão dos fatos. Contrapõe-se, pois, e deve ser privilegiado em relação às experienciais individuais de aprendizagem, principalmente quando a situação a ser discutida é de natureza valorativa, polêmica ou complexa” (p. 13, grifo nosso).

Referindo-se à definição de objetivos das atividades de capacitação e a seleção dos conteúdos programáticos: “devem guardar uma relação direta com os problemas anteriores ou ulteriormente vivenciados pelos treinandos, com o intuito de conferir-lhes relevância dentro do seu universo e permitir assim uma identificação ou compromisso com o assunto, área ou problema em estudo” (p. 13).

A avaliação: entendida como processo, em todos os momentos da atividade pedagógica, mecanismo permanente de reflexão sobre o que está ocorrendo com o aprendiz, o instrutor, o programa, com o grupo, oferecendo elementos para as reorientações necessárias. Considerar dois ângulos: do processo e do desempenho do treinando, durante o processo de capacitação (p. 14).

O grupo situa-se no 1º ângulo. “A discussão em grupo é usada aqui como uma técnica eficiente para a formação de consenso, para se levantar alternativas de solução e para se resolver impasses” (p. 14).

No 2º ângulo: “assume caráter formativo, quando realizada em cada unidade didática e assume caráter somativo, ao sistematizar as avaliações formativas parciais. Ambas

comparam o padrão de desempenho atingido pelo treinando em relação ao padrão mínimo de desempenho que se espera dele durante o processo de capacitação. Neste caso, o instrutor poderá utilizar variadas técnicas, como, por exemplo, a observação direta do desempenho, seminários, resoluções de problemas, discussão em grupo, elaboração de relatórios, entre outras. A escolha das técnicas [procedimentos didáticos] deverá ser feita em função dos objetivos centrais de cada unidade.

A fim de formalizar o acompanhamento do ritmo de desenvolvimento individual, os resultados das avaliações e as sugestões para a melhoria de desempenho deverão ser registrados "em fichas cumulativas individuais, constituindo-se num histórico escolar do treinando indispensável à validação pelo sistema educacional" (p. 14). Também deverão ser registrados todos os dados e sugestões de avaliação do processo, uma vez que eles poderão subsidiar novas etapas, bem como a avaliação do processo de capacitação.

O Larga Escala foi reconhecido como mecanismo alternativo de capacitação indicado pela política formulada pelo Acordo Interinstitucional [triministerial] e OPAS, no qual, em relação aos objetivos, aos docentes e à escola por ele inspirada, declara: "testar novas metodologias de qualificação profissional, tendo como suporte o treinamento [ensino] em serviço e a utilização, como docentes, do pessoal vinculado à prestação de serviços básicos de saúde cuja escola foi denominada Centro Formador, a ser instalada em cada unidade da Federação; seu "eixo da experiência será centrado no ensino supletivo, tendencialmente não formal [não regular!], dotado de flexibilidade" (p. 19-20).

Como havíamos abordado no Capítulo 1 a diversidade estrutural dos documentos de cada curso, refletindo os respectivos contextos de produção e desenvolvimento das formulações no âmbito de cada projeto no seu tempo histórico, tivemos que considerá-la inclusive neste agrupamento, A partir do Curso de Formação Pedagógica, os textos selecionados já possuíam estruturas especificamente produzidas como projetos de curso para submissão a diferentes instâncias do Ministério da Saúde, ENSP e CNE, assim como *Livro/Caderno do Tutor*, o que minimizou a fragmentação/dispersão das bases político-conceituais, facilitando sua recuperação sob a forma de unidades de contexto que dispensaram o esforço de encadeá-los.

5.2.2 Curso promovido pelo Projeto Profae

Quadro 15 – Agrupamento das unidades de contexto e estruturas semânticas por documento, curso Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem e categoria perspectiva/sentidos sobre a Reforma Sanitária e SUS.

Categoria: Perspectiva/sentidos sobre a Reforma Sanitária e SUS - afirmação ou alusão a respeito de movimento político pela democratização/transformação da sociedade, proposta de reforma no setor Saúde, mudanças na educação/formação de RH frente à implantação do SUS, numa perspectiva contra-hegemônica.	
Unidade de significação: o tema - presença do tema.	**Unidade de contexto**: o parágrafo
Documento 6 - Projeto do Curso de Especialização em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.	**Estruturas semânticas** • Ação política/relação intersetorial e interdisciplinar saúde e educação/promoção da qualidade de vida/cuidado pelo SUS; • SUS: ruptura com o modelo biologicista-curativo/concepção ampliada de saúde/novas práticas/novas competências para seus profissionais; • Novas competências/contexto da realidade brasileira/natureza, finalidades das atividades e relações desenvolvidas pelos profissionais/atuação/condições de trabalho/condições de formação inicial e continuada; • Atendentes de enfermagem/falta qualificação/falta escolaridade/direito subjetivo de todo cidadão, conforme previsto no texto constitucional; • Formar trabalhadores na área da saúde tem dupla finalidade/garantir atendimento sem riscos/reconhecer social e profissionalmente esses trabalhadores; • Formação completa/treinamento/reciclagens de curta duração/formação mínima exigida pela cidadania 225.000 trabalhadores sem a qualificação mínima exigida; • Qualificar e garantir escolaridade fundamental/prestação de serviço de qualidade à população brasileira;

	• Déficit quantitativo/propostas de formação desvinculadas da realidade/adoção de pedagogias tradicionais/conteúdos caracterizados pela fragmentação, descontextualização; • Sustentação de políticas públicas de educação profissional/demandas sociais, institucionais e tecnológicas contemporâneas relacionadas ao setor.

"O Curso de Especialização [formação pedagógica] em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem, proposta decorrente da ação política do Ministério da Saúde, situa-se no conjunto de iniciativas que materializam a relação intersetorial e interdisciplinar entre saúde e educação, indispensável tanto na promoção da qualidade de vida quanto do cuidado prestado pelo Sistema Único de Saúde (SUS)" (p. 4).

"O SUS nasce da ruptura com o modelo anterior de prestação de serviços, biologicista-curativo, fortalecendo uma concepção ampliada de saúde e, por isso mesmo, demandando novas práticas que irão redundar na exigência de novas competências para seus profissionais" (p. 4).

"Essas novas competências não podem estar deslocadas do estudo do contexto da realidade brasileira, de questões fundamentais que dizem respeito à natureza e às finalidades das atividades e relações desenvolvidas pelos profissionais, da importância da sua atuação, da análise de suas condições de trabalho, bem como das condições de formação inicial e continuada para o exercício das suas atividades" (p. 4).

Para os atendentes de enfermagem, por exemplo, falta a qualificação mínima para o exercício da própria atividade. Mais do que isso: falta escolaridade fundamental, direito subjetivo de todo cidadão, conforme previsto no texto constitucional.

"Se a atuação na área de saúde exige requisitos profissionais mínimos, trabalhar nessa área sem qualificação significa situar-se de forma marginal tanto no trabalho quanto na sociedade. Formar trabalhadores na área da Saúde tem então dupla finalidade: proteger aqueles que precisam de serviços de saúde, no sentido de garantir-lhes um atendimento sem riscos, e reconhecer social e profissionalmente esses trabalhadores" (p. 4).

"Nem todos os profissionais têm tido acesso a uma formação completa, e sim a treinamentos e reciclagens de curta duração que podem contribuir na atividade profissional, mas que não substituem a formação mínima exigida pela cidadania e amparada na legislação" (p. 4).

"Em recente levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, verificou-se a existência de 225.000 trabalhadores sem a qualificação mínima exigida. O desafio, portanto, permanece: qualificar e garantir escolaridade fundamental, de forma urgente e como condição de efetiva garantia de prestação de um serviço de qualidade à população brasileira" (p. 4).

Embora não seja ideia nova formar trabalhadores não qualificados para o trabalho em saúde, essa área, além de visível déficit quantitativo, convive ainda com propostas de formação desvinculadas da realidade, cuja ênfase se distingue pela adoção de pedagogias tradicionais que expressam conteúdos caracterizados tanto pela fragmentação quanto pela descontextualização" (p. 5).

"Há necessidade de promover a sustentação de políticas públicas de Educação Profissional na área de Saúde de maneira a atender às demandas sociais, institucionais e tecnológicas contemporâneas relacionadas ao setor" (p. 5).

"A intenção governamental de oferecer não somente o Ensino Fundamental de qualidade, mas qualificar profissionalmente mais de duzentos mil trabalhadores de enfermagem, exigindo que a democratização da educação seja desenvolvida por meio de propostas alternativas – diferentes meios e estratégias interativas –, além dos sistemas tradicionais (p. 6).

"As bases teórico –metodológicas que sustentam os núcleos, módulos e movimentos que estruturam o presente curso têm em comum a perspectiva crítica de abordagem dos fenômenos centrais dessa proposta − a educação, a saúde, o trabalho e a profissionalização, na especificidade saúde/enfermagem. Sinteticamente, pode –se afirmar que tal opção se relaciona ao reconhecimento de que os profissionais da área de Saúde, docentes e/ou assistenciais, não podem tratar situações problemáticas utilizando-se apenas do referencial instrumental, em que as regras do conhecimento científico e técnico ditam as ações" (p. 11).

"Essas práticas profissionais impõem, sem dúvida, uma acertada escolha e aplicação de metodologias e instrumentos adequados à sua aplicação, mas requerem, principalmente, o reconhecimento de que a saúde é uma produção social, não podendo ser os problemas da prática social reduzidos a níveis de racionalidade técnica" (p. 11).

Quadro 16 – Agrupamento das unidades de contexto e estruturas semânticas por documento, curso Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem e categoria sentidos da Formação Docente

Categoria: Sentidos da formação docente - depõe sobre as finalidades, concepções, formas, mediações, recursos disponíveis, perfil, requisitos do instrutor/supervisor/docente, que subsidiam sua formação.	
Unidade de significação: o tema - presença do tema.	**Unidade de contexto**: o parágrafo
Documento 6 – Projeto do Curso de Especialização em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000 (mimeo).	**Estruturas semânticas** • Professores [que atuarão] em cursos/formação pedagógica para a docência em EPTNM/especialização garantindo a profissionalização/educação a distância, com momentos presenciais/formação contextualizada e reflexiva/competências pedagógicas e técnicas/análises e ações superadoras das práticas assistenciais arriscadas em saúde/ práticas educacionais tecnicistas e conservadoras; • LDB, DCN EP, princípio da flexibilidade/significado inovador à proposta/educação a distância; • Nível de graduação/equivalente à licenciatura plena/não se constitui atrativo/clientela se caracteriza por graduados, pós-graduados e licenciados na área técnica/aprofundamento no ensino como objeto de conhecimento e prática reflexiva; • Especialização/reconhecimento da formação pedagógica/itinerário educativo para sua qualificação como docente/abertura de caminhos alternativos à licenciatura/avançar o nível de titulação da docência [na EPTNM]/na articulação entre trabalho e educação; • Sociedade do conhecimento/avanços das comunicações e da informática/métodos interativos e dialógicos/qualidade pedagógica na educação a distância; • EAD/viabilizar a formação, democratização do conhecimento/clientela dispersa, heterogênea/ritmos de aprendizagem e espaços de tempo para estudo desiguais/sem possibilidade de participar regularmente de um ensino presencial; • Alternativas inovadoras para o futuro da Educação

	Profissional/desejos da Enfermagem brasileira/mais capacitada pedagogicamente/responder às exigências educativas do novo paradigma da saúde coletiva; • Atender às necessidades pessoais, profissionais/ser integral/oportunidades no mercado de trabalho; • "Instituição responsável pelo curso ENSP/Fiocruz/notória credibilidade/reconhecimento nacional e internacional na área/equipe docente qualificada/experiência em cursos de educação a distância" (p. 7); • Rede de universidades parceiras/experiência tanto na formação de professores/nos diferentes níveis de ensino/e na EAD; • Constituição de itinerários educativos/diferentes níveis e modalidades de ensino; • Aumentar as ofertas de formação de professores/em diferentes níveis e modalidades de ensino/representará outra especialização, em uma nova área, de forma interdisciplinar; • Para os licenciados atualização, contextualização e titulação para além daquela já alcançada/aprofundando a competência técnica e pedagógica, em ambos; • Formação do docente tem caráter de continuidade, de aperfeiçoamento profissional/saúde e a educação como práticas sociais/compreensão e análise da realidade, em sua totalidade, atingindo a autonomia intelectual e moral; • Nova atitude profissional, comprometida com o coletivo/uma sociedade menos excludente e mais humana/a construção do conhecimento do homem e do desenvolvimento de sua subjetividade; • A associação das competências específicas a uma visão global da realidade social e da prática em saúde/abordagem crítica e reflexiva de seus conteúdos e de suas experiências/a partir da realidade e do contexto em que se concretizam.
"Mobilizar um contingente de 12.000 enfermeiros que atuarão como professores em cursos promovidos em todo o Brasil; possibilitar a formação pedagógica para a docência em Educação Profissional legalmente exigida, em nível de especialização, compatível com as necessidades demandadas pela clientela; assegurar que a formação pedagógica nesse nível seja legalmente amparada, garantindo a profissionalização desses docentes; ofertar o curso na	

modalidade educação a distância, com momentos presenciais para seminários, avaliações escritas e desempenho prático para todo o território nacional; desenvolver uma formação contextualizada e reflexiva frente às grandes mudanças em processo no campo da Educação Profissional; possibilitar a construção de competências pedagógicas e técnicas que permitam análises e ações superadoras, tanto das práticas assistenciais arriscadas em saúde quanto das práticas educacionais tecnicistas e conservadoras" (p. 5).

"A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) e as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional oferecem espaço para a apresentação de novas propostas, apoiadas no princípio da flexibilidade, o qual dá significado inovador à proposta de especialização em Educação Profissional na Área da Saúde: Enfermagem, na modalidade a distância" (p. 6).

"A formação em nível de graduação, com titulação equivalente à Licenciatura Plena, conforme previsto na Resolução nº 2, do CNE, de 26 de junho de 1997, não se constitui atrativo suficiente para o grau de mobilização desejado, uma vez que a clientela se caracteriza por graduados, pós-graduados e licenciados na área técnica da qual emerge o objeto de ensino em que precisam aprofundar-se no ensino como objeto de conhecimento e prática reflexiva" (p. 6).

"A promoção desse curso em nível de especialização, além de possibilitar o reconhecimento da formação pedagógica dos profissionais de saúde como parte de um itinerário educativo para a sua qualificação como docente, poderá representar a abertura de caminhos alternativos à licenciatura, permitindo avançar o nível de titulação da docência no espaço de articulação entre trabalho e educação" (p. 6).

"Em uma 'sociedade do conhecimento', apoiada principalmente nos avanços das comunicações e da informática, está facilitada a adoção por professores e alunos de métodos interativos e dialógicos, possibilitando qualidade pedagógica na educação a distância" (p. 6).

"A educação a distância é uma das formas de viabilizar a formação, uma vez que propicia, além da democratização do conhecimento, o alcance de uma clientela dispersa, heterogênea, com ritmos de aprendizagem e com espaços de tempo para estudo desiguais, muitas vezes sem possibilidade de participar regularmente de um ensino presencial" (p. 6).

"Quando se buscam alternativas inovadoras para o futuro da Educação Profissional, consideram-se, ao mesmo tempo, as imperfeições rejeitadas e as esperanças ainda não

alcançadas. No presente caso, os desejos da Enfermagem brasileira são expressos na procura, por diferentes meios, de uma inserção no próximo milênio mais capacitada pedagogicamente, podendo então responder às exigências educativas do novo paradigma da saúde coletiva" (p. 2).

"Essa modalidade permite atender tanto às necessidades pessoais quanto profissionais do indivíduo, desenvolvendo-o como ser integral e aumentando suas oportunidades no mercado de trabalho" (p. 7).

"As competências profissionais requeridas para o trabalhador de nível médio na área de Saúde presentes nas Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação Profissional indicam uma resposta às exigências educativas do novo paradigma da saúde coletiva" da Educação Profissional e na grande área de atuação específica – Saúde.

"A instituição responsável pelo curso, Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, possui notória credibilidade e reconhecimento nacional e internacional na área de Saúde Pública e uma equipe docente qualificada e com experiência em cursos de educação a distância" (p. 7).

"A rede de universidades parceiras possui larga experiência tanto na formação de professores quanto na de profissionais de saúde nos diferentes níveis de ensino, inclusive na modalidade a distância" (p. 7).

"A Fundação Oswaldo Cruz realiza seus cursos em cumprimento à incumbência que lhe foi outorgada pela Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954, e, posteriormente, pela Lei nº 5.019, de 7 de junho de 1966, que instituiu a Fiocruz, na qual se inclui a ENSP, atribuindo a esta a função de capacitação de recursos humanos na área da Saúde. Para cumprimento da atribuição citada, a Lei nº 5.019 concede à ENSP, no Art. 4º, item c, autonomia financeira, didática e administrativa para firmar convênios de cooperação com órgãos e entidades públicas e particulares e estabelece, no seu parágrafo único, que a Fiocruz "poderá adotar outras modalidades de ministração de ensino especializado de Saúde Pública para atender aos seus objetivos" (p. 7).

"O estímulo à constituição de itinerários educativos para todos os profissionais está presente na LDB, referindo-se aos diferentes níveis e modalidades de ensino, devendo envolver os profissionais da educação e, nela, os da Educação Profissional" (p. 7).

"É preciso aumentar as ofertas de formação de professores que atendam às características da

clientela docente em saúde para que os profissionais das diferentes localidades e instituições tenham acesso ao processo que melhor lhes convier, os atrair e corresponder a um percurso estimulador de crescimento e competência profissionais" (p. 7).

"Para os profissionais de saúde que já se especializaram tecnicamente, o aprofundamento na dimensão pedagógica de sua prática profissional representará uma outra especialização, em uma nova área, de forma interdisciplinar; para os licenciados, representará atualização, contextualização e titulação para além daquela já alcançada, aprofundando ambos a competência técnico–pedagógica. Considerando, ainda, a urgente implantação do Profae e, consequentemente, a indispensável formação de seus docentes [...], justifica a criação do Curso de Especialização em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem em caráter experimental, na modalidade de ensino a distância, para habilitar diplomados em curso superior de Enfermagem para a docência na área de Educação Profissional em Saúde/Enfermagem" (p. 8).

"Partindo-se do pressuposto da construção do conhecimento do homem e do desenvolvimento de sua subjetividade, a formação do docente tem caráter de continuidade, de aperfeiçoamento profissional, que não se esgota no espaço de tempo da duração do curso proposto" (p. 13).

"Entendendo a saúde e a educação como práticas sociais, a presente proposta procura garantir ao aluno-mestre a compreensão e análise da realidade, em sua totalidade, por meio da apresentação dos conteúdos e da proposição de atividades, sob a forma de temáticas que integram teoria e prática" (p. 13).

"O direito natural à liberdade é resgatado pelo processo permanente de desenvolvimento educacional do homem – um caminho para adquirir competências, formas de melhor viver e conviver, criando, inovando e atingindo, enfim, a autonomia intelectual e moral. Com base nesses pressupostos, define-se o marco conceitual, que é o referencial teórico-filosófico do curso e se resume da forma a seguir" (p. 13).

"A formação do docente pressupõe: – um caráter de continuidade de aperfeiçoamento profissional, que não se esgota no espaço de tempo de duração do curso; – uma nova atitude profissional, comprometida com o coletivo, com uma sociedade menos excludente e mais humana; – a construção do conhecimento do homem e do desenvolvimento de sua subjetividade; – a associação das competências específicas a uma visão global da realidade

social e da prática em saúde; – uma abordagem crítica e reflexiva de seus conteúdos e de suas experiências que se desenvolvem a partir da realidade e do contexto em que se concretizam" (p. 14).

"Objetivos do curso:

- formar docentes em Educação Profissional de nível técnico em Saúde/Enfermagem comprometidos com as necessidades sociais em geral e de saúde em particular;
- desenvolver uma sólida formação teórico-prática com bases filosóficas, científicas, técnicas e políticas para a adoção de uma prática docente crítica, significativa e emancipadora que possibilite ao professor:
  - associar uma visão crítica e global da sociedade às competências específicas de sua área de atuação profissional, na perspectiva do atendimento integral e de qualidade;
  - escolher e desenvolver formas melhores de atuação, com responsabilidade e ética, no âmbito das práticas educativas e assistenciais em saúde;
  - romper, no espaço escolar, com a divisão do trabalho intelectual e manual, possibilitando acesso às dimensões culturais e científicas, de modo a evitar as separações entre os que pensam e os que fazem;
  - oferecer, através de equipe multidisciplinar, uma formação pedagógica baseada na reflexão, visando à construção e ao desenvolvimento de projetos político-pedagógicos com a adoção de novas competências e tecnologias para o ensino de nível técnico em Enfermagem e demais subáreas de Saúde;
  - proporcionar situações para que os docentes de Enfermagem reflitam sobre a responsabilidade social de transformar os "trabalhadores ocupacionais" em profissionais da área de Saúde na especificidade da Enfermagem" (p. 14-15).

Documento 7 – Livro do tutor (BRASIL, 2003).	**Estruturas semânticas** • O tutor tem papel central; estudo de um conjunto de módulos (...) com atividades reflexivas e interativas está longe de bastar (...); professores que reflitam critica e coletivamente sobre sua prática em educação; • (...) a interação dos sujeitos envolvidos (...) relações efetivadas entre alunos (...) outros profissionais, nas escolas e nos serviços é o que permite avançar nessa direção;

	• Os desafios dos processo formativo – reconhece-los, assim como aquilo que os determina é um primeiro passo (...); opção [pela] formação crítica e reflexiva de professores; • De que formação docente para a área de Enfermagem estamos falando? (...) mais rigorosa porque mais comprometida com uma formação sólida; • (...) inspirados nas propostas de Henry Giroux (1999) defendemos (...) a adoção de uma pedagogia crítica que rejeita a redução do ensino a uma preocupação estritamente técnica; • (...) entendida como construção histórica e cultural (...) rejeita o conhecimento como algo acabado, o pragmatismo como meta, • Tomando a realidade vivida da diferença como campo no qual se colocam questões de teoria e prática, • Desaconselha, ainda, a redução do processo formativo à simples 'capacitação'; mais que uma formação técnica (...) a formação docente deve ser mais ampla, dirigida ao homem, um ser de relações e não de contatos (Freire, 1983); • Formação para pensar e agir criticamente; atentos aos riscos de simplificação/banalização de certos paradigmas de formação docente;
	"Neste curso – Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem – o tutor tem papel central, como você vai perceber rapidamente. A disponibilização para estudo de um conjunto de módulos, ainda que com atividades reflexivas e interativas, *está longe de bastar a um curso que espera formar professores que reflitam crítica e coletivamente sobre sua prática em educação, inclusive nos espaços onde atuam.* A interação dos sujeitos envolvidos – alunos e tutores – , seja a distância, seja nos momentos presenciais, além das relações efetivadas entre os alunos e destes

	com outros profissionais, nas escolas e nos serviços, é o que permite avançar nessa direção" (p. 9, grifo nosso). "A realidade de quem é professor é complexa, e os desafios dos processos formativos são também enormes. Reconhecê-los, assim como aquilo que os determina, é um primeiro passo na construção dos projetos pelos quais se sonha, lembrando mais uma vez Paulo Freire" (p. 27). "Nossa opção, como você viu, volta-se para a formação crítica e reflexiva de professores. Ela não é casual e considera que, assim como no caso da profissão de enfermeiro, há história na profissão docente e na sua formação" (p. 29). "De que formação docente para a área de Enfermagem estamos falando? De uma formação que, mais rigorosa porque mais comprometida com uma formação sólida, como assinala Kuenzer (1999), contemple os seguintes eixos: • **Contextual**, articulando os conhecimentos sobre educação, economia, política e sociedade, e suas relações, tomadas em seu desenvolvimento histórico; • **Institucional**, contemplando as formas de organização dos espaços e processos educativos escolares e não-escolares; • **Teórico-prático**, integrando os conhecimentos relativos a teorias e práticas pedagógicas, gerais e específicas, incluindo cognição, aprendizagem e desenvolvimento humano;

	• **Ético**, compreendendo as finalidades e responsabilidades sociais e individuais no campo da educação (e da saúde), em relação com a construção de relações sociais e produtivas segundo os princípios da solidariedade, da democracia e da justiça social; • **Investigativo**, comprometido com o desenvolvimento das competências em pesquisa, tendo em vista o avanço conceitual na área de educação [e saúde] (p. 175)" (p. 34-35, grifos do autor). "Assim, com a certeza de que há limites, mas também possibilidades, e ainda, inspirados nas propostas de Henry Giroux (1999), defendemos, como base dos processos formativos em Enfermagem, *a adoção de uma pedagogia crítica* que, intencional e deliberadamente construída, rejeita a redução do ensino a uma preocupação estritamente técnica e que subtrai, de sua discussão, questões centrais como as relações de poder, história, ética e autoidentidade. Uma pedagogia crítica, entendida como construção histórica e cultural de um determinado tempo, espaço e contexto, também rejeita o conhecimento como algo acabado, o pragmatismo como meta, o discurso da neutralidade dos valores, tomando a realidade vivida da diferença como o campo no qual se colocam questões de teoria e prática (GIROUX, 1999)" (p. 35, grifo nosso). "A opção crítica que adotamos desaconselha, ainda,

	a redução do processo formativo à simples 'capacitação', como se os sujeitos fossem incapazes ou não tivessem histórias e construções anteriores de onde precisamos partir. Faz-nos considerar que, mais do que uma formação técnica, abordando as várias teorias da Educação e os 'sedutores' procedimentos pedagógicos, a formação docente deve ser mais ampla, dirigida ao homem, um ser de relações e não de contatos (Freire, 1983)" (p. 36). "Como escolha, nos impõe a defesa de uma formação para pensar e agir criticamente e também nos indica a necessidade de ficarmos atentos aos riscos da simplificação/banalização de certos paradigmas de formação docente (como o de profissional reflexivo, que virou "moeda corrente" nas discussões da área, acabando por perder sentido e consistência, significando coisas muito diferentes)" (p. 36).

Quadro 17 - Agrupamento das unidades de contexto e estruturas semânticas por documento, curso Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem e categoria sentidos do trabalho docente

Categoria: Sentidos do trabalho docente expressões que depõem sobre concepções pedagógicas, mediações/perspectiva metodológica, requisitos, papel do docente, relação professor-aluno, relação teoria-prática etc.).	
Unidade de significação: o tema - presença do tema.	**Unidade de contexto**: o parágrafo

Documento 6 - Projeto do Curso de Especialização em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.	**Estruturas semânticas** • Perspectiva crítica de abordagem dos fenômenos educação, saúde, trabalho e profissionalização/não tratar situações problemáticas utilizando apenas o referencial instrumental/reconhecimento de que a saúde é uma produção social/os problemas da prática social [não podem] ser reduzidos a níveis de racionalidade técnica; • O professor, sua reflexão (razão crítica, segundo Habermas)/prática docente reflexiva e criadora/não aceita que a sua *práxis* seja definida por atores externos/racionalidade emancipatória; • Pensamento crítico/transformando a si e à sua práxis, transforma sua própria realidade/o professor não é um "repassador" de conhecimentos já produzidos/práticas pedagógicas para a formação da cidadania/participação ativa, pensamento crítico e valores básicos da sociedade/responsabilidade dos alunos/profissionais em relação à humanidade; • Recupera para o espaço pedagógico de Educação Profissional em Saúde valores como justiça, solidariedade, cooperação, igualdade, respeito às diferenças; • Oposição ao preconceito, à competição e à valorização, no sentido negativo, do mérito profissional; • Associa uma visão global da realidade social e da prática em saúde às competências específicas a serem desenvolvidas/a partir da realidade, contexto em que as práticas de educação e de saúde se concretizam; • A abordagem crítica e reflexiva dos conteúdos/uma nova atitude profissional, comprometida com o coletivo, com uma sociedade menos excludente e mais humana; • Profissional flexível e aberto no cenário das interações sociais (um agir comunicativo) com seus alunos, com seus pares, com a organização escolar/atingindo níveis cada vez mais altos de reflexão; • Na interação com o discente, o professor respeita a história de vida e profissional do aluno/prioriza o desenvolvimento de sua capacidade de escolha e de decisão crítica/melhor forma de atuar como cidadão – trabalhador;

	• Procurando garantir as condições efetivas para que todos disponham das possibilidades culturais e científicas; • Rompendo, no espaço escolar, com a divisão intelectual e operacional/aluno como sujeito da práxis pedagógica; • Ação comunicativa entre pares da mesma profissão/romper o isolamento do professor e a visão unilateral de sua área de conhecimento/consulta entre os pares/trabalhos interdisciplinares/estudos e pesquisas conjuntas/discussões a respeito dos alunos e trocas de experiências/comprometimento e participação no projeto pedagógico da instituição; • Organização curricular apoia-se em uma concepção não disciplinar/currículo como processo que ocorre dentro de condições sociais e culturais em constante interação/constituído por bases teórico-práticas e experiências de aprendizagem oferecidas, seleção do conhecimento para além do que ensinar, considerando também por que ensinar; • Abordagem crítica/temas se originam das práticas sociais e propiciam o desenvolvimento da capacidade reflexiva dos alunos, bem como a compreensão dos processos sociais (individuais e coletivos) que permeiam a realidade próxima; • Estruturado em módulos, fulcro da articulação de temáticas/subjacente à escolha dos módulos um projeto de educação, ou seja, uma filosofia, um posicionamento, uma forma de conceber a educação; • Núcleos contextual, estrutural, integrador – Resolução nº 02/97 - estrutura modular - diferentes áreas de conhecimento que se integram interdisciplinar e transdisciplinarmente em temáticas; estabelecer relações entre conteúdos diversos, integrar conteúdos teóricos com atividades práticas, atividade metodológica mais variada, integradora; • Os temas serão desenvolvidos majoritariamente a distância/avaliações presenciais, seminários, grupos de trabalho, atividades próprias da vida escolar em instituições de Educação Profissional de nível técnico em Saúde; • Ênfase na ação integrada das áreas de conhecimento/compreensão e questionamento, a

	problematização/assuntos que tenham significância para a vida profissional, social e pessoal dos participantes; a inter-relação entre as áreas de conhecimento e entre estas e a sociedade mais ampla; • Considerar as características especiais do ensino a distância, o ritmo e o tempo de estudo para o aluno; • Novo paradigma de currículo/transfere o foco dos conteúdos para a competência humana– formal e política/a ser construída articulando os saberes, os seres e os 'que fazeres'; • O conceito de competências, polêmico e pouco claro para os educadores, tem sido entendido no decurso da reorganização da Educação Básica e da Educação Profissional, conforme Resolução nº 04/99, CNE/CEB, Art. 6º; • O ensino em Saúde/formação de profissionais/integração disciplinar em torno de problemas oriundos das realidades de saúde/viabilizando ações contextualizadas, pertinentes com as necessidades identificadas.

"As bases teórico –metodológicas que sustentam os núcleos, módulos e movimentos que estruturam o presente curso têm em comum a perspectiva crítica de abordagem dos fenômenos centrais dessa proposta – a educação, a saúde, o trabalho e a profissionalização, na especificidade saúde/enfermagem" (p. 11).

"Sinteticamente, pode-se afirmar que tal opção se relaciona ao reconhecimento de que os profissionais da área de Saúde, docentes e/ou assistenciais, não podem tratar situações problemáticas utilizando apenas o referencial instrumental, em que as regras do conhecimento científico e técnico ditam as ações" (p. 11).

"Essas práticas profissionais impõem, sem dúvida, uma acertada escolha e aplicação de metodologias e instrumentos adequados à sua aplicação, mas requerem principalmente o reconhecimento de que a saúde é uma produção social, não podendo ser os problemas da prática social reduzidos a níveis de racionalidade técnica" (p. 11).

"A racionalidade tecnológica reduz a atividade prática à análise dos meios para atingir determinados fins, deixando de lado o caráter moral e político da determinação dos fins em qualquer ação profissional que se proponha a resolver problemas humanos

(HABERMAS, 1990). O profissional, em sua prática social, aceita a definição externa das metas a atingir, mas não aceita que a sua práxis seja definida por atores externos" (p. 11-12).

lsso não significa que se deva abandonar, de forma generalizada, a racionalidade técnica nas situações de práticas educativas. "O conhecimento técnico é um componente profissional importante que orienta toda a atividade humana e se manifesta no saber fazer" (p. 12).

"O professor, por intermédio de sua reflexão (razão crítica, segundo Habermas), deve exercer uma prática docente reflexiva e criadora, que lhe permita fazer escolhas na sua práxis pedagógica, como sujeito que não se submete à determinação externa[90]" (p. 12).

"Por outro lado, a racionalidade emancipatória que se baseia nos princípios de crítica e ação tem desempenhado papel relevante em auxiliar os educadores a desvelar as dimensões latentes e explícitas do conhecimento e das relações em sala de aula (GIROUX, 1991). Por intermédio do pensamento crítico, o docente reflete e reconstrói seu próprio processo de pensamento, à medida que, transformando a si e a sua práxis, transforma sua própria realidade" (p. 12). "Considera-se que o professor não é um "repassador" de conhecimentos já produzidos; ele transforma, em interação com seus alunos, o conteúdo produzido historicamente na área, no caso, Saúde/Enfermagem, em saber escolar" (p. 12).

"O desenvolvimento das práticas pedagógicas orienta-se também para a formação da cidadania, devendo enfatizar principalmente a natureza da participação ativa, a aprendizagem do pensamento crítico e dos valores básicos da sociedade, assim como a responsabilidade dos alunos/profissionais em relação à humanidade" (p. 12).

"Recupera para o espaço pedagógico de Educação Profissional em Saúde valores, entre outros, como justiça, solidariedade, cooperação, igualdade, respeito às diferenças – tarefa prioritária de uma educação democrática, que visa a formar profissionais responsáveis pelo atendimento na área, em oposição ao preconceito, à competição e à valorização, no sentido negativo, do mérito profissional" (p. 12).

[90] "Em outubro de 2004, o presidente do Conselho Nacional de Educação, respondendo à consulta da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, reafirmou (ofício CNE nº 001229/04) a equiparação do curso às licenciaturas, em termos das prerrogativas para o exercício do magistério em Educação Profissional de nível médio" (BRASIL, 2007, p. 8).

"Associa uma visão global da realidade social e da prática em saúde às competências específicas a serem desenvolvidas. A partir da realidade e do contexto em que as práticas de educação e de saúde se concretizam, a abordagem crítica e reflexiva dos conteúdos constitui-se como parte de uma nova atitude profissional, comprometida com o coletivo, com uma sociedade menos excludente e mais humana" (p. 12).

"Nessa proposta, o docente apresenta-se como um profissional flexível e aberto no cenário das interações sociais (um agir comunicativo, no dizer habermasiano) com seus alunos, com seus pares, com a organização escolar, atingindo níveis cada vez mais altos de reflexão (HABERMAS, 1990), os quais lhe conferem uma melhor compreensão do significado das imagens e das metáforas que representam os processos propiciadores da aprendizagem, bem como do papel do professor" (p. 13).

"Na interação com o discente, o professor respeita a história de vida e profissional do aluno; prioriza o desenvolvimento de sua capacidade de escolha e de decisão crítica, melhor forma de atuar como cidadão – trabalhador, procurando garantir as condições efetivas para que todos disponham das possibilidades culturais e científicas, rompendo, no espaço escolar, com a divisão intelectual e operacional. Reconhece, portanto, o aluno como sujeito da práxis pedagógica" (p. 13).

"A ação comunicativa entre pares da mesma profissão contribui para romper o isolamento do professor e a visão unilateral de sua área de conhecimento. Estabelecem-se atividades de consulta entre os pares, trabalhos interdisciplinares, estudos e pesquisas conjuntas, discussões a respeito dos alunos e trocas de experiências, que resultam na formação de uma equipe coesa em torno de objetivos consensuais. O diálogo entre o professor e a organização escolar se concretiza no comprometimento e na participação do primeiro no projeto pedagógico da instituição" (p. 13).

"A organização curricular do projeto ora proposto apoia-se em uma concepção não disciplinar, superando a visão do currículo tradicionalmente entendido como um conjunto de disciplinas preestabelecidas e obrigatoriamente reproduzidas pelas instituições de ensino, percebendo-o como um processo que ocorre dentro de condições sociais e culturais em constante interação" (p. 15).

"O currículo está constituído pelas bases teórico-práticas e experiências de aprendizagem oferecidas, que representam a seleção do conhecimento para além do que ensinar,

considerando também por que ensinar" (p. 16). "Fundamentado em uma abordagem crítica, está estruturado em módulos, fulcro da articulação de temáticas (anexo I), definidos como espaços de formação. Os temas que integram cada módulo se originam das práticas sociais e propiciam o desenvolvimento da capacidade reflexiva dos alunos, bem como a compreensão dos processos sociais (individuais e coletivos) que permeiam a realidade próxima" (p. 16).

"É o módulo que baliza a abrangência, a dosagem e a integração do currículo. Está subjacente à escolha dos módulos um projeto de educação, ou seja, uma filosofia, um posicionamento, uma forma de conceber a educação (PAIXÃO, 1998). Os módulos que integram o currículo distribuem-se, de acordo com o Art. 3º da Resolução nº 02/97 – CNE, nos Núcleos Contextual, Estrutural e Integrador, que neste projeto apresentam os objetivos a seguir" (p. 16).

"Núcleo Contextual: oferecer informações, oportunidades e estímulos para que o aluno seja capaz de construir um referencial teórico de análise e uma reflexão crítica sobre a prática docente e sobre novas contribuições teórico-práticas no campo da educação" (p. 16);

"Núcleo Estrutural: oferecer e complementar as bases teórico-práticas que estruturam a prática pedagógica crítica, com ênfase no campo da Educação Profissional de nível técnico, referenciada na área da saúde" (p. 16);

"Núcleo Integrador: possibilitar e orientar a imersão na prática de ensino em Enfermagem e apresentar estratégias que viabilizem a articulação teoria-prática e a dinâmica da ação-reflexão, a partir de uma vivência pedagógica concreta" (p. 16).

"Os dois primeiros – Núcleos Contextual e Estrutural – oferecem, em oito módulos, as bases teórico-práticas educacionais, situando-as no campo da Educação Profissional de nível técnico. O Núcleo Integrador aprofunda, em três módulos, a especificidade da prática em Enfermagem, propiciando a integração das bases teórico-práticas adquiridas nos núcleos anteriores à ação docente vivenciada no ensino de Enfermagem. Trata-se, portanto, de uma proposta que visa à superação do tradicional estágio supervisionado em busca da construção/reconstrução da experiência" (p. 16).

"Essa estrutura modular pretende romper com o processo ensino-aprendizagem necessariamente traduzido em grades de disciplinas, considerando que a construção do

conhecimento para a aquisição de domínios determinados depende de diferentes áreas de conhecimento que se integram interdisciplinar e transdisciplinarmente em temáticas" (p. 17).

"O módulo permite estabelecer relações entre conteúdos diversos, que poderiam se conectar mais dificilmente se tratados em diferentes momentos; possibilita integrar conteúdos teóricos com atividades práticas, proporcionando uma atividade metodológica mais variada, integradora de variados recursos (SACRISTÁN, 1998, p. 301)" (p. 17).

"No presente Projeto, os módulos dos dois primeiros núcleos estão organizados em temas, enquanto no último os temas assumem a forma de movimentos, ambos com apoio da tutoria. Os temas serão desenvolvidos majoritariamente a distância, exceto durante as avaliações presenciais. Os movimentos terão também momentos presenciais em seminários, com os grupos de trabalho e em atividades próprias da vida escolar, em instituições de Educação Profissional de nível técnico em Saúde. Os temas/movimentos caracterizam essa proposta curricular com ênfase na ação integrada das áreas de conhecimento que auxiliam a compreensão e o questionamento, a problematização, propondo ao aluno situações novas e desafiadoras sobre assuntos que tenham significância para a vida profissional, social e pessoal dos participantes" (p. 17).

"A proposta busca considerar as características especiais do ensino a distância, o ritmo e o tempo de estudo para o aluno, as naturezas dos conteúdos, as exigências que elas fazem e as experiências que proporcionam ao aluno. O que necessariamente se busca com essa organização curricular é a inter-relação entre as áreas de conhecimento e entre estas e a sociedade mais ampla" (p. 17).

"Esse novo paradigma de currículo transfere o foco, antes dirigido aos conteúdos a serem ensinados, para a competência humana − formal e política – a ser construída no sentido de promover a docência em Educação Profissional em Saúde/Enfermagem, articulando os saberes, os seres e os 'que fazeres'" (p. 17).

"O conceito de competências, ainda polêmico e pouco claro para os educadores, tem sido entendido no decurso da reorganização da Educação Básica e da Educação Profissional, coordenada pelo Ministério da Educação, como *modalidades estruturais de inteligência, ou melhor, de ações e operações que utilizamos para estabelecer relações com e entre objetos, situações, fenômenos e pessoas*. Pode-se ainda acrescentar a definição da

Resolução CNE/CEB nº 04/99, Art. 6º (...) *a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidade necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho*" (p. 18, grifo nosso). O ensino em Saúde, por dizer respeito à formação de profissionais, vem demandando uma integração disciplinar em torno de problemas oriundos das realidades de saúde, em que os conteúdos que auxiliam a compreensão dessas realidades interagem dinamicamente, estabelecendo conexões, mediações, viabilizando ações contextualizadas, pertinentes com as necessidades identificadas. "Em busca da concretização desses pressupostos, foram organizados três núcleos e onze módulos, prevendo uma carga horária média estimada de 660 horas; o Núcleo Contextual pressupõe 180 horas, o Estrutural, 180 horas e o Integrador, 300 horas, a serem integralizadas em torno de onze meses, formando a estrutura curricular" (p. 18).	
Documento 7 – Livro do tutor (BRASIL, 2003).	**Estruturas semânticas** • Ser tutor é ser professor/professores que reflitam crítica e coletivamente sobre sua prática em educação/a interação dos sujeitos envolvidos – alunos e tutores, nas relações entre alunos, profissionais, nas escolas e serviços; • Complexidade da formação docente no atual contexto/ampliando o olhar como prática social/situando a relação educação-trabalho-formação dos profissionais em Saúde no âmbito das relações sociais/atuar como formador de formadores; • Ser tutor é [...]/a autonomia do tutor é processo contínuo, a ser construído individual e coletivamente, especialmente, na interação com os alunos; • Apoiar o aluno no processo de "ler o mundo", com base em referências mais amplas dos que as já conhecidas por ele/na área de Educação Profissional em Enfermagem/pautadas na realidade social; • O ser humano é a medida de todas as coisas, incluindo-se aí as práticas em saúde e educação/o que referencia nossas escolhas no curso/a busca de uma sociedade mais igualitária, solidária, em que ciência, técnica e educação possam estar a serviço de todos; • Uma educação voltada para a formação de sujeitos

	autônomos e protagonistas da emancipação humana; • Uma pedagogia crítica/na prática refletida, na indissociável relação entre teoria e prática, o conhecimento é produzido; • Integrando conteúdo e método, proporciona relações significativas entre o aluno e o conhecimento, de forma criativa e criadora; considera o método como forma de se relacionar com o conhecimento, fruto da atividade humana, compreendida como práxis; • Ações formadoras, voltadas para uma qualidade social para muitos e pautadas na reflexão crítica sobre educação na área de Enfermagem; • No contexto das políticas de Educação Profissional implantadas na última década, o conceito de competência que vem servindo de referência às escolas de Educação Profissional é o que consta da Resolução nº 4/99; • *"No marco da competência, reconfigura-se a dimensão ético-política da profissão, mediante a ascendência da dimensão psicológica sobre a dimensão sociológica. Sob as novas relações de produção haveria, então, a tendência de se configurar uma profissionalidade do tipo liberal. Esta se baseia no princípio da adaptabilidade individual do sujeito às mudanças socioeconômicas do capitalismo tardio"* (RAMOS, 2001, p. 284, grifo do autor); • Competência humana para o cuidar em saúde-enfermagem/noção de competência num sentido ampliado/recontextualizado em busca da coerência com a natureza do trabalho em saúde e a proposta de educação/a competência humana se integraliza mediante competências das seguintes naturezas: técnica, organizacional ou metódica, comunicativa, sociopolítica/como síntese de múltiplas dimensões; • Extrapola o espaço e o tempo dos processos escolares e formativos/evidenciando-se em situações concretas da prática social.
"Antes de tudo, ser tutor é ser professor. E não é qualquer professor, porque nem todo professor se identificaria com esta proposta, tanto por seus objetivos, pelo conteúdo que veicula, por princípios que assume, como pela modalidade adotada – a educação a	

distância" (p. 9).

"Neste curso – Formação Pedagógica em Educação Profissional na área de Saúde: Enfermagem – o tutor tem papel central, como você vai perceber rapidamente. A disponibilização para estudo de um conjunto de módulos, ainda que com atividades reflexivas e interativas, está longe de bastar a um curso que espera formar professores que reflitam crítica e coletivamente sobre sua prática em educação, inclusive nos espaços onde atuam. A interação dos sujeitos envolvidos – alunos e tutores –, seja a distância, seja nos momentos presenciais, além das relações efetivadas entre os alunos, e destes com outros profissionais, nas escolas e nos serviços, é o que permite avançar nessa direção" (p. 9).

"Ser tutor, para nós, significa compreender *a complexidade da formação docente* no atual contexto, *ampliando o olhar sobre a educação como prática social e situando a relação educação-trabalho-formação dos profissionais em saúde no âmbito das relações sociais.* Significa, ainda, estar preparado para assumir o desafio de também aprender a "sacudir" algumas certezas, descobrindo a cada dia novas possibilidades de atuar como formador de formadores" (p. 9, grifo nosso).

Ser tutor nesse curso é:

- assumir integralmente o apoio ao processo de aprendizagem dos alunos, identificando diferenças entre suas trajetórias, respeitando ritmos próprios, valorizando suas conquistas, procurando integrá-los e ajudando-os a enfrentar os desafios que o ensino individualizado impõe;
- desenvolver procedimentos que garantam a comunicação mediatizada com os alunos, com ênfase no diálogo;
- propor, gerir e avaliar estratégias didáticas diferenciadas e que contribuam para que o aluno organize sua própria aprendizagem;
- criar formas específicas e rotinas de acompanhamento da aprendizagem dos alunos, estimulando-os durante todo o processo;
- avaliar o percurso dos alunos no curso, a partir do compromisso ético com o seu progresso, promovendo ações complementares que permitam a superação das dificuldades encontradas;
- analisar, selecionar e fazer uso de outras tecnologias, além das utilizadas na

proposta, que possam complementar o processo de formação do aluno;

- utilizar o microcomputador e a internet como ferramentas básicas de trabalho, como espaço privilegiado de pesquisa de conteúdos e informações, como meio de comunicação com outros tutores e alunos e com a coordenação do curso;
- propor, de forma coletiva com outros tutores, a programação do Núcleo de Apoio Docente, garantindo não só o atendimento pedagógico específico aos alunos como a promoção de outras atividades, tais como grupos de estudo ou atividades culturais que ampliem essa formação;
- estabelecer formas de articulação permanente com outros tutores, presencialmente ou a distância;
- gerir sua própria formação continuada, buscando outras alternativas de ampliação de conhecimentos. Ser tutor neste curso é, também, responsabilizar-se pelas informações acadêmicas dos alunos sob sua tutoria" (p. 10).

"Não é pouco o que se espera de um tutor, como você pode perceber. E não poderia ser diferente, em virtude daquilo que se quer com a formação dos docentes-enfermeiros. Reconhecemos, sem reduzir a importância dos saberes contidos nesta proposta de formação, que a *autonomia do tutor é processo contínuo*, a ser construído individual e coletivamente no interior de cada NAD e no conjunto deles e especialmente na interação com os alunos" (p. 12, grifo nosso).

"Apoiar o aluno no processo de 'ler o mundo', com base em referências mais amplas dos que as já conhecidas por ele na área de Educação Profissional em Enfermagem, pautadas na realidade social em que vivemos, é com certeza sua grande contribuição neste sonho. Para participar deste desafio é preciso:

- reconhecer, primeiramente, que o campo da Educação tem sua complexidade própria e que a profundidade do indispensável apoio oferecido por você ao aluno depende da sua disposição em também *avançar na reflexão sobre esses conteúdos* e suas relações com o campo da Enfermagem. Em outras palavras, você não poderá apoiar efetivamente seu aluno se não "mergulhar" nos conteúdos do curso;
- orientar os alunos antes de iniciar o estudo dos módulos sobre as possibilidades que terão de *ampliar a forma de ver e agir em saúde e educação*, sendo, para isso,

necessário, a cada leitura, refletir criticamente acerca da prática em saúde, de modo a garantir o movimento entre *o fazer e o pensar sobre o fazer*;

- estimular os alunos a articular situações do dia a dia, hábitos profissionais, valores e ideias contidas nas práticas de saúde e educação, incluindo as propostas de qualificação de auxiliares e técnicos, com o discurso teórico, de forma a dar-lhes sentido concreto, capaz de *transformar a sua prática docente*, já que a teoria pela teoria não traz avanços;
- apoiar os alunos na compreensão daquilo que *determina historicamente as práticas sociais de saúde e de educação*, sua complexidade, heterogeneidade e fragmentação, com base na experiência que eles conhecem e vivem como docentes e enfermeiros, o que vai exigir de você, tutor, uma intensa aproximação à realidade vivida por eles nas escolas e nos serviços" (p. 27, grifos do autor).

"Consideramos que cada aluno-enfermeiro-docente tem uma história de vida diferente, com acesso diferenciado e desigual ao conhecimento produzido, integrando um coletivo de profissionais que, por sua vez, também tem uma história construída e que não pode ser "varrida para debaixo do tapete". É exatamente *do lugar em que cada um se encontra, nesse contexto, que queremos partir para chegar aos objetivos traçados*. Com isso estamos querendo dizer que, para nós, *o ser humano é a medida de todas as coisas*, incluindo-se aí as práticas em saúde e educação. Nessa direção, o que referencia nossas escolhas no curso *Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem* é a busca de uma sociedade mais igualitária, solidária, em que ciência, técnica e educação possam estar a serviço de todos. Uma educação, enfim, voltada para a formação de sujeitos autônomos e *protagonistas da emancipação humana* (FRIGOTTO, 2002)" (p. 29, grifos do autor).

"Nessa direção, uma pedagogia crítica nos conduz a considerar que a capacidade de questionar é pressuposto da reflexão e que os saberes decorrentes da experiência dos professores são formadores de outros saberes, pois é na prática refletida, na indissociável relação entre teoria e prática, que o conhecimento é produzido. A reflexão, entretanto, não se reduz ao espaço da sala de aula. Implica pensar o sentido da própria ação docente, o papel exercido e as circunstâncias em que ocorrem as práticas pedagógicas e também as

da saúde, bem como sobre aquilo que as determina. E, especialmente, significa transformar nossas ações" (p. 36).

"Referimo-nos a uma pedagogia crítica que, integrando conteúdo e método, proporciona relações significativas entre o aluno e o conhecimento, de forma criativa e criadora; que considera a importância do método não como procedimento didático, mas como forma de se relacionar com o conhecimento, fruto da atividade humana, compreendida como práxis. Conhecimento que não é apenas racional, porque nele intervêm afetos e valores, percepções e intuições que, embora fruto das experiências, inscrevem-se no âmbito das emoções, ou seja, no campo do sentido, do irracional (KUENZER, 2000)" (p. 36).

Competências e formação docente na área de Enfermagem: por que e para quê?

"Procuramos deixar clara a nossa opção por uma pedagogia crítica como base das ações formadoras, voltadas para uma qualidade social para muitos e pautadas na reflexão crítica sobre educação na área de Enfermagem. Neste item trazemos para discussão um tema polêmico, isto é, a questão das competências. No contexto das políticas de Educação Profissional implantadas na última década, o conceito de competência que vem servindo de referência às escolas de Educação Profissional é o que consta da Resolução nº 4/99, do Conselho Nacional de Educação: 'Entende-se por competência profissional a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho' (Art. 6)" (p. 46).

"Esse deslocamento do conceito de qualificação para o de competência, também observado por Ramos (2001), não traduz apenas um novo modismo na Educação Profissional: No marco da competência, reconfigura-se a dimensão ético-política da profissão, mediante a ascendência da dimensão psicológica sobre a dimensão sociológica. Sob as novas relações de produção haveria, então, a tendência de se configurar uma profissionalidade do tipo liberal. Esta se baseia no princípio da adaptabilidade individual do sujeito às mudanças socioeconômicas do capitalismo tardio (p. 284)" (p. 47).

"Certamente essa discussão é complexa e pode ser abordada sob múltiplos aspectos. Enquanto isso, as escolas em que seus alunos são docentes estão sendo 'chamadas' a contribuir para a aprendizagem de competências, a fim de constituir pessoas mais aptas a

assimilar mudanças, como adverte Ramos (p.284)" (idem).

"Buscando coerência com a natureza do trabalho em saúde e com a proposta de uma educação que possibilite a compreensão da realidade, para que ela possa ser transformada, acreditamos ser preciso imprimir à noção de competência um sentido ampliado, na perspectiva da *competência humana*. Nessa direção, a abordagem da competência, segundo Deluiz (2001), tem *princípios constitutivos e norteadores*" (p. 47, grifos do autor).

"Tais princípios, norteadores das escolhas neste curso no que diz respeito à perspectiva de uma competência humana, compreendem essa competência para o cuidar em Saúde-Enfermagem como a capacidade que deve ter o profissional da área de assumir a responsabilidade do cuidado, partindo da concepção de saúde como qualidade de vida, interagindo com o cliente, suas necessidades e escolhas, valorizando sua autonomia para assumir sua própria saúde, e de agir mobilizando conhecimentos, habilidades, atitudes e valores requeridos pelas situações (imprevistas ou não), na promoção/produção eficiente e eficaz do cuidado. A competência humana se integraliza mediante competências das seguintes naturezas:

- Técnica: Capacidade de dominar os conteúdos das ações, das regras e dos procedimentos da área específica de trabalho, as habilidades para compreender os processos e lidar com os equipamentos, a capacidade de entender os sistemas e as redes de relações, a capacidade de obter e usar as informações;
- Organizacional ou metódica: Capacidade de autoplanejar-se, de auto-organizar-se, de estabelecer métodos próprios, de gerenciar seu tempo e espaço de trabalho, desenvolvendo a flexibilidade no processo de trabalho, exercitando a criatividade, utilizando os seus conhecimentos – obtidos através de fontes, meios e recursos diferenciados – nas diversas situações encontradas no mundo do trabalho e a capacidade de transferir conhecimentos da vida cotidiana para o ambiente de trabalho e vice-versa;
- Comunicativa: Capacidade de expressão e comunicação com seu grupo, superiores hierárquicos ou subordinados, de cooperação, de trabalho em equipe, desenvolvendo a prática do diálogo, o exercício da negociação e a comunicação interpessoal;

- Sociopolítica: Capacidade de refletir sobre a esfera do mundo do trabalho, de ter consciência da qualidade e das implicações ético-políticas de seu trabalho, de ter autonomia de ação, enfrentando as mudanças em articulação com outros atores, desenvolvendo a autoestima, a autovalorização e a identidade coletiva; atuando criticamente com compromisso sociopolítico e desenvolvendo o exercício da cidadania, tendo em vista a superação da realidade dada" (p. 48).

"É importante ressaltar que, como síntese de múltiplas dimensões, entendemos que as competências extrapolam o espaço e o tempo dos processos escolares e formativos, evidenciando-se em situações concretas da prática social". Além disso, definir competências não faz parte da vivência da maioria de nós. *Essa dificuldade também poderá ser percebida no que diz respeito às competências descritas em cada um dos módulos deste curso, como você vai poder observar. Nessa direção, temos ainda que continuar aprofundando nossas reflexões, especialmente para compreender os efeitos da sua utilização, mesmo que ressignificada, na prática pedagógica que estamos buscando desenvolver*" (p. 48, grifo nosso).

"Tal dificuldade também pode ser observada nas escolas de Educação Profissional, pelo fato de terem que se adaptar, por um imperativo legal, ao *modelo de competências*, atualizando seus planos curriculares, visando à aprovação pelos órgãos de ensino estaduais. O que é possível perceber, entre os professores, é uma certa confusão em torno do assunto. Prevalece, em virtude do forte componente ideológico presente, a dificuldade de compreender as relações entre conhecimento e competência e, muitas vezes, tendo em vista o caráter sedutor desse modelo, observa-se uma adesão, pelos professores, dissociada da reflexão sobre as questões da realidade, o que, em educação, traz resultados desastrosos" (p. 48-49, grifo nosso).

5.2.3 Curso promovido pelo Projeto Profaps

Quadro 18 – Agrupamento das unidades de contexto e estruturas semânticas por documento, curso Formação Docente em Educação Profissional na Área de Saúde e categoria perspectiva/sentidos sobre a Reforma Sanitária e SUS.

<table>
<tr><td colspan="2">Categoria: Perspectiva/sentidos sobre a Reforma Sanitária e SUS - afirmação ou alusão a respeito de movimento político pela democratização/transformação da sociedade, proposta de reforma no setor Saúde, mudanças na educação/formação de RH frente à implantação do SUS, numa perspectiva contra-hegemônica.</td></tr>
<tr><td>Unidade de significação: o tema - presença do tema.</td><td>Unidade de contexto: o parágrafo</td></tr>
<tr><td>Documento 8 - Projeto do Curso de Formação Docente em Educação Profissional na Área de Saúde (BRASIL, 2006).</td><td>Estruturas semânticas
A Reforma Sanitária brasileira/Movimento Sanitário/Paradigma Biomédico dominante nas políticas públicas/reconceitualização da saúde, como dever do Estado/determinação social do processo saúde-doença/atenção integral à saúde de toda a população/centralidade da participação social na definição e no controle da execução das políticas do setor;
Organização das práticas em saúde/curativista/hospitalocêntrico/privatista/excludente;
O SUS colocado em xeque/por suas ‘generosidades universalistas’, irremediavelmente geradoras de práticas perdulárias” (CARVALHO, 1997, p. 94)” (p. 7);
Expansão da cobertura de serviços/introduzir mudanças no modelo assistencial, com vistas a torná-lo mais efetivo na resposta às necessidades da população.</td></tr>
<tr><td colspan="2">“A Reforma Sanitária Brasileira teve como ator social protagonista de suas lutas o Movimento Sanitário, que questionava o paradigma biomédico dominante nas políticas públicas e nas instituições sanitárias. Entre os principais valores defendidos pela Reforma estão: a proposta de reconceitualização da saúde como dever do Estado, o reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença, na perspectiva de atenção integral à saúde de toda a população, e a centralidade da participação social na definição e no controle</td></tr>
</table>

da execução das políticas do setor" (p. 6).

"Essa forma de organização das práticas em saúde, embora em crise, é ainda hegemônica e caracteriza-se pelo seu cunho essencialmente curativista (centrado na cura das doenças em detrimento da prevenção e da promoção da saúde), hospitalocêntrico (com ênfase no atendimento médico-hospitalar), privatista (fortemente influenciado pelos interesses corporativos dos grupos empresariais ligados à saúde) e excludente (parcela significativa da população não tem direito ao acesso aos serviços de saúde)" (idem).

"Nos anos 1990, depois de o direito à saúde ser conquistado na Constituição de 1988, a Reforma do Estado brasileiro, presidida pela razão financeira, apresentou-se como um veto à Reforma Sanitária, sendo o SUS colocado em xeque "não pelos constrangimentos financeiros e administrativos que sofreu, mas por suas 'generosidades universalistas', irremediavelmente geradoras de práticas perdulárias" (CARVALHO, 1997, p. 94)" (p. 7).

"O Sistema Único de Saúde – SUS, em que pesem todas as dificuldades, tem se caracterizado pela expansão da cobertura de serviços e pela tentativa de introduzir mudanças no modelo assistencial, com vistas a torná-lo mais efetivo na resposta às necessidades da população, sendo significativa a incorporação de trabalhadores das diversas habilitações técnicas em nível médio. Hoje, esses trabalhadores já correspondem a mais da metade dos postos de trabalho da área, sendo particularmente demandados em todas as políticas estabelecidas em escala pelo Ministério da Saúde. São exemplos o técnico em Higiene Dental, no Programa Brasil Sorridente; os técnicos em Vigilância Ambiental, Epidemiológica e Sanitária no Projeto VigiSUS; o técnico em Enfermagem no SAMU e o técnico em Farmácia no Programa Farmácia Popular" (p. 7).

"Tal expansão vem ocorrendo principalmente nos pequenos municípios, que, em geral, estão afastados dos centros formadores. Nesse quadro, a definição de políticas de promoção e ordenação da formação dos trabalhadores do setor impõe-se como prioridade" (p. 7).

Quadro 19 – Agrupamento das unidades de contexto e estruturas semânticas por documento, curso Formação Docente em Educação Profissional na Área de Saúde e categoria sentidos da formação docente.

Categoria: Sentidos da formação docente - depõe sobre as finalidades, concepções, formas, mediações, recursos disponíveis, perfil, requisitos do instrutor/supervisor/docente e que subsidiam sua formação.	
Unidade de significação: o tema - presença do tema.	**Unidade de contexto**: o parágrafo
Documento 8 - Projeto do Curso de Formação Docente em Educação Profissional na Área de Saúde (BRASIL, 2006).	**Estruturas semânticas** • 700.000 trabalhadores atuando nos diferentes espaços do SUS a serem qualificados/requerer um grande contingente de profissionais-docentes; • Formação docente tendo como referência central o significado social da ação educativa no âmbito da saúde pública; • Formação humana integral/compreensão ampla da realidade na qual se inscrevem as práticas em saúde e em educação/processo dialético de ensino-aprendizagem/atuação crítica nas lutas pela transformação dessa mesma realidade; • Formação teórico-prática consistente/ação docente crítica, socialmente significativa e emancipadora/associar uma visão crítica e global da sociedade às competências específicas de sua área de atuação profissional no SUS/perspectiva do atendimento integral e de qualidade; • Escolher formas melhores de atuação/necessidades de saúde das pessoas e das populações/autonomia social e ética; • Superar a lógica da fragmentação entre concepções e práticas/ampliação da rede de serviços, mediante a formação de docentes; • Formar um docente cujo perfil profissional associe uma visão crítica e ampla da sociedade às competências de sua área de atuação; que atue, de forma interdisciplinar, nas lutas pelo atendimento integral e de qualidade ao usuário do SUS e concorra para a transformação da realidade com autonomia intelectual, social e ética; • Formação docente é atividade intencionalmente dirigida por fins/acesso a elementos essenciais à apropriação ampla e

	permanente dos conhecimentos necessários à formação humana integral/concepção de homem como um ser sócio-histórico; concepção de Educação que não se pretende prescritiva/autonomia socialmente comprometida com a superação das atuais condições de existência e das práticas em saúde e em educação; • Convergem, assim, para o curso proposto, duas áreas: [...] a Saúde e a Educação, ambas marcadas por uma história de lutas sociais no Brasil Republicano; produções sociais impõem o reconhecimento de uma categoria essencial à compreensão da realidade: a totalidade e o conceito pleno de trabalho – dimensão ontológica e dimensão produtiva; • O trabalho em saúde é [...] atividade produtora de valores de uso para pessoas concretas, vivendo em situações específicas (CAMPOS, 2000); • O que é comum a todas as práticas sanitárias e, portanto, a todos os trabalhadores da saúde é o objetivo de produzir saúde. A perda desse objetivo representa a alienação do trabalhador; • Processo de trabalho em saúde/a integralidade da atenção/integralidade da atenção à saúde como a síntese de múltiplos cuidados; • É pertinente adotar a Reforma Sanitária, seus valores e princípios como marcos conceituais do presente Projeto/tornar o SUS pleno/novos modelos de gestão e de organização de serviços e outras modalidades de organização das práticas e processos de trabalho em saúde; • A Reforma Sanitária é uma síntese das relações sociais mais amplas, justifica-se a opção por definir a história das lutas sociais por saúde no Brasil como eixo de sustentação de toda a estrutura curricular deste Projeto; o eixo estruturante representa o elemento organizador e balizador da constituição do conjunto de objetivos – e dos conteúdos; • Uma organização curricular segundo complexos que, nesta proposta, vinculam-se diretamente ao significado social da formação de trabalhadores, no âmbito do SUS; • A partir da fecunda contribuição de Pistrak

	(1981) à relação teoria-prática no processo educativo, traduzindo, inclusive, a perspectiva político-pedagógica considerada mais compatível com um dos princípios centrais da Reforma Sanitária: a integralidade das práticas em saúde; • O complexo é meio gerador de ações, em resposta a problemas concretos da prática social/selecionar temas que possuam um sentido real e que possam ser associados a temas de outros complexos, como meio de conhecer e de transformar a prática docente e a prática em saúde.

"Os primeiros levantamentos promovidos pelo Ministério da Saúde indicam que há cerca de 700.000 trabalhadores atuando nos diferentes espaços do SUS a serem qualificados em todo o Brasil, o que vai requerer um grande contingente de profissionais-docentes com formação especializada, além dos já existentes" (p. 7).
Os objetivos desse curso são:
"Geral:
Assegurar a formação docente do conjunto dos profissionais envolvidos na Educação Profissional Técnica em nível médio dos trabalhadores do SUS, tendo como referência central o significado social da ação educativa no âmbito da saúde pública.
Específicos:

- oferecer elementos essenciais à formação humana integral dos alunos-docentes das diferentes categorias profissionais envolvidas na Educação Profissional Técnica em nível médio, na área da Saúde;
- propiciar aos alunos-docentes os requisitos necessários à compreensão ampla da realidade na qual se inscrevem as práticas em saúde e em educação, condição fundamental à participação ativa no processo dialético de ensino-aprendizagem e à atuação crítica nas lutas pela transformação dessa mesma realidade;
- desenvolver formação teórico-prática consistente para a adoção de uma ação docente crítica, socialmente significativa e emancipadora, que possibilite ao professor:
- associar uma visão crítica e global da sociedade às competências específicas de sua área de atuação profissional no SUS, na perspectiva do atendimento integral e de qualidade;
- escolher e desenvolver formas melhores de atuação, com base nas necessidades de saúde das pessoas e das populações e com autonomia social e ética;
- contribuir para superar a lógica da fragmentação entre concepções e práticas na área da Saúde;
- contribuir para a ampliação da rede de serviços, mediante a formação de docentes necessários à qualificação dos trabalhadores em Educação Profissional Técnica de nível médio na área da Saúde" (p. 9-10).

"Pretende-se, assim, formar um docente cujo perfil profissional associe uma visão crítica e ampla da sociedade às competências de sua área de atuação; que atue de forma interdisciplinar nas lutas pelo atendimento integral e de qualidade ao usuário do SUS e concorra para a transformação da realidade com autonomia intelectual, social e ética" (p. 9-10).

"Todo ato educativo, especialmente a formação docente, é atividade intencionalmente dirigida por fins. A proposta pedagógica aqui apresentada pretende contribuir para assegurar aos alunos-docentes – e, por extensão, àqueles que são e serão seus alunos – o acesso a elementos essenciais à apropriação ampla e permanente dos conhecimentos necessários à formação humana integral, respaldada numa concepção de homem como um ser sócio-histórico" (p. 10).

"Trata-se, assim, de uma concepção de educação que não se pretende prescritiva e, consequentemente, formadora de profissionais marcados pela heteronomia. Ao contrário, a autonomia socialmente comprometida, visando à superação das atuais condições de existência e das práticas em saúde e em educação, constitui objetivo a ser continuamente perseguido. Afastamo-nos, assim, das perspectivas pedagógicas que se restringem à mera transmissão mecânica e passiva de conhecimentos, supostamente aplicáveis a qualquer situação do exercício docente" (p. 10).

"Não podemos, por outro lado, ignorar que é no próprio enfrentamento dessas dificuldades, cotidianamente impostas pelo real, que os docentes constroem saberes imprescindíveis ao exercício de sua prática. Tais saberes, para se reorganizarem permanentemente no exercício do trabalho, não podem deixar de constituir ponto de partida essencial na formulação da proposta pedagógica do presente curso; [...] convergem, assim, para o curso proposto, duas áreas que vêm sendo duramente atacadas nas últimas décadas: a Saúde e a Educação, ambas marcadas por uma história de lutas sociais no Brasil Republicano" (p. 10).

"Compreendidas como produções sociais, a Saúde e a Educação exigem, para o exercício de intervenções transformadoras, um duplo movimento no plano específico da prática docente. Trata-se de inventariar o patrimônio sociocultural construído pelo e no fazer profissional diário na saúde e na educação, nele identificando os limites – sempre existentes, mas sempre provisórios e superáveis –, objetivando sua superação[91]" (p. 11).

"O entendimento da saúde e da educação como produções sociais impõe o reconhecimento de uma categoria essencial à compreensão da realidade: *a totalidade.* Tal categoria exige apreender essa realidade em suas íntimas leis, desvelando a causalidade dos fenômenos e suas conexões internas e externas. A compreensão do referencial aqui apresentado exige, ainda, recuperar o significado pleno do *conceito de trabalho*. Em seu sentido ontológico, o trabalho representa o processo pelo qual o homem se constrói e constrói o processo de humanização do mundo. Nessa concepção, o trabalho não se divorcia da vida, representando a construção permanente do ser, nos planos material, ético e estético" (p. 11, grifo nosso).

"Além dessa dimensão ontológica, em que o homem constrói a sua própria existência, o trabalho caracteriza-se também pela sua dimensão produtiva. O resultado do trabalho

[91] O termo superar é aqui utilizado no sentido que lhe é atribuído por Lefebvre: "Em cada etapa do desenvolvimento da natureza, da vida, do pensamento, o passado é reencontrado – mas superado e, por isso mesmo, aprofundado, liberado de suas limitações, mais real que no início" (1979, p. 231).

materializa-se em produtos que, na forma de bens ou serviços, possuem um duplo valor: um valor de uso e um valor de troca. O trabalho em saúde é aqui pensado como atividade produtora de valores de uso para pessoas concretas, vivendo em situações específicas (CAMPOS, 2000). *O que é comum a todas as práticas sanitárias e, portanto, a todos os trabalhadores da saúde, é o objetivo de produzir saúde. A perda desse objetivo representa a alienação do trabalhador*" (p. 11, grifo nosso).

"O processo de trabalho em saúde, aquele que ocorre no cotidiano dos serviços, é de natureza interdisciplinar, ou seja, depende da conjugação do trabalho de vários profissionais. Um dos princípios mais caros à Reforma Sanitária, o da integralidade da atenção, depende do esforço de confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, o que permite pensar a integralidade da atenção à saúde como a síntese de múltiplos cuidados (CECÍLIO; MERHY, 2005)" (p. 11).

"É importante ter claro que as modalidades concretas de atenção à saúde e organização dos processos de trabalho são fortemente determinadas pelas concepções hegemônicas sobre saúde e doença, cabendo evidenciar a concepção do processo saúde/doença/intervenção que embasa o presente Projeto" (p. 12).

"Para tanto, é importante considerar a história e a realidade concreta, uma vez que o recorte do objeto do trabalho em saúde é influenciado pela dinâmica política e social e varia conforme a correlação de forças e a consequente ação do Estado e a presença de distintos atores que atuam no setor. A saúde é, como dito anteriormente, uma construção social e histórica e expressa, portanto, valores e projetos em disputa" (p. 12).

"Nessa direção, julga-se pertinente *adotar a Reforma Sanitária, seus valores e princípios como marcos conceituais do presente Projeto*, tendo em vista o desafio no campo da saúde de tornar o SUS pleno, o que implica novos modelos de gestão e de organização de serviços e outras modalidades de organização das práticas e processos de trabalho em saúde" (p. 12, grifo nosso).

"Na medida em que a Reforma Sanitária é uma síntese das relações sociais mais amplas, justifica-se a opção por definir a *história das lutas sociais por saúde no Brasil* como eixo de sustentação de toda a estrutura curricular deste Projeto. A história como expressão do trabalho, em todas as suas dimensões, é, acima de tudo, o produto da luta diária dos seres humanos pela sobrevivência, o que sublinha, em nosso caso particular, a importância da saúde e da educação[92]" (p. 12).

"Esse eixo possibilita, ao longo de todo o curso, analisar a complexa realidade do setor e o processo histórico de defesa da saúde pública a partir de uma visão não linear dos processos de mudança. Permite, também, *reconhecer a complexa dialética entre os constrangimentos estruturais e a ação humana transformadora nos diferentes espaços de trabalho em saúde e situar os sujeitos de saberes e ações como protagonistas na criação de um novo modo de produção da saúde, no espaço da 'micropolítica do trabalho vivo em ato'* (MEHRY, 2005)" (p. 12, grifo nosso).

[92] Não se trata, portanto, de um mero recuo descritivo, segundo uma estéril narrativa de fatos em ordem cronológica. Assim compreendida, a história escapa do equívoco perigoso de supor que o futuro está, de uma ou outra forma, contido no suceder linear de ações acumuladas no passado, como alertou Walter Benjamin, com grande propriedade. É necessário, portanto, estar consciente de que a relação imediatista de causa e efeito apaga o sentido transformador da história.

"Dessa forma, muito mais que um conteúdo específico, contemplando, de modo particular, um ou mais tópicos do curso, o eixo estruturante representa o elemento organizador e balizador da constituição do conjunto de objetivos – e dos conteúdos deles decorrentes – que norteiam a proposta curricular como um todo. Com base nos referenciais teórico-metodológicos acima definidos, seguem os fundamentos pedagógicos da proposta.

a) Toda proposta pedagógica apoia-se numa concepção de mundo.

b) Qualquer escolha pedagógica implica a eleição de critérios de caráter sociopolítico para a seleção de procedimentos teórico-metodológicos, bem como de conteúdos e de suas formas de organização.

c) A elaboração de uma proposta curricular está profundamente articulada ao projeto de sociedade que se pretende construir" (p. 12-15).

"Diante desse desafio, optamos, como apresentado a seguir, pela organização curricular segundo complexos temáticos. Diretamente articulados ao eixo estruturante proposto, organizam-se três grandes Complexos Temáticos (CTs), concebidos a partir da fecunda contribuição de Pistrak (1981) à relação teoria-prática no processo educativo, traduzindo, inclusive, a perspectiva político-pedagógica considerada mais compatível com um dos princípios centrais da Reforma Sanitária: a integralidade das práticas em saúde. Tal perspectiva, vale destacar, vem sendo materializada há pelo menos duas décadas por meio dos currículos integrados, nos seus diferentes níveis e possibilidades dentro dos contextos das instituições de ensino e serviço dedicadas à formação de trabalhadores, em nível médio e superior na área da Saúde" (p. 15).

"O Sistema de Complexos, na condição de concepção precursora dos esforços de superação das desarticulações e fragmentações disciplinares, contribui para a sedimentação da aprendizagem significativa fundada nos processos de trabalho vividos pelos sujeitos nos espaços em que os problemas e as necessidades de formação mostram a sua relevância para um "novo agir em saúde". Reitera-se, dessa forma, a dimensão formativa do trabalho, principio pedagógico indispensável à formação de profissionais de saúde-educadores na perspectiva da educação permanente. O Complexo Temático não é um fim em si mesmo, nem um método, como advertia o próprio Pistrak (1981), sendo mais exato falar em uma organização curricular segundo complexos que, nesta proposta, vinculam-se diretamente ao significado social da formação de trabalhadores, no âmbito do SUS" (p. 16).

"O complexo é meio gerador de ações, em resposta a problemas concretos da prática social, visto que a educação não se limita a interpretar o mundo, mas a desenvolver práticas transformadoras do real.

> É preciso estudar os fenômenos em suas relações, sua ação e dinâmica recíprocas, é preciso demonstrar que os fenômenos que estão acontecendo na realidade atual são simplesmente parte de um processo inerente ao desenvolvimento histórico-geral; (...) assim, a questão do ensino unificado, da concentração do ensino por complexos torna-se uma questão candente; a questão do método que agora se coloca não é simplesmente de uma assimilação melhor e mais completa destes ou daqueles estudos; trata-se de uma questão que se relaciona com a essência do problema pedagógico, com o conhecimento dos fenômenos

atuais e suas relações e dinâmicas recíprocas (PISTRAK, 1981, p. 36) (p. 15-16)" (p. 16).

"Trata-se de selecionar temas que possuam um sentido real e que possam ser associados a temas de outros complexos, como meio de conhecer e de transformar a prática docente e a prática em saúde. A organização do estudo a partir dessa concepção só tem sentido na medida em que os complexos representam "uma série de elos numa única corrente, conduzindo à compreensão da realidade atual" (PISTRAK, 1981, p. 108) [93]. Para isso, os temas devem encadear-se, observar continuidade, possibilitando uma ampliação gradual do horizonte do aluno-docente. Nessa perspectiva, são três os Complexos Temáticos (CTs) do curso:

CT1 – Trabalho, Saúde e Educação
CT2 – O SUS e os processos de trabalho em saúde
CT3 – A organização pedagógica do trabalho docente" (p. 16).

O quadro a seguir possibilita-nos perceber a relação estabelecida nesta proposta de formação docente entre as bases conceituais centrais e as atividades de investigação, planejamento e prática pedagógica - dimensões constitutivas do agir pedagógico consciente e crítico pretendido, referenciado no significado social da ação educativa no âmbito da saúde pública. Esta relação busca possibilitar, por sua vez, mediações para a compreensão da realidade atual, a partir de temas selecionados no plano social.

Quadro descritivo 2 - Complexos temáticos, segundo conceitos, noções centrais e atividades de articulação previstas

CT	Bases conceituais	Atividades de articulação

[93] "O critério necessário para a seleção dos temas deve ser procurado no plano social e não na pedagogia 'pura'. O complexo deve ser importante, antes de tudo, do ponto de vista social, devendo servir para compreender a realidade atual.[...] O complexo não se encontra nos indivíduos isolados da realidade, nem na realidade separada dos indivíduos e sua práxis. É na realidade-indivíduo-contexto sociocultural que o complexo pode ser entendido" (Pistrak,1981, p.108)" (p.16).

	Conceitos e noções centrais	**Investigação, planejamento e prática pedagógica**
1	Trabalho, educação, formação, homem, cultura, práxis, trabalho docente, mediação docente; Estado, hegemonia, força social; fordismo, taylorismo, politecnia, reestruturação produtiva; modelos de assistência e de educação, positivismo; neoliberalismo, "sociedade do conhecimento".	Atividade de articulação CT1:1 – Investigação sobre "o prazer e o sofrimento do trabalhador docente" Atividade de articulação CT1:2 – "Conhecendo melhor os próprios alunos" Atividade de articulação CT1:3 – Análise do perfil profissional de conclusão do curso, com proposição de mudanças necessárias (Parte I)
2	Racionalidade médica, Complexo Médico-Sanitário; Ideologia; Paradigma da Promoção da Saúde; Movimento Sanitário, Reforma Sanitária, SUS, controle social, intersetorialidade; modelos tecno-assistenciais; igualdade, equidade, universalização, integralidade; trabalho vivo e morto em saúde, divisão técnica e social do trabalho em saúde, intersetorialidade; cuidado em saúde.	Atividade de articulação CT2:1 – Um SUS pra valer!: debate acerca dos princípios do SUS na escola Atividade de articulação CT1:2 – Elaboração de Perfil Profissional de Conclusão de Curso (Parte 2)

3	Sistema de ideias, ideias pedagógicas, liberalismo, pragmatismo, conhecimento, planejamento da ação docente, organização da escola, projeto político-pedagógico, competências individuais e coletivas, proposta curricular, dimensões da formação, avaliação, problematização, atos pedagógicos mediadores	Atividade de articulação CT3:1 – Inventário crítico individual e coletivo do percurso formativo Atividade de articulação CT3:2 – Análise do plano de curso, com proposição de mudanças necessárias Atividade de articulação CT3:3 Análise do regimento escolar, com proposição de mudanças necessárias Atividade de articulação CT3:4 – Análise da concepção de avaliação da escola e proposição de mudanças necessárias Atividade de articulação CT3:5 – Análise do plano de ensino e proposição de mudanças necessárias Atividade de articulação CT3:6 – "Parte I – Planejando uma unidade de ensino (A saúde do idoso) Parte II – Desenvolvendo a ação docente junto aos alunos" (p. 18).

O Complexo Temático 3 foi intencionalmente detalhado a seguir para evidenciar a perspectiva abrangente de docência – como trabalho pedagógico e sua organização –, a abordagem dada aos conceitos e noções centrais com base na análise concreta do trabalho docente, subsidiando as atividades de articulação relacionadas no quadro anterior, nas quais a investigação, o planejamento e a prática pedagógica são desafiados a articularem-se, vindo ao encontro da formação do docente investigador/pesquisador.

CT3 **A organização pedagógica do trabalho docente**	Oferecer, a partir da análise concreta do trabalho docente em Educação Profissional na área da saúde, elementos que subsidiem: ▪ a reflexão sobre ideias pedagógicas dominantes, não em si mesmas, mas como produções humanas, integrantes do *sistema de ideias* da nossa sociedade, alvo de permanente disputa; ▪ o debate sobre o significado social da escola que forma trabalhadores, no âmbito do SUS, seus limites e suas possibilidades de avanço; ▪ a análise crítica do processo de organização político-pedagógica da escola e do trabalho docente de planejar, realizar e avaliar o ato educativo; ▪ a construção/reconstrução de outras propostas curriculares comprometidas com as necessidades sociais de saúde dos usuários do SUS, no contexto dos desafios da atual realidade brasileira; ▪ uma prática docente crítica, com base na construção e vivência de uma unidade de ensino.	300h

Captados em cada curso a partir dos elementos semânticos contextualizados e agrupados pelas categorias de conteúdo – perspectiva/sentido da Reforma Sanitária, sentidos da formação docente e do trabalho pedagógico – o desenvolvimento histórico das políticas de formação docente aqui retratado evidenciou múltiplos sentidos atribuídos à formação (inicial e continuada) e ao trabalho docente para a EPTNM em Saúde. Refletem em suas formulações e implantações os contextos histórico-políticos e ideológicos nos quais se situa o movimento sócio-histórico de construção do SUS. Constituídas como políticas públicas específicas (o (pequena política), foram desenvolvidas por meio de diversas visões e abordagens pedagógicas da Educação Profissional, compreendidas, contudo, como estando referenciadas por uma política ampla (grande política) que se dirige para a totalidade – o processo de construção da Reforma Sanitária e do SUS - aproximando-se ou distanciando-se da perspectiva que a considera parte de uma reforma social.

Em suas especificidades, representaram, contraditoriamente, uma dada visão da necessidade social de Educação Profissional em saúde, promovendo continuidades mas também rupturas, no bojo de um projeto da sociedade civil que intencionava em sua origem transformar particularidades em universalidades, nos termos gramscianos.

Em termos políticos, ideológicos e teórico-metodológicos, materializaram propostas mais próximas ou mais distantes de processos emancipadores, universais; mais ou menos coerentes com a formação dos trabalhadores do SUS público e sua dimensão ético-política frente à concepção da saúde como direito de todos, em meio a muitas contradições e disputas, como parte das relações sociais mais amplas e das relações de força que as constituem.

A concepção de docente, docência e sua formação, nessa caminhada nada linear, partiu do instrutor/supervisor da década de 1980, mediador da integração ensino-serviço, desafiado a deixar para trás toda uma cultura institucional de treinamentos e promover um processo educativo de caráter crítico-reflexivo, intencionado desde então. Viu-se como mediador da inclusão social**,** em que avançar a democratização era dar acesso à formação profissional, à preservação do emprego e a assegurar a diminuição dos riscos assistenciais.

Era esse *o compromisso político*, objetivado no âmbito dos serviços de saúde pela formação de cunho profissionalizante, com complementação supletiva da educação geral, traduzindo, naquele momento, o conteúdo democrático dos pressupostos e princípios da redemocratização da sociedade brasileira (SANTOS; GALVÃO, 1993; GALVÃO, 2013) complexa, contraditória e conservadora, impregnada das internalizações decorrentes do regime militar e do modelo assistencial hegemônico por ele sustentado.

Na perspectiva dos sujeitos históricos da saúde a participação desse setor/prática social nesta luta, contribuiria por meio da democratização da saúde para os objetivos sociais mais amplos, dirigindo os esforços democratizantes para a relação orgânica entre o enfrentamento do modelo tecno-assistencial hegemônico (compreendido como expressão de uma dada política), a formação dos trabalhadores com base nas necessidades de saúde das pessoas e das populações, visando à transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Infere-se a intenção de evidenciar o valor de uso da saúde com qualidade social, baseada nos pressupostos da Saúde Coletiva – individual e coletivamente acessada por todos –, impulsionando a sua concretização como direito social por meio do SUS visto como política pública.

Os quadros agrupados por categorias mostram que esperava-se, desde então, uma atitude de profissional de saúde-educador orientada pela e para a responsabilidade social, compreendida e objetivada na profissionalização da expressiva força de trabalho representada naquela década pelos atendentes de enfermagem e a qualidade do cuidado prestado à população nos limites excludentes do modelo assistencial-privatista. Ainda hoje, segundo o Profaps, permanece esta necessidade agora referida a outros trabalhadores sem qualificação profissional em áreas prioritárias e especializadas.

O trabalho pedagógico esperado desse instrutor/supervisor refletia sentidos mais abrangentes de docente e docência; contudo, a formação de fato promovida não passou da etapa introdutória, evidentemente insuficiente frente à complexidade do 'novo sentido' dado à formação do pessoal de nível médio, para além do treinamento.

Na caminhada histórica das lutas sociais por saúde e educação, a formação docente para essa modalidade, no entender dos profissionais de saúde-educadores sujeitos desses processos, consegue dar um salto no âmbito do sistema público de saúde e reveste-se de positividade ao constituir-se como subcomponente de um programa (GALVÃO, 2013), de modo que de uma capacitação em serviço passa a ser ofertada como um curso de formação específico, no nível de pós-graduação *lato sensu*, por uma rede de IES com experiência em formação de professores.

Na perspectiva dos alunos-docentes, representou, em algum grau, um reconhecimento da função pedagógica desempenhada, oportunidade de avanço no itinerário educativo para a sua qualificação como docente do nível médio e no nível de titulação do docente em EPTNM em Saúde, assim como em relação a novas oportunidades de trabalho, resultando na perspectiva de valorização de quem ensina/atua na articulação entre trabalho e educação, com jovens e adultos, historicamente esperada.

As concepções sobre o docente e o trabalho pedagógico fundamentaram-se na educação e saúde como práticas sociais, tornando mais coerente a relação com o pressuposto da produção social do processo saúde-doença-cuidado. As bases político-conceituais presentes no *Projeto do Curso* (2000) e no *Livro do Tutor* (2003) mostram avanços no nível crítico das apropriações sobre as ideias pedagógicas e perfil docente no âmbito desses documentos e do próprio curso, repercutindo nas mudanças assumidas para a 2ª edição do material didático.

O curso piloto do Profaps consegue expressar novos avanços ético-políticos e pedagógicos em relação às bases político-conceituais, na medida em que adota a história das lutas sociais por

saúde no Brasil como eixo de sustentação de toda a estrutura curricular e a compreensão das práticas sociais de saúde e educação é enriquecida pelas categorias totalidade e trabalho – em suas dimensões ontológica e produtiva, dialogando com a Reforma Sanitária e o principio da integralidade da assistência, além da presença da articulação entre investigação, planejamento e prática pedagógica como estratégia didático-pedagógica ao longo dos três Complexos Temáticos, por exemplo.

Entendemos, ainda, que sentidos inferidos das bases político-conceituais dessas experiências de formação docente possuem importantes pontos de convergência com os princípios norteadores da Base Comum Nacional para a formação de professores, assim como com a proposta de Diretrizes Curriculares para a Educação Profissional defendida pela Setec/MEC, considerando as delimitações sobre trabalho pedagógico, docência e educador-professor apresentadas nos capítulos anteriores.

Contudo, requerem, frente ao que já foi discutido, o reconhecimento de que alguns aspectos que representam contribuições para a Reforma Sanitária, portadores de positividade na perspectiva dos trabalhadores do setor Saúde, podem não sê-lo quando situados no conjunto das relações sociais, inclusive para outros segmentos de trabalhadores, o que requer, em prol do projeto sócio-histórico ao qual o SUS público está vinculado e sua perspectiva democrática, a indispensável disposição de dialogar e buscar novas iniciativas que superem as polarizações daí resultantes, na perspectiva da grande política e da elevação da particularidade à universalidade, nos termos utilizados por Gramsci.

CONCLUSÕES

Neste momento realizamos um exercício do qual se espera um tom conclusivo em termos da aproximação ao objeto estudado – três exemplos de políticas de formação docente em Educação Profissional Técnica na Área de Saúde, promovidas pelo Ministério da Saúde entre os anos 1980 e 2009 – objetivando analisar, exploratoriamente, seus limites e contribuições na perspectiva da Reforma Sanitária, ou seja, contribuir para a democratização da sociedade-Estado e, setorialmente, da área da saúde, no contexto complexo e contraditório da sociabilidade capitalista brasileira.

O tom conclusivo, assim, necessita pontuar o que uma leitura da historicidade dos campos da saúde e da educação e neles o campo educativo da EPTT e EPTNM em saúde evidenciou ao longo dos Capítulos 1 a 3, compondo um referencial para a leitura dos dados empíricos sobre a materialidade da EPTNM em saúde no país ou mesmo os sentidos recolhidos pelas categorias de conteúdo em cada documento analisado nos Capítulos 4 e 5 ancorando-os nesta complexidade contraditória.

Como tivemos como objetivos específicos analisar a(s) perspectiva(s) sobre a Reforma Sanitária e os sentidos sobre formação e trabalho docente que abrigaram, a partir da formulação das respectivas bases político-conceituais, vale lembrar que o fizemos tendo em mente que representam perspectivas político-ideológicas em disputa e que os seus textos são discursos que serviram de orientação política para experiências concretas, que se assumiram como propostas referenciadas na perspectiva da Reforma Sanitária.

Desde já podemos dizer que essas orientações políticas não representaram, mesmo em seus contextos específicos, uma única visão, mas diferentes perspectivas, posições até mesmo polarizadas pelas forças sociais que já compunham a relação de forças desde a década de 1970 e que na 8ª Conferência Nacional de Saúde representaram um mix de discursos democráticos e racionalizadores, embora a ambição mais ampla e consensuada em termos da Reforma Sanitária e do SUS fossem a democratização do Estado e o fortalecimento do setor público. Na especificidade do setor saúde este fortalecimento deveria contribuir para a superação das condições de atenção à saúde da população e para a organização do sistema, discutidas no Capítulo 2.

Nesse mesmo capitulo, na tentativa de resgatar as ideias e propostas que se constituíram como noções estruturantes da RSB, podemos encontrar uma análise que parece esclarecer as ambiguidades e tensões presentes nessas orientações. Consideramos importante trazê-la textualmente: "na medida em que o direito à Saúde encontra sua materialização no SUS, reforça a dimensão institucional da Reforma Sanitária, secundarizando outros elementos da totalidade de mudança" (PAIM, 2008, p. 163).

Diz ainda que, apesar das ambivalências mais ou menos superadas, a via institucionalista foi mais e mais assumida, assim como a convicção de que as propostas de mudança, naquele contexto, deveriam ser conquistadas na sociedade, nos marcos de regras democráticas, para evitar o risco de fracassarem. "Todos pareciam reformistas", conclui Paim (idem). As tensões entre posições a favor de uma radicalização democrática ou mais 'moderadas' sempre estiveram presentes nesse processo.

No entanto, reafirma o autor, a defesa da vida individual e coletiva é central para a concepção e incorporação de formas de *organizar o sistema, o processo de trabalho e consequentemente a formação dos trabalhadores*, justamente porque a Saúde Coletiva distancia-se da Saúde Pública pela sua origem nos movimentos sociais, e não a partir do Estado ou das classes dominantes (PAIM, 2006).

A leitura das diferentes perspectivas sobre a Reforma Sanitária e o SUS levou-nos a destacar um elemento discursivo relevante para esse momento conclusivo: avaliar ações desenvolvidas nas diferentes décadas que o estudo abrange 'na perspectiva da Reforma Sanitária/ no interesse do SUS' requer, no século XXI, estar atento para as mudanças de perspectiva em relação aos seus princípios publicistas, principalmente a partir das ações do Estado; a perda significativa da visão de historicidade, das contradições presentes na realidade social e na construção do SUS, distanciando tal construção das estruturas que geram a produção e a distribuição de riscos, problemas, bens e serviços, acessos e bloqueios a direitos sociais básicos, como discutido também no Capítulo 2, com o apoio de Lígia Bahia.

Esta compreensão evidencia a importância de se avaliar tanto os limites quanto as contribuições de tais experiências de formação docente, dialeticamente, à luz de um projeto potencialmente transformador das circunstâncias e da educação na área da saúde, como parte de uma reforma social de base, para além das soluções formais, na sua condição de produção humana, mas, também, à luz da necessidade de educar o educador, dada a sua

subjetividade/construção como sujeito histórico situar-se no âmbito de condições antagônicas a esta transformação, presentes na totalidade social brasileira, portadoras de forte poder limitante da potencialidade contra-hegemônica das políticas públicas e dos processos educativos.

Inferimos, assim, que seus limites e suas contribuições também estão relacionados ao desafio de superar a falsa consciência de uma suposta neutralidade das políticas e propostas de formação docente e o tratamento do campo da formação de professores "por sobre as diferenças de classe", como se o exercício desta profissão, inclusive no âmbito da saúde, isentasse esses profissionais de valores, concepções e compromissos de classe, como nos alerta a professora Acácia Kuenzer (2011, p.669), na discussão sobre a formação de professores desenvolvida no Capítulo 4.

Na área da saúde destaca-se a importância de considerarmos essas diferenças e o papel fundamental que têm os processos de internalização de valores (de classe) ocorridos no âmbito das relações sociais, quando vemos o quanto a formação desses profissionais de saúde sofre a influência de recomposições discursivas em torno da medicina, da formação e prática médicas, repercutindo, a partir daí, sobre a constituição da saúde como política, as bases institucionais (sistemas) que sustentam sua implantação, a formação e prática das profissões de saúde surgidas no âmbito da divisão social e técnica do trabalho, abordadas no Capítulo 2.

Não se pode ignorar, assim, a preservação ainda existente do caráter hegemônico do saber médico sobre a saúde e a organicidade com o projeto de classe que o origina, reproduzindo a leitura liberal e profissional da medicina e da saúde, por decorrência, como ingrediente fortemente ideológico da hegemonia praticada nos processos de formação e nas relações vivenciadas nos espaços do trabalho em saúde. Portanto, a formação dos docentes em saúde não se resume apenas aos percursos sistematicamente desenvolvidos nos cursos de formação, mas as suas formulações políticas se tornam um elemento importante para compreendermos o potencial contra-hegemônico, antiadaptativo ao sistema de valores e práticas que se necessita superar, assim como a sua função estratégica no sentido de não se desobrigar o Estado de comprometer-se com as distintas forças sociais que disputam tais políticas.

Nesses termos, é possível concluir: para que a formação docente em saúde possa tornar-se prática transformada e transformadora necessita estar participando de um conjunto amplo de ações que vão muito além dos espaços onde ocorrem os processos educativos formais, devendo

abarcar "(...) a totalidade das práticas educacionais da sociedade estabelecida" (MÉSZAROS, 2008, p.45), como soluções essenciais. O que significa que tais ações transformadoras precisam abarcar *as relações sociais* (das quais a economia faz parte), responsáveis pela internalização por parte dos indivíduos "(...) dos parâmetros reprodutivos gerais do sistema do capital" (idem, p.44) tomado, neste tipo de sociedade, como quadro de referências orientador, inclusive para as instituições e ações formais de educação, responsáveis em parte pela referida internalização. Portanto, a Reforma Sanitária como parte de uma reforma social continua fazendo sentido.

Integram nossas conclusões o quanto esse esforço exploratório nos permitiu (re)conhecer múltiplas dimensões e determinações que constituem as experiências em formação docente para a EPTNM em saúde (integrantes do campo da EPTT) como fenômeno político e também, como em nosso caso, política pública, social, "como conjunto de práticas e objetivações que se referem diretamente ao Estado, às relações de poder entre governantes e governados (COUTINHO, 1989, p. 76-77), apontando importantes nexos com os abrangentes processos de reprodução do capital, possibilitando reconhecê-las como parte da totalidade social mais ampla, revelando um universo de questões que transbordam em muito o recorte deste estudo.

Tais nexos envolvem aspectos que impactam profundamente o desenvolvimento das suas bases politico-conceituais (e práticas) – representados nos sentidos que respondem à questão - a serviço de quê e de quem se desenvolvem - em permanecendo o propósito/pretensão de integrar as lutas de cunho emancipatório, histórico-democrático e publicista, com o qual, em suas origens, as ideias e o projeto da Reforma Sanitária expressaram seu compromisso.

Cremos ter evidenciado neste estudo o reconhecimento de que a historicidade destas formulações está intrinsecamente ligada, contraditoriamente, às iníquas condições que vêm degradando e desvalorizando a educação, a saúde e nelas a profissão docente, na história da estrutura social brasileira, implicando na má qualidade da formação, das condições de trabalho e, por consequência, da qualidade da educação, da saúde e do respeito pelo trabalho desenvolvidos no âmbito do setor público. A natureza de classe do Estado brasileiro faz com que este setor ressinta-se da falta de investimentos, continuidade, permanente atualização e avaliação no processo de suas realizações, pactuados com os sujeitos envolvidos e focados no interesse público.

O SUS – *locus* destas experiências e foco central de atuação e formação de milhões de trabalhadores, inclusive para o exercício da docência em Educação Profissional de Nível Técnico em Saúde –, como sistema-política que avançou em relação às condições existentes na década de 1980 conforme destacado no Capítulo 2, permanece vivenciando, em decorrência da ampliação e estreitamento das relações público-privadas, fortes paradoxos entre projeto e processo de implantação. Estes paradoxos refletem as disputas de visões em torno da "alta política" – ligada à fundação de novos Estados e determinadas estruturas orgânicas econômico-sociais –, e da "pequena política" – representada pelas políticas específicas, sociais –, conformando os embates e arenas em torno das políticas de Educação Profissional, abordados nos Capítulos 1, 2 e 3, com base na concepção gramsciana que serviu de referencial teórico de análise.

Desse modo, está abrigando antagônicos sentidos e práticas tanto assistenciais como de formação de trabalhadores, que se dizendo 'no interesse' dessa que foi concebida como *a política pública da Reforma Sanitária,* para materializar a saúde como bem público (de natureza redistributiva em um contexto privatista) reproduzem, de fato, as perspectivas privatistas da assistência e pragmáticas do trabalho, restrito à profissão, como fato estritamente econômico, assim como a formação técnica baseada no aprender fazendo, na abordagem por competência voltada para o interesse do mercado empresarial da saúde.

Esses modos que aparentam ser 'apenas' diferentes formas de ver e praticar a formação dos trabalhadores e docentes 'no interesse do SUS', de qual SUS estão falando?, uma vez que vêm interditando, retrocedendo ou restringindo *o âmbito das alternativas* que se colocam à ação dos sujeitos em prol das práticas educativas e assistenciais que intencionam ser transformadoras. Afetando desde o modelo assistencial e de gestão, às estratégias prioritárias para novas formas de produção do cuidado e da educação na saúde, dentre concepções e práticas que buscam situar-se em contradição ao desenvolvimento da educação e do cuidado-mercadoria.

Desse modo, são mantidos os crônicos problemas da formação e as propostas parciais ou pontuais identificadas também nas Conferências Nacionais de Saúde e de Recursos Humanos em Saúde apresentadas no Capítulo 3. Muitas delas não indagam pelo SUS público, mas se relacionam com 'a rede do SUS' como um mercado para a venda de serviços educacionais e assistenciais, como fizeram com o Sistema Nacional de Saúde do regime militar.

Não podemos deixar de relembrar aqui que um dado modelo técno-assistencial é expressão de um determinado projeto de política que se instituiu no interior do Estado, no campo da Saúde Pública, refletindo as relações entre este campo e os padrões de acumulação capitalista, como nos ensinou Merhy (2006) no capitulo 2, alertando-nos, de certa forma, para a necessidade histórica de superação da mera recepção passiva de dados imediatos da realidade ou semelhanças semânticas, por uma leitura crítica, consciente dessas relações nem sempre realçadas.

A formação docente promovida por estas experiências teve um público prioritário, embora não exclusivo: os profissionais que atuam com função docente nas ETSUS. Partia-se da perspectiva de fortalecimento da Educação Profissional ofertada pelo setor público de saúde, o que pode ser considerado uma das suas potenciais contribuições a uma das ambições mais amplas da RSB. Contudo, o campo da EPTNM em geral e em saúde deparou-se novamente com o paradoxo (aparente) da implementação de políticas públicas de educação, a exemplo do Pronatec, plenas de incentivos ao fortalecimento do setor privado.

Esse setor, além de hegemônico nessa modalidade e na área de Saúde/Enfermagem principalmente, promove com recursos públicos uma oferta de formação divergente dos sentidos do SUS público, que na verdade reitera o modelo hegemônico individual, curativo e privatista de atenção. Os sentidos do SUS público estão centrados no direito à saúde, no seu reconhecimento como produção social e, consequentemente, no projeto societário presente na perspectiva da Reforma Sanitária como parte de uma reforma social.

Certamente, com tais antagonismos e aparentes paradoxos, uma das principais conclusões desse estudo se refere à *necessidade histórica da luta permanente em prol da ampliação dos espaços públicos de Educação Profissional de Nível Técnico*, onde este estiver e puder ser construído, com base em um pensamento educacional contra-hegemônico que combata a internalização dos valores individualistas e competitivos que naturalizam a exclusão e a exploração humana, desde a Educação Básica, na qual foi incluída recentemente a Educação Profissional, proporcionando a construção de uma vontade coletiva que rompa com esta lógica, para o que a força de trabalho em saúde de nível técnico e seus docentes, possivelmente darão suas contribuições.

A aposta que se faz nos processos comprometidos com a qualidade socialmente relevante das propostas e das formas de ofertá-la, cada vez mais integrados ao Ensino Médio, na

travessia que essa forma representa neste momento histórico (até mesmo para uma nova forma-escola), é que estarão atentos à necessidade de responder ao *enfrentamento teórico-prático da Reforma Sanitária e do SUS* na perspectiva da *universalização do direito à saúde como bem público*, uma conquista indissociável do processo de democratização da sociedade-Estado, ao tempo em que superam a forma subsequente como a mais hegemônica forma de ofertar a formação dos trabalhadores que atuam no SUS até este momento.

No que tange à formação docente, corroboram com essa conclusão sobre a necessidade de ampliação dos espaços públicos numa perspectiva contra-hegemônica os sinais da materialidade desta formação na área de saúde no país, registradosno Capítulo 4, onde foi recuperada sua historicidade e problematizados em relação aos desafios postos pelas demandas dos setor público de saúde e de educação, mesmo que criticamente (re)vistas em seus métodos e fins, diante da utopia da universalização desses direitos. Estes sinais estão indissociavelmente relacionados aos avanços e recuos no âmbito das disputas pelas políticas públicas de educação, em meio às lutas por *uma política específica* de formação de trabalhadores e docentes da EPTNM que supere a perspectiva tecnicista, mecanicista, distante do sentido ontológico do trabalho. Assim como, pela formação do educador embasada em uma concepção emancipadora de educação e formação, desde a década de 1970, como contribuição dos educadores à dimensão teórico-prática das lutas pela democratização da sociedade-Estado brasileiro.

Ressaltamos dentre os sinais da materialidade a denominada 'indefinição' sobre as DCNs para formação docente em EPTNM que permanece até os dias atuais. Ela contribui para o quadro de fragmentação da EPTNM e também para a dispersão de forças sociais que podem compartilhar visões emancipatórias. Tais forças e visões são necessárias à envergadura da luta permanente acima enunciada.

A sua relevância se deve ao fato de que tanto a existência como a permanência são frutos também dos nexos que a 'indefinição' possui com as relações sociais mais amplas, com a lógica mistificadora do capital, o que nos permite concluir que não é casual e se relaciona com os interesses político-econômicos e ideológicos que sustentam o que hoje reconhecemos como *a oferta formativa diversificada* para a docência em EPTNM em geral e em saúde no país. Desde capacitações livres a mestrado profissional é disputadas por diferentes sujeitos sociais (instituições públicas, privadas, sindicatos de trabalhadores), conforme evidenciam os quadros de nº 7 e 8 presentes no Capítulo 4.

Os quadros e o apêndice B apontam que quem a disputa diversifica a forma ao ofertá-la, principalmente no nível de especialização, sendo ainda predominante a modalidade presencial. Quais são os sentidos de positividade que movem tal oferta determinando seu 'acolhimento' pelos alunos-profissionais das mais diversas áreas da EPTT/EPTNM? Essa continua sendo uma pergunta relevante, a nosso ver, que ainda precisa ser respondida, mas extrapola os limites deste estudo.

Os distintos sentidos sobre a docência em EPTNM explicitados por estes cursos (descritos no Apêndice B em seus aspectos qualitativos) permitem identificá-la, majoritariamente referida à perspectiva profissionalizante, no interesse do mercado de trabalho, e os objetivos enunciados confirmam que são predominantemente dirigidos para *graduados* (profissionais assistenciais, docentes de escolas técnicas ou espaços educativos informais) evidenciando a quem servem ou buscam alcançar como clientela prioritária, ou seja, quem são os que deles necessitam.

Os contextos, determinações, reações e fundamentações críticas no que concerne ao *sentido da formação docente* – parte fundamental das disputas e da fragmentação – foram discutidos nesse mesmo capítulo apontando o recuo em relação às dimensões políticas e o deslocamento da centralidade da reflexão, a partir da década de 1990, para a categoria da prática e da prática reflexiva (conteúdo expressivo das divergências), incluindo o debate no que tange às proposições alternativas às licenciaturas, em geral, resultantes da Resolução nº 2/97, que dispôs sobre a oferta de formação docente para a Educação Profissional, disciplinas do Ensino Fundamental e do Ensino Médio, por meio de Programas Especiais de Formação Pedagógica, assim como, sobre a promulgação das DCNs para os professores da Educação Básica em 2001.

A formação docente para EPTNM não foi contemplada, tanto em 2001, como em 2004 pelo Decreto 5.154 de 2004 que regulamenta a Educação Profissional, embora desde 1997, a formação teórica de qualidade venha sendo reiterada e propostas construídas, tanto por parte das entidades representativas dos educadores como de diferentes universidades, como condição necessária para a prática pedagógica transformadora. A universidade é considerada como espaço privilegiado de formação de profissionais de educação, o que incluiria os docentes dos cursos técnicos. Quanto aos últimos, relembramos que desde a década de 1968 existe tal expectativa, mas sua historicidade nos fala de uma formação sistematicamente paralela a este espaço acadêmico.

A denúncia também exaustivamente reiterada sobre a desvalorização econômica e social do professor, em geral, e da EPTNM, em particular, apontada como a verdadeira raiz da 'falta de professores' que acaba justificando as soluções emergenciais, evidencia que não são questões novas nem exclusivamente brasileiras e a dualidade da formação docente para a Educação Básica e Profissional continua alimentando a 'indefinição'.

O quadro 10, por sua vez, possibilita-nos inferir que uma das fortes razões para esta indefinição, a partir dos anos 1990, pode estar na *polarização da formação* desses docentes, que se materializa entre a oferta via cursos de *Licenciatura de graduação plena* (vide quadro 8), nas universidades e pela via dos Programas Especiais (que aproveitem ou não os conhecimentos e experiências anteriores), realizados em outros *locus* de formação ou em parceria com universidades, no nível de *especialização*.

Conclui-se, diante dos sinais levantados, que influem nesta antiga, complexa e disputada questão a produzida limitação quantitativa da oferta via licenciaturas na modalidade presencial em relação aos Programas Especiais; a majoritária oferta desses Programas pelo setor privado (cuja expansão como mercado educacional está fortemente ancorada na pós-graduação *lato sensu*); a disparidade entre a oferta de bacharelados e de licenciaturas, evidenciada pelo exemplo da área de Enfermagem – 884 bacharelados e 24 licenciaturas, diante das fragilidades já reconhecidas pelo campo da EPTT/EPTNM em relação a falta de professores, principalmente nos Estados, e de formação dos quadros existentes (inicial e continuada).

São fragilidades que a cada dia transformam-se em uma condição crônica, que se agrava em termos quali-quantitativos, principalmente se considerarmos sua relevância para a viabilidade de uma prática educativa transformadora, contra-hegemônica, no âmbito do setor público.

É necessário, portanto, concluir que a materialidade/forma histórica atual das Licenciaturas apresenta-se como uma limitação importante para se tornar a única alternativa para formação docente em EPTNM na área de saúde, considerando, também, as condições objetivas de vida e trabalho dos graduados (apontadas no Capítulo 3) e mesmo dos graduandos das seis subáreas que mais a demandam, (vide o quadro 8). As expectativas dos graduados após a conclusão da formação no nível de especialização se dirige para a progressão dos estudos, nesse campo, mas no nível do *stricto sensu* **(**descritas no Capítulo 4, seção 4.3)

Consideramos, ainda, no que tange à materialidade da formação docente discutida, a importância de serem conhecidas às semelhanças e diferenças entre os processos promovidos pelas diferentes instituições; em que se aproximam e se distanciam da base comum nacional proposta pelos profissionais de educação, das convergências resultantes do debate promovido pelo campo da EPTNM, da problematização dos princípios e implantação da Reforma Sanitária e do SUS público, em sua concretude.

Situadas nos respectivos contextos (descritos no Capítulo 5) e na historicização enunciada anteriormente trazemos as inferências sobre a perspectiva da Reforma Sanitária e os sentidos sobre formação docente e trabalho pedagógico que apontam, na perspectiva da Reforma Sanitária como parte de uma reforma social, os limites e contribuições das experiências de formação docente analisadas. Consideramos que ambos possuem potencial para contribuir com a construção de uma política de profissionalização docente para a EPTNM, no campo democrático da educação e da saúde por emanarem de experiências concretas, integrantes das lutas, tentativas e proposições realizadas em busca de uma política de formação docente para a EPTNM, discutidas a partir do Capítulo 3, e na especificidade da área da Saúde, conforme Capitulo 5.

I) **Quanto à perspectiva da Reforma Sanitária**

Os sentidos colhidos nos documentos expressam diferentes ênfases e cada experiência, de certa forma, reflete as questões mais prementes em seus contextos específicos, direcionadas pela e para a viablilização/construção do SUS. A perspectiva da transformação mais ampla – a democratização da sociedade-Estado-saúde – foi, desde o início, focalizada e materializada no compromisso político com a profissionalização dos trabalhadores sem qualificação profissional engajados na força de trabalho.

Compreendida como uma necessidade setorial que reflete uma questão de exclusão e, também, de inclusão social, a formação profissional objetivou a qualificação com obtenção de uma identidade profissional, como forma de reconhecer social e profissionalmente esses trabalhadores. A contra-hegemonia concretizou-se no âmbito do compromisso com o acesso a formação profissional; na superação da educação tradicional e dos treinamentos em serviço; na aquisição da escolaridade fundamental e na prestação de serviço de qualidade à população

usuária dos serviços públicos por meio da efetiva integração do ensino com as práticas em serviço, como expressão da democratização da saúde e da sociedade.

Os cursos promovidos pelos projetos Larga Escala e Profae trabalharam de forma orgânica o enfrentamento do modelo tecno-assistencial biologicista, a formação dos trabalhadores e a organização dos serviços, tomando-as como elementos de sustentação de políticas públicas, relacionadas a demandas sociais, institucionais e setoriais.

O curso piloto/Profaps refere-se à RSB como uma síntese de relações sociais mais amplas (vide quadro 19), justificando assim, a história das lutas sociais por saúde no Brasil como eixo de sustentação da proposta do curso, resgatando o Movimento, princípios, a compreensão da saúde como dever do Estado e o processo saúde-doença como fenômeno socialmente determinado.

Os limites mais relevantes estão no âmbito do que a ênfase na materialização do SUS determinou para a ação política de diferentes naturezas: reforço na dimensão institucional da Reforma Sanitária pela focalização na organização dos serviços; na possibilidade de permitir a redução da realidade social mais ampla à determinação dos problemas do setor/do cuidado, numa perspectiva fortemente profissionalizante, e de integrar um conjunto de ações institucionais determinadas pela perspectiva politicamente reformista, mais hegemônica.

As contribuições mais relevantes se colocam no sentido do compromisso histórico com a prática social em saúde como bem público; na capacidade propositiva e de intervenção na realidade com base em uma ação política de natureza educativa contra hegemônica/progressista; na desnaturalização da 'desqualificação' profissional dos trabalhadores; no reconhecimento dos mesmos como sujeitos, principalmente os menos valorizados socialmente, capazes de construir novas possibilidades apesar e a partir da sua inserção em relações sociais excludentes.

II) **Quanto à formação docente:**

Embora haja um importante nível de distinção destas experiências nesta categoria os sentidos apreendidos permitem identificar avanços políticos e ético-pedagógicos em seu processo de desenvolvimento, na perspectiva dos sujeitos que atuam nesse campo no setor saúde, considerando que a formação docente caracterizava-se como uma capacitação pedagógica em serviço e constituiu-se, com muita luta, em uma formação mais consistente e portadora de prerrogativas/direitos para o exercício docente na EPTNM, nesta área.

Da condição de trabalho de instrutores supervisores para os quais a docência era uma função sem remuneração específica, 'intrínseca' a sua atuação profissional técnica nos serviços de saúde, passou a ser um trabalho de profissionais de saúde-professores dos cursos de auxiliares e técnicos das ETSUS, remunerados para tal, a partir do Profae. A capacitação pedagógica que intencionava integralizar-se com outras estratégias numa formação correspondente à licenciatura plena não foi concretizada.

A partir do início do século XXI passou a ser realizada no nível de especialização, na modalidade a distância de forma semipresencial, promovida por uma rede de universidades parceiras (majoritariamente públicas), com experiência na formação de professores, visando a profissionalização docente em EPTNM, de forma contextualizada na concretude das políticas e práticas de saúde e educação para esta modalidade, nesta área.

Adquiriu na perspectiva desses sujeitos sentidos de positividade, diante do avanço no nível de titulação, na compreensão da articulação trabalho-educação em saúde, na acessibilidade à clientela dispersa territorialmente sem possibilidade de participar de um ensino presencial, possibilitando ampliar a formação de professores já especializados nas áreas técnicas, como atualização para os licenciados, assegurando uma titulação e uma progressão nos estudos para além da já alcançada.

Bases conceituais como prática social subsidiando a compreensão e análise da realidade mais ampla, associando as competências específicas a uma visão global da realidade social e prática em saúde, abordagem crítica e reflexiva dos conteúdos e das experiências, foram sendo incorporadas. No curso promovido pelo Profae a *abordagem por competências* também o foi, com certo grau de constrangimento, razão pela qual se buscou induzir a sua recontextualização por meio do conceito de competência para o cuidar em saúde.

Posteriormente, a experiência piloto demandada pelo Profaps, cuja formação docente também foi ofertada no nível de especialização, em EAD, avançou no sentido ético-politico e pedagógico para além dos esforços anteriores, ao tomar como referência central *o significado social da ação educativa no âmbito da saúde pública*, oferecendo elementos essenciais à formação humana integral dos alunos-docentes, formação teórico-prática consistente para a adoção de uma ação docente crítica, socialmente significativa e emancipadora, na perspectiva do desenvolvimento da autonomia intelectual e ética desses docentes.

Nesse sentido buscou propiciar a compreensão crítica e global da realidade na qual se inscrevem as práticas em saúde-educação como produções sociais, enfatizou a atuação de forma interdisciplinar, para a qual contribuiu tanto a superação da lógica fragmentada entre concepções e práticas na saúde como a recuperação do significado pleno do trabalho em seu sentido ontológico, além da sua dimensão produtiva. Exercitou a opção pela *história das lutas sociais por saúde no Brasil* como eixo de sustentação de toda a estrutura curricular, para possibilitar uma leitura não linear da realidade e sua historicidade. Ousou enveredar pela organização curricular segundo Complexos Temáticos, a partir da contribuição de Pistrak, nos quais articulou bases conceituais e atividades de investigação, planejamento e prática pedagógica.

Os limites mais relevantes deste conjunto de experiências de formação são identificados mais contundentemente na formação promovida pelo Projeto Larga Escala, com base nos aspectos já discutidos nos Capítulos 4 e 5, caracterizando-a como uma formação inicial de curta duração, aligeirada, descontínua, com pinceladas de teoria, que não constrói a profissionalização docente por não ter podido assegurar a legalidade para o exercício docente devido ao caráter informal da capacitação ofertada, determinado, em certo grau, pela função docente subsumida na atuação profissional e a inexistência desta possibilidade nos planos de carreira das instituições de saúde, naquele momento histórico.

Embora intencionando explorar a dimensão formativa do trabalho (vide quadros 12 a 14) possibilitou, mais propriamente, a ênfase na dimensão profissionalizante do trabalho produtivo. Suas bases pedagógicas e didáticas foram insuficientes para apoiar uma apropriação crítica das mesmas e um trabalho pedagógico crítico e transformador, que fosse além dos limites de uma abordagem 'contestadora', a depender do perfil ideológico do Instrutor/Supervisor.

A constrangida adoção da abordagem por competências no curso promovido pelo Profae, embora recontextualizada para possibilitar outras leituras para além dos referenciais curriculares impostos, também representa uma 'captulação' às determinações das reformas de cunho neoliberal aplicadas à educação e à correlação de forças constituída naquele momento.

As contribuições mais significativas na perspectiva da democratização, já sobejamente mencionada, dentre outras, localizam-se na introdução de processos de formação pedagógica no âmbito dos serviços como uma dimensão e também uma necessidade para a educação do educador na área da saúde nesta modalidade, apontando para um saber que vai além do saber

tácito ou apropriação exclusivamente empírica. A desnaturalização da relação autoritária professor-aluno e no âmbito das equipes pelo exercício do papel de Instrutor/Supervisor e aluno-trabalhador, são, dentre outras, contribuições atribuíveis ao LE.

Como parte desse movimento contraditório, no campo contemporaneamente identificado como da Educação Profissional Técnica e Tecnológica/EPTT, no qual se situa a EPTNM em Saúde, a abordagem da saúde e da educação de trabalhadores como práticas sociais, determinadas historicamente, tanto quanto o SUS; a elevação da consistência teórico-metodológica e ético-política em termos do perfil do docente em saúde; e a história das lutas sociais pela saúde e educação também vêm confirmar a possibilidade de existir, ainda que não sob a forma de uma Licenciatura, propostas e práticas que se contrapõem as lógicas da mercantilização e banalização predominantes, no âmbito do próprio Estado. Nestas experiências, o saber sobre o trabalho se coloca como parte da formação do ser humano-trabalhador, como ser histórico-social em permanente apropriação e subjetivação, intersubjetivamente realizadas, aplicadas tanto ao docente como ao aluno-trabalhador.

III) Quanto ao trabalho pedagógico

De forma contrária aos limites da formação docente promovida, os sentidos sobre o trabalho docente desde o Projeto Larga Escala são alargados, envolvem a docência no sentido mais estrito assim como no sentido ampliado – de trabalho pedagógico e sua organização –, para o qual o docente deve ser preparado. Desde então já envolvia o planejamento, seleção e organização do recorte dos conteúdos/realidades, a escolha das estratégias e recursos pedagógicos (nos limites das concepções pedagógicas de cada curso), concepção e implementação da avaliação de processo e desempenho com ênfase no trabalho de grupo, gestão da escola e dos registros escolares, dentre outras ações (vide quadros do Capítulo 5).

As condições para a realização desse trabalho também foram contempladas envolvendo a instalação de centros de formação profissional equipados com biblioteca, laboratórios e, até mesmo, alojamentos para os estudantes oriundos de lugares mais remotos e a valorização da função de supervisor, dentre outras propostas defendidas desde a década de 1980 e que se tornaram embriões de diversas escolas que integram a RETSUS.

Os sentidos sobre o trabalho pedagógico, contudo, podem ser oriundos de bases filosóficas, epistemológicas, políticas e pedagógicas diferentes, embora todos se refiram, em

algum momento e grau a uma formação e pensamento críticos, superação da racionalidade técnica, adoção da racionalidade emancipatória, práxis, autonomia e responsabilidade social em relação à humanidade com base em valores universais e o rompimento no espaço escolar com a divisão intelectual e operacional; aluno como sujeito da sua aprendizagem; organização curricular por áreas integradas, complexos temáticos, núcleos e módulos, expressando a importância de uma concepção de educação, sociedade, homem, que subsidie tais decisões.

No âmbito do curso piloto a docência assumiu o sentido de trabalho pedagógico e sua organização, no qual o planejamento e prática são desafiados a articularem-se, vindo ao encontro da formação do docente pesquisador. As três experiências, explicitamente ou não, fundamentaram suas concepções sobre a docência e o trabalho pedagógico em conceitos como prática social e o nível crítico das apropriações sobre as ideias pedagógicas e o perfil docente mostram avanços.

Os limites podem ser identificados menos nas formulações e mais na ausência de políticas públicas para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio e para a formação dos seus docentes que sejam integradas por mecanismos de valorização e que articulem efetivamente a formação inicial e continuada a um conjunto de condições de trabalho, salário e carreira dignas e promotoras de autonomia ética e política, como a complexidade educativa requer.

Para a área da Saúde as possibilidades já existentes em termos de normas de gestão, administração e financiamento relacionadas ao Pacto pela Saúde, à Política Nacional de Educação Permanente para o SUS, permitiriam, supostamente, que iniciativas políticas nesse sentido possam ser implementadas mais universalmente, mediante a relação de forças constituída, configurando um indiscutível avanço na perspectiva da profissionalização docente em EPTNM em saúde.

Tais políticas expressariam o reconhecimento da identidade e não apenas da função docente do professor nos espaços educativos existentes no âmbito do sistema ou dos serviços de Saúde/SUS, por exemplo, possibilitando maior coerência com a sua base legal de sustentação (que reconhece o trabalho como parte da produção social do processo saúde-doença-cuidado), com a existência de uma Rede de Escolas do SUS, com o estatuto de política conferido à Educação Permanente e com a prerrogativa legal de ordenar a formação dos recursos humanos em todos os níveis de ensino.

No entanto, o setor Saúde, embora acumulando certa experiência de implantação do seu Sistema Nacional, no qual também vem conformando uma espécie de *subsistema* de desenvolvimento de recursos humanos (FIOCRUZ, 2006) e, mais atualmente, de gestão do trabalho e da educação na saúde, com estruturas, financiamento e responsabilidades compartilhadas, regionalizadas e regulamentadas em regime de colaboração entre os três níveis de governo, ainda precisa consolidar e/ou construir, contraditória e historicamente, dimensões estruturantes da relação educação e trabalho em saúde, como uma política global cujos objetivos deveriam englobar tanto a formação de trabalhadores em saúde como a dos seus docentes, como ofertas sistemáticas, pela condição de elementos estruturantes do funcionamento do sistema que concretiza a saúde como bem público.

Tal construção certamente está determinada por mudanças estruturais e conjunturais que tenham como horizonte histórico a construção de uma sociedade democrática, mais justa e igualitária, e, assim, nas marchas e contramarchas da implantação do SUS, um sistema de saúde no qual está formalizada a participação social visando ao controle do seu desempenho, em contextos políticos e econômicos desfavoráveis, a luta por uma cobertura universal e equitativa continua sendo uma questão de cidadania, objetivação do conteúdo democrático da Reforma Sanitária, no embate com ideologias e objetivos opostos, internos e externos ao próprio sistema, requerendo uma revisão profunda das relações público-privadas, hoje não só preservadas como ampliadas.

As condições estruturais e conjunturais capitalistas já evidenciaram que estas não são tarefas fáceis, não serão consentidas, mas as conquistas ao longo do desenvolvimento histórico desses campos reforçam a compreensão de que são possíveis, se reconhecidas as determinações que provêm da realidade objetiva, em particular das relações sociais de produção, e as articulações entre teleologia e causalidade sejam construídas por sujeitos coletivos, dando o salto da superação historicamente possível, uma vez que a própria esfera política tem caráter histórico.

Potencialmente, tais articulações poderão gerar novas condições objetivas para que os profissionais de saúde-educadores possam construir a outra face da sua base identitária – a de educador-professor em saúde –, na medida em que esta seja sua atuação principal, contribuindo para a saúde como bem público por meio da Educação Profissional – inicial e continuada/permanente – dos seus trabalhadores.

As políticas de formação docente analisadas neste estudo comprovam a fragilidade da sua existência como uma ação sistemática do Estado, evidenciada pela dependência de programas e projetos que, mesmo possuindo financiamento e proposta de formação validada, podem ou não promover a referida formação, sem contudo, deixar de reiterar formas aligeiradas que não fortalecem a profissionalização dos profissionais de saúde-educadores, apesar da inegável contribuição dos docentes para o alcance das metas (no nível de milhares) tornadas possíveis em função do trabalho de formação desenvolvido por eles (GALVÃO, 2013), muitas vezes acumulado com outros vínculos como profissional de saúde.

Na medida em que a EPTNM é hoje parte constituinte da Educação Básica e o processo de construção das DCN específicas vem sendo mais explicitamente disputado, como já vimos, vale a pena destacar aqui dois conceitos: profissão e profissionalidade docente, que esclarecem tanto as distâncias como as proximidades da materialidade da formação docente em saúde em geral e das experiências construídas em EPTNM em Saúde discutidas neste estudo, em relação às perspectivas disputadas pelas forças democráticas do campo educacional, com as quais a Reforma Sanitária e o SUS como necessidades históricas podem dialogar.

Segundo Freitas, falamos

> [...] de uma política de valorização do magistério como profissão, com o sentido *de projeto de vida e futuro*, enquanto percurso da existência, uma carreira que deve necessariamente estruturar-se tendo como parâmetro orientador o compromisso social dos educadores com as necessidades educativas de nosso povo e com a qualidade histórica da escola (2007, p. 1.205, grifo do autor).

A concepção de profissionalidade docente é concebida como "a postura ideológica, intelectual e epistemológica que um indivíduo assume diante de seu exercício profissional, influenciando a transformação de sua prática" (CRECCI; FIORENTINI, 2012, p. 3).

Na perspectiva desses conceitos [94], das delimitações sinalizadas no Capítulo 5 quanto às concepções de docência, trabalho pedagógico e educador-professor, dos princípios propostos pela Anfope norteadores da base comum nacional, entendemos que podem ser identificados, a

[94] Desde o PNE que ainda está em tramitação já estava prevista a "institucionalização, no prazo de um ano de vigência, do Sistema Nacional de Formação e de Valorização dos Profissionais da Educação, com a formulação de uma política nacional elaborada com planos específicos que assegurem formação inicial presencial, admitindo-se educação a distância somente em locais de difícil acesso" (ANFOPE, 2012, p. 12).

partir dos sentidos inferidos das experiências analisadas, elementos capazes de subsidiar os debates sobre as regulamentações e políticas concernentes a esse campo, respeitada a historicidade e especificidade de serem desenvolvidas para graduados, no espaço da particularidade saúde.

Outros pontos além dos convergentes carecem ser debatidos e enfrentados de modo a possibilitar o conhecimento mais profundo das distâncias e seus determinantes, tomando a materialidade como ponto de partida para a construção de uma vontade coletiva negociada que se torna, desse modo, "protagonista de um drama histórico real efetivo – ou seja, que se torna um momento ontologicamente constitutivo do ser social" (COUTINHO, 1989, p. 136).

Nesse sentido, os estudos sobre a forma histórica assumida pela prática pedagógica das ETSUS, realizados por Ramos (2010), e sobre a política de formação dos técnicos em Saúde no Brasil, realizado por Lima (2010), dentre outros, merecem ser objeto de reflexão por parte dos envolvidos neste compromisso, uma vez que a formação pedagógica ministrada por meio do próprio Ministério, as apropriações feitas delas, a ausência de processos de educação continuada sistemáticos com reflexão crítica das relações estabelecidas em termos teórico-práticos, a oferta de capacitações de curta duração, dentre outros fatores, tornam-se corresponsáveis pela forma em que se materializam, sendo esta forma, de fato, o critério que valida historicamente às intenções.

Estamos reconhecendo, por fim, a importância histórico-estratégica da convergência nas políticas de formação de docentes enfocadas aqui, por duas áreas, temáticas, utopias e ideários que vêm sendo duramente atacados nas últimas décadas, tanto na saúde como na educação, ambas marcadas por uma história de lutas sociais no Brasil Republicano. "Tal convergência, que adquire caráter de indissociabilidade em nosso tecido cultural, potencializa as possibilidades de mobilização social, objetivando construir as condições socioeconômicas necessárias à garantia de acesso aos direitos básicos historicamente negados à maioria da população do País" (BRASIL, 2006, p. 1-11). Aponta-se, dessa forma, na direção do diálogo, da construção de novas iniciativas que permitam o compartilhamento das lutas que buscam reverter o processo perverso de mercantilização de direitos básicos universais, sustentados no compromisso ético-político comum dos profissionais de saúde-educadores e dos profissionais da educação identificados com tais bases teleológicas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. L. T de. **A qualificação do atendente no processo de profissionalização da Enfermagem**. Dissertação (Mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Centro Biomédico. Rio de Janeiro, 1992.

ANDRÉ, M. E. D. A. **Estudo de caso em pesquisa e avaliação educacional.** 3. ed. Brasília: Liber Livro, 2008 (Série Pesquisa vol. 13).

AROUCA. S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL PELA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO - ANFOPE. **Recomendações sobre diretrizes e linhas de ação para uma política nacional de formação dos profissionais da educação.** 1997. Disponível em http://www.lite.fae.unicamp.br/anfope/menu2/links/documentos_artigos.htm. Acesso em 03/08/2012.

_____. **Políticas de formação e valorização dos profissionais da educação**: PNE, Sistema Nacional na CONAE/2014 e Fóruns permanentes de apoio à formação docente. Documento final do XVI Encontro Nacional da ANFOPE. Brasília, 2012.

BAHIA, L. A démarche do privado e público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1998-2008. In: MATA, G. C; LIMA, J. C. F. (orgs.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde:** contradições e desafios em 20 anos de SUS**.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008.

_____. O Sistema de Saúde Brasileiro no Século XXI: narrativas, mitos e críticas. In: **Trabalho, Educação e Saúde**: 25 anos de Formação Politécnica no SUS. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BAGNATO, M. H. S. Licenciatura em Enfermagem: para quê? Tese (Doutorado em Educação). Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1994.

BAGNATO, M. H. S; BASSINELO, G. A. H. Projeto Larga Escala: uma análise a partir da bibliografia existente. **Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery**, 13 (1), jan.-mar. 2009, Disponível em http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a27.pdf. Acesso em 10/12/2012.

BAPTISTA, S. de S. **A luta da enfermagem por um espaço na universidade**. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ,1997.

BOITO JUNIOR, Armando. A nova fase do capitalismo neoliberal no Brasil e a sua inserção no quadro político da América Latina. In: ALLAGA, Luciana et al (orgs.). **Marxismo**: teoria, história e política. São Paulo: Alameda, 2011.

BOMFIM, M. I. R. M. (coord.) et al. **Formação docente em Educação Profissional Técnica na área da Saúde**: trabalho, saúde e educação. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Educação a Distância, 2009.

BOMFIM, M. I. R. M. **Trabalho docente, classe e ideologia:** o Ensino Médio e a modernização conservadora no Brasil**.** Tese (Doutorado). Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2008 (mimeo).

_____. **Avaliação, em processo, da formação pedagógica desenvolvida pelo Profae**: contribuições à formação de trabalhadores da área de Saúde. Relatório final. Maio 2005 (mimeo).

BRASIL. **Constituição da República Federativa**. Senado Federal, Brasília, 1988.

_____. Ministério da Educação. **Censo da Educação Básica 2012** (Resumo técnico). Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira, 2013. Disponível em portal.inep.gov.br/resumostecnicos. Acesso em 29/12/2013.

_____. Ministério da Educação. **Lei n. 12. 513, de 26 de outubro de 2011**. Institui o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec). Brasília, 2011. Disponível em: http://pronatecportal.mec.gov.br/. Acesso em 27/01/2012.

_____. Ministério da Educação. **Desemprego,** 2012. Disponível em: http://pronatec.mec.gov.br/componente/contente/article/14-banner-central/46-desemprego. Acesso em 31/08/2012.

_____. Ministério da Educação. Guia Pronatec de cursos FIT, 2012. Disponível em http://pronatec.mec.gov.br/fic/et_ambiente_saude/et_ambiente_saude.php. Acesso em 31/08/2012.

_____. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). **Censo escolar 2010** (Resumo técnico). Brasília, 2010. Disponível em: http://www.inep.gov.br. Acesso em 02/11/2011.

_____. Ministério da Educação. **Catálogo Nacional de Cursos Técnicos – CNCT**. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Média e Tecnológica. **Políticas públicas para a Educação Profissional e Tecnológica**. Brasília, 2004 (mimeo).

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Média e Tecnológica. **Referenciais Curriculares Nacionais de Educação Profissional de Nível Técnico**. Área Profissional:Saúde.Brasília, 2000. Disponível em http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/saude.pdf. Acesso em 30/08/2012.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Programa de Formação de Pessoal de Nível Médio.** Rio de Janeiro, 1987.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.200, de 14 de setembro de 2011**. Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.189, de 18 de dezembro de 2009.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps). **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 dez. 2009.

_____. Ministério da Saúde. SGTES/Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Fiocruz/ENSP/Educação a Distância. **Projeto do Curso de Formação Docente em Educação Profissional na Área da Saúde.** Nível Especialização. Rio de Janeiro, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **1º Fórum Nacional do Profae**: construindo uma política de formação em saúde. Relatório geral. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. Fundação Oswaldo Cruz. Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde Enfermagem. **Livro do Tutor**. Maria Inês do Rego Monteiro Bomfim (coord.). Brasília: 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, 1993**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde**. Assessoria de Comunicação Social. 2. ed. Brasília: Assessoria de Comunicação Social, 1991.

_____. Lei n. 8. 080, de 19 de setembro de 1990 [Lei Orgânica da Saúde]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, p. 18.055, 20 set. 1990. Disponível em: http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action> Acesso em: 27/01/2012.

_____. Ministério da Saúde. **Capacitação Pedagógica para Instrutor Supervisor da Área da Saúde**. Programa. Brasília, 1989.

_____. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. 1986.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde**, 1986.

_____. Ministério da Saúde. **Recursos Humanos para Serviços Básicos de Saúde:** Formação de Pessoal de Níveis Médio e Elementar pelas Instituições de Saúde, Brasília, 1982.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde**, 1967.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório da III Conferência Nacional de Saúde**, 1963.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. **Resolução CNE/CEB n. 04/99.** Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. Brasília, 1999.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. **Parecer n. 16/99**, de 5 de outubro de 1999. Diretrizes Curriculares Nacionais de Nível Técnico. Brasília, 1999. Disponível em http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf_legislacao/tecnico/legisla_tecnico_parecer1699.pdf. Acesso em 15/08/2012.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. **Resolução n. 02/97**, de 26 de junho de 1997. Dispõe sobre os programas especiais de formação pedagógica de docentes para as disciplinas do currículo do Ensino Fundamental, do Ensino Médio e da Educação Profissional em nível médio. Disponível em http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf_legislacao/tecnico/legisla_tecnico_resol02_26junho_1997.pdf. Acesso em 30/09/2012.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES n. 3**, de 7 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. Disponível em http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf. Acesso em 07/09/2012.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3**, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Disponível em http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf. Acesso em 12/2012.

_____. Conselho Nacional de Educação. Conselho Pleno. **Resolução n. 1/06**, de 15 de maio de 2006. Institui as Diretrizes Curriculares para o curso de graduação em Pedagogia, Licenciatura. Disponível em http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rcp01_06.pdf. Acesso em 30/09/2012.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Assistência Médico-Sanitária**, 2007.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Assistência Médico-Sanitária**, 2009.

_____. **Lei n. 9.394**, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 2006.

_____. Presidência da República. **Decreto n. 5.154**, de 23 de julho de 2004. Regulamenta o § 2º do Art. 36 e os Arts. 39 a 41 da Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e dá outras providências. Brasília, 2004.

_____. Câmara dos Deputados. Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania. **Projeto de Lei nº 8.035-B**, de 2010. Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12907:legislacoes&catid=70:legislacoes&Itemid=1001. Acesso em 29/12/2013.

CAMPELLO, A. M. **Educação Profissional em Saúde:** fundamentos, desafios e perspectivas. 2011. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.bruploaad/d/ana_margarida. pps. Acesso em 10/09/2012.

CAMPOS, G. W. S. Tréplica: o debate necessário à construção de uma teoria sobre a Reforma Sanitária. In: FLEURY, S.; BAHIA, L.; AMARANTE. P. (orgs.). **Saúde em Debate: fundamentos da reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2007.

_____. Pobreza, desigualdade, saúde e educação: projetos de sociedade. **Revista RETSUS**, ano 2, n. 12, out. 2005.

CÂNDIDO, J. Um mapa do emprego no Brasil. **Época**, 18/03/2011. Disponível em: http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI219290-15259,00.html. Acesso em 27/08/2012.

CÊA, S. S. G. (org.). O **estado da arte da formação do trabalhador no Brasil**: pressupostos e ações governamentais a partir dos anos 90. Cascavel: Edunioeste, 2007.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

CIAVATTA, M.; RAMOS, M. A "era das diretrizes": a disputa pelo projeto de educação dos mais pobres. **Rev. Bras. Educ.** [online], vol. 17, n. 49, 2012.

CIAVATTA, M. O papel dos profissionais da educação enquanto formadores de cidadãos emancipados. **Trabalho e Educação**, Niterói, nº 4, 2006.

COUTINHO, C. N. **De Rousseau a Gramsci**: ensaios de teoria política. São Paulo: Boitempo, 2011.

_____. Gramsci: um estudo sobre o seu pensamento. Rio de Janeiro: Campus. 1989.

CRECCI, V.; FIORENTINI, D. **A constituição da profissionalidade docente em comunidades de investigação** – o caso dos grupos colaborativos. Disponível em http://35reuniao.anped.org.br/images/stories/posteres/GT08/GT08-1341_int.pdf. Acesso em 08/09/2013.

ESCOREL, S. **Depoimento**. 2005. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Programa de Pós-Graduação em Memória Social/Projeto Memória e Patrimônio da Saúde Pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca. Disponível em http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/depoimentos.htm. Acesso em 14/09/2012.

_____. **Reviravolta na Saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

FILHO, C. B. **História da Saúde Pública no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Ática, 2008.

FONTES, V. Desmonte dos valores. A Humanidade se dilui no Shopping. **Caros Amigos**. Edição Especial. Males do Mundo Atual. Ano XVI, julho, 2012.

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

FRIGOTTO, G. **A produtividade da escola improdutiva**. Um reexame das relações entre educação e estrutura econômico-social capitalista. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. **Educação e a crise do capitalismo real**. São Paulo: Cortez, 2000.

FREITAS, H. C. L. Formação de professores no Brasil: 10 anos de embate entre projetos de formação. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 23, n. 80, p. 136-167, set. 2002. Disponível em http://www.cedes.unicamp.br. Acesso em 12/08/2012.

_____. A (nova) política de formação de professores: a prioridade postergada. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 28, n. 100 - Especial, p. 1203-1230, out. 2007. Disponível em http://www.cedes.unicamp.br. Acesso em 15/08/2012.

FREITAS, L. C. Neotecnicismo e formação do educador. In: ALVES, N. **Formação de professores**: pensar e fazer. São Paulo: Cortez, 1992a (Coleção Questões de Nossa Época, vol. 1).

_____. Em direção a uma política para a formação de professores. **Em Aberto**, Brasília, ano 12, n. 54, abr./jun. 1992b. Disponível em http://www.emaberto.inep.gov.br/index.php/emaberto/article/viewFile/801/720. Acesso em 10/2013.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 21, jun. 2000.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Educação a Distância. Formação Docente em educação profissional técnica na área da saúde. **Caderno do Tutor.** Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. **Projeto do Curso de Especialização em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem**. Rio de Janeiro, 2000 (mimeo).

GALVÃO, E. **Entrevista concedida à autora da tese**. Rio de Janeiro, 2013 (mimeo).

_____. **A proposta do Profaps e sua estrutura** (apresentação em Power Point) , 2008.

GRAMSCI, A. **Concepção dialética da História**. 9. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

_____. **Concepção dialética da história**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

_____. **Cadernos do cárcere**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004. v. 2.

_____. **Cadernos do cárcere**. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1999-2002, 6v., v. 3.

HOBSBAWM, E. **Era dos extremos**: o breve século XX – 1914-1991. São Paulo: Companhia das Letras. 1995.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna**. São Paulo: Loyola, 2000.

_____. **O enigma do capital e as crises do capitalismo**. São Paulo: Boitempo, 2011.

IANNI, O. **Estado e planejamento econômico no Brasil**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.

JAPIASSÚ, H.; MARCONDES, D. Dicionário básico de Filosofia. 2. ed. revista. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

JUNIOR, J. B. R.; NOGUEIRA, R. P. As condições de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J. (org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

KONDER, L. **O que é dialética**. 22ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

_____. **O futuro da Filosofia da Práxis**: o pensamento de Marx no século XXI. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

KUENZER, A. Z. A formação de professores para o Ensino Médio: velhos problemas, novos desafios. **Revista Educação e Sociedade**, Campinas, v. 32, n. 116, p. 667-688, jul.-set. 2011. Disponível em http://www.cedes.unicamp.br. Acesso em 12/08/2012.

_____. **Ensino Médio e Profissional**: as políticas do Estado neoliberal. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____ . Trabalho pedagógico: da fragmentação à unitariedade possível. In: FERREIRA, N.; AGUIAR, M. (orgs.). **Para onde vão a orientação e a supervisão educacional?** Campinas: Papirus, 2002.

_____. (org.). **Ensino Médio**: construindo uma proposta para os que vivem do trabalho. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. Desafios teórico-metodológicos da relação trabalho-educação e o papel da escola. In: FRIGOTTO, G. (org.). **Educação e crise do trabalho**. Petrópolis: Vozes, 1999.

LIMA, J. C. F. **Política de saúde e formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem**. Tese (Doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2010.

LIMA, N. T. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões. In: FINKELMAN, J. (org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

LUDKE, M. **Pesquisa em educação:** abordagens qualitativas**.** São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, L. R. de S. Diferenciais inovadores na formação de professores para a educação profissional. **Revista Brasileira da Educação Profissional e Tecnológica**, v. 1, n. 1, jun. 2008. Brasília: MEC/Setec, 2008.

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

MARX, K. **Manuscritos Econômico-Filosóficos e outros textos escolhidos**. 2ª ed. São Paulo:Abril Cultural,1978 (Coleção Os pensadores).

MÁXIMO, L. Cursos técnicos já respondem por 10% do Ensino Médio. **Valor Econômico**, fev. 2010. Disponível em http://www.valor.com.br/arquivo/806705/cursos-tecnicos-ja-respondem-por-10-do-ensino-medio. Acesso em: 13;03/2010.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: _____. **Distrito Sanitário**: processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1993.

MERHY, E. **A saúde pública como política**: São Paulo, 1920-1948. Os movimentos sanitários, os modelos tecno-assistenciais e a formação das políticas governamentais. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MERHY, E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In. : **Dicionário de Educação Profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

MÉSZÁROS, I. **A educação para além do capital. 2ªed São Paulo:Boitempo, 2008**

MÉSZÁROS, I. **A educação para além do capital**. Intervenção na abertura no Fórum Mundial de Educação, Porto Alegre: Brasil, 28 jul. 2004. Disponível em http://resistir.info/. Acesso em 01/07/2009.

MINAYO, M. C. de S. Conceito de avaliação por triangulação de métodos, In: **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais (org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

NOGUEIRA, R. P. **O dilema sanitarista**. Blog Saúde do Brasil, 2011. Disponível em http://susbrasil.net/2011/05/25/o-dilema-sanitarista. Acesso em 01/08/2012.

OLIVEIRA, J. A. Para uma teoria da Reforma Sanitária: "Democracia Progressiva" e Políticas Sociais. In: FLEURY, S.; BAHIA, L.; AMARANTE, P. (orgs.). **Saúde em debate**: fundamentos da reforma sanitária. Rio de Janeiro: Cebes, 2007.

PACHECO, E. (org.). **Perspectivas da Educação Profissional Técnica de nível médio**. Proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais. Brasília: Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica, 2012.

PAIM, J. S. et al. **O sistema de saúde brasileiro**: história, avanços e desafios. Séries Saúde no Brasil 1. 9 maio 2011. Disponível em http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf. Acesso em 09/07/2011.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

_____. **Desafios para saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

_____. **Direito à saúde, cidadania e Estado**. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.

PEREIRA, I. B. A formação do profissional em serviço no cenário do Sistema Único de Saúde. Tese (Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2002.

_____. O **debate da formação profissional nas conferências nacionais de saúde**. ANPED, GT Trabalho e Educação, nº 9. FIOCRUZ/UERJ, s/d.

PIERANTONI, C. (coord.); GARCIA, A. P.; FRANÇA, T.;VARELLA, T. Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde: análise da década atual. **Relatório**, junho de 2008.

PIMENTEL, A. O método da analise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cadernos de Pesquisa**, n. 114, nov. 2001.

RAMOS, M. **Trabalho, educação e correntes pedagógicas**: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/UFRJ, 2010.

RET-SUS. Profae: avaliação dos resultados e perspectivas para o Profaps (Capa). **Revista RET-SUS**, ano II, n. 20, jul./ago. 2006.

RET-SUS. PROFAPS: ontem, hoje e amanhã. **Revista RET-SUS,** ano VII, n. 62, jun./jul. 2013.

RIBEIRO, M. A. R. Historiografia recente da história da saúde pública em São Paulo. **Boletim do Instituto de Saúde**, nº 38, abr. 2006.

RUMMERT, S. M. **Educação e identidade dos trabalhadores**: as concepções do capital e do trabalho. São Paulo: Xamã, 2000.

SANTANA, J. P. A função do desenvolvimento de recursos humanos do Inamps/MPAS. **Cadernos de Saúde Pública**, 8ª Conferência Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: ENSP, 1986.

SANTOS, I. Ensino de nível médio: perspectiva do serviço. **Cadernos de Saúde Pública**. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: ENSP, 1986.

SANTOS, I.; GALVÃO. E. **Entrevistas temáticas.** 1993 (mimeo).

SANTOS FILHO, J. C.; GAMBOA, S. S. (orgs.). **Pesquisa educacional**: quantidade-qualidade. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2009 (Coleção Questões da Nossa Época, vol. 42).

SAVIANI, D. **Plano de desenvolvimento da educação**: análise crítica da política do MEC. Campinas: Autores Associados, 2009 (Coleção Polêmicas do Nosso Tempo, vol. 99).

_____. Formação de professores: aspectos históricos e teóricos do problema no contexto brasileiro. **Revista Brasileira de Educação**, v. 14, n. 40, jan./abr. 2009. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v14n40/v14n40a12.pdf. Acesso em 28/08/2012.

_____. **História das ideias pedagógicas no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl. Campinas: Autores Associados, 2008a (Coleção Memória da Educação).

_____. **A pedagogia no Brasil**. Campinas: Autores Associados, 2008b.

_____. **Pedagogia histórico-crítica**: primeiras aproximações. 8. ed. Campinas: Autores Associados, 2003.

SAYD, J. D.; JUNIOR, L. V.; VELANDIA, I. C. Recursos humanos nas conferências nacionais de saúde (1941-1992). **Revista de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, 1998.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 21. ed. rev. e ampl. São Paulo: Cortez, 2000.

SHIROMA, E. O.; CAMPOS, R. F.; GARCIA, R. M. C. Decifrar textos para compreender a política: subsídios teórico-metodológicos para análise de documentos. **Perspectiva**, Florianópolis, v. 23, n. 02, jul./dez. 2005. Disponível em http://www.ced.ufsc.br/nucleos/nup/perspectiva.html. Acesso em 28/08/2012.

SHIROMA, E. O.; MORAES, M. C. M. de; EVANGELISTA, O. **Política educacional**. 3. ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2007.

SIMÕES, A. P. Os núcleos de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: ENSP, 1986.

SOARES, L. T. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. São Paulo: Cortez, 2000 (Coleção Questões da Nossa Época, vol. 78).

SÓRIO, R. E. da R. Inovações no campo da gestão de projetos sociais: uma reflexão à luz da experiência do Profae. In: CASTRO, J. L. (org.). **Profae**: Educação Profissional em saúde e cidadania. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

SOUZA, C.. Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas. In: HOCHMAN, Gilberto (org).**Políticas públicas no Brasil** .Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

SOUZA, A. **SUS está muito longe da perfeição**. Jornal O Globo, 2012.

TEIXEIRA, M.; OLIVEIRA, R. G. de; ARANTES, R. F. Mudanças nas políticas de trabalho e da Educação em Saúde no Governo Lula. In: MACHADO, C. V. (org.). **Políticas de saúde no Brasil**: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

TEIXEIRA, S. F. Assistência médica previdenciária: evolução e crise de uma política social. **Saúde em Debate: fundamentos da reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2007.

TOBIAS, J. A. **História da Educação Brasileira**. 3. ed. São Paulo: Ibrasa,1986.

TORREZ, M. N. F. B. **Qualificação e trabalho em saúde**: o desafio de "ir além" na formação dos trabalhadores de nível médio. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1994.

UNESCO. **Educação:** um tesouro a descobrir. Relatório Delors. São Paulo: Cortez, 2003.

VIEIRA, M. Recursos humanos em saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/rechumsau.html. Acesso em 26/09/2012.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Fontes documentais selecionadas, por programa/projeto

Programa de Formação de Pessoal de Nível Médio e Elementar de Saúde em Larga Escala – LE	**Fontes documentais**
Documentos institucionais	1. Relatório 1982-1984 – Alagoas, Piauí, Rio Grande do Norte, Minas Gerais e Rondônia. Grupo assessor principal do PDRHS. Brasília, 1985. Mimeo. 2. Programa de Formação de Pessoal de Nível Médio. Ministério da Previdência e Assistência Social/MPAS. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Rio de Janeiro, 19 de maio de 1987. 3. Processo educativo nos serviços de saúde. Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, nº 1. Organização Pan-Americana da Saúde. Oficina regional da Organização Mundial da Saúde. Brasília, 1991. 4. Diretrizes para a profissionalização dos trabalhadores de saúde, sem qualificação específica. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS (CGDRH-SUS). Grupo Técnico de Assessoramento à CGDRS-SUS. Brasília, mimeo, 1992. 5. Recursos Humanos para serviços básicos de saúde: formação de pessoal de nível médio e elementar pelas instituições de saúde. Ministério da Saúde. Secretaria Geral. Secretaria de Recursos Humanos. Brasília, 1982. 6. Resolução Ciplan nº 15/85, de 14 de novembro de 1985. Secretários-gerais dos Ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social e do Ministério da Educação. Brasília, 1985. 7. Resolução nº 118, de 7 de abril, de 1986. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Institui o Sistema de Desenvolvimento de Recursos Humanos e Modernização Administrativa do Inamps. 8. Capacitação pedagógica para o instrutor/supervisor da área da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria Geral. Secretaria de Modernização Administrativa e Recursos Humanos. Brasília, 1989. 9. Programação curricular para formação de visitador sanitário - Área 1. Mimeo, s/d. 10. Guia curricular para formação do auxiliar de enfermagem – Área Hospitalar (5 volumes). Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 1995. 11. Guia curricular para formação de auxiliar de enfermagem para atuar na rede básica do SUS (3 volumes). Ministério da Saúde, 1994.
Teses/dissertações/artigos	1. TORREZ, M. N. F. B. Qualificação e trabalho em saúde: o desafio de “ir além” na formação dos “trabalhadores” de nível

	médio. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Faculdade de Educação. 1994. 2. PEREIRA, I. B. A formação do profissional em serviço no cenário do Sistema Único de Saúde. Tese de doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2002. 3. ALMEIDA, J. L. T. de. A qualificação do atendente no processo de profissionalização da Enfermagem. Dissertação de mestrado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Centro Biomédico. Rio de Janeiro, 1992. 4. BASSINELO, G. A. H; BAGNATO, M. H. S. Projeto Larga Escala: uma análise a partir da bibliografia existente. Escola Anna Nery. Revista Enfermagem, v. 13 (1), jan./mar. 2009.; 5. BASSINELO, G. A. H; BAGNATO, M. H. S. Os primórdios do Projeto Larga Escala: tempo de rememorar. Rev Bras Enferm, Brasília, v. 62(4), jul./ago. 2009. 6. GRYSCHEK, A. L. A. L. F. P. L. et al. Projeto Larga Escala: uma proposta pedagógica atual. Rev. Esc. Enf. USP, v. 34, nº 2, jun. 2000.
Curso de Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem	**Fontes documentais**
Documentos institucionais	1. Projeto do curso. ENSP/EAD, mímeo, 2000. 2. Parecer CNE/CEB nº 29/01- Consulta ao CNE sobre o credenciamento do curso de Especialização em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem. Brasília, agosto de 2001. 3. Resolução nº 1 do CNE/CES, de 3 de abril de 2001. 4. Regimento Geral da Pós-graduação da Fundação Oswaldo Cruz. 5. Portaria nº 1.725, de 12 de junho de 2002, do Ministério da Educação. Credencia e autoriza a ENSP/Fiocruz para ofertar o Curso de Especialização em Educação Profissional na Área de Saúde/Enfermagem, a distância, em convênio com universidades públicas, federais e estaduais. 6. Formação inicial e continuada dos tutores. Anexo II. Mímeo, 2002. 7. Manual de gestão acadêmica. Fiocruz/ENSP/EAD. Rio de Janeiro, 2005. 8. Avaliação institucional do Profae. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas/Unicamp. 2004. 9. Avaliação, em processo, da formação pedagógica desenvolvida pelo Profae: contribuições à formação de trabalhadores da área de Saúde. Protocolo CEP 246/04. ENSP, Rio de Janeiro, 2004. 10. Análise das competências do curso de formação pedagógica em Educação Profissional na área de Saúde: Enfermagem. Consultoria das professoras Marise Ramos e Neise Deluiz. 2001. 11. Sobre competências e avaliação: diretrizes para construção da proposta de avaliação do aluno. Coordenação pedagógica. ENSP/EAD. Setembro de 2001.

	12. Avaliação, em processo, da formação pedagógica desenvolvida pelo Profae: contribuições à formação de trabalhadores da área de Saúde. Relatório final. Maio/2005. 13. Gestão político-administrativa e pedagógica do curso. ENSP/EAD, setembro de 2005. 14. Guia do aluno 1ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 15. Guia do aluno 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2003. 16. Guia do tutor 1ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2000. 17. Guia do tutor 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2003. 18. Módulos de estudo: 4 do Núcleo Contextual, 4 do Núcleo Estrutura e 3 do Núcleo Integrador. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 19. Módulos de estudo: 4 do Núcleo Contextual, 4 do Núcleo Estrutura e 3 do Núcleo Integrador. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 20. Formulário de credenciamento do curso (FAC). 21. Editais de seleção de alunos e tutores.
Teses/Dissertações/Artigos/ Outros	1. Profae como política pública: as mudanças na escola, na universidade e nos serviços de saúde. 1º Fórum Nacional do Profae. Construindo uma política de formação profissional em saúde. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 2. Profae: Educação Profissional em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Organizado por Janete Lima de Castro. 3. Profae: avaliação dos resultados e perspectivas para o Profaps. Revista RET-SUS, ano II, nº 20, jul./ago. 2006.
Curso de Formação Docente em Educação Profissional Técnica na Área de Saúde	**Fontes documentais**
Documentos institucionais	1. Projeto do curso. ENSP/EAD, mimeo, 2007. 2. Resolução nº 1 do CNE/CES, de 8n de julho de 2007. 3. Regimento Geral da Pós-graduação da Fundação Oswaldo Cruz. 4.Portaria nº 1.725, de 12 de junho de 2002, do Ministério da Educação. Credencia e autoriza a ENSP/Fiocruz para ofertar o Curso de Especialização em Educação Profissional na Área de Saúde/Enfermagem, a distância, em convênio com universidades públicas, federais e estaduais. 5. Formulário de credenciamento do curso (FAC). 6. Editais de seleção de alunos e tutores. 7. Caderno do aluno. FIOCRUZ/ENSP/EAD. Rio de Janeiro, 2008. 8. Caderno do tutor. FIOCRUZ/ENSP/EAD. Rio de Janeiro, 2008. 9. Módulos de estudo: Trabalho, saúde e educação; O SUS e os processos de trabalho em saúde; A organização pedagógica do trabalho docente. FIOCRUZ/ENSP/EAD, Rio de Janeiro, 2009. 10. Plano de operacionalização do curso. ENSP/EAD, 2007. 11. Relatório síntese de avaliação do projeto piloto do curso. ENSP/EAD, mimeo, julho de 2009.

Apêndice 2 - Aspectos qualitativos das ofertas de cursos de formação docente

1. Cursos ofertados por instituições/escolas públicas

Instituição	Curso	Objetivos/clientela/carga horária	Concepções/Organiz
1.	Licenciatura em Enfermagem	**Objetivo:** Formar licenciados em Enfermagem para atuar no Ensino Médio profissionalizante. **Clientela**: Enfermeiros que concluíram Bacharelado em Enfermagem. **Carga horária**: 690h, incluídas 300h de estágio e TCC.	Formar docentes críticos, éticos e com formação de recursos humanos em demandas sociais. Instrumentalizar educação permanente e capacitar os re para atuar na prática educativa com dos agravos à saúde da população formação pedagógica do enfermeiro p de auxiliares e técnicos de enfermagen
2.	Mestrado profissional em ensino na saúde: formação docente interdisciplinar para o SUS	**Clientela:** Profissionais da área da saúde da Rede SUS e que atuem preferencialmente na supervisão de estudantes ou referidos a processos de Educação Permanente e/ou Continuada em serviço.	**sem infor**
3.	Curso de Especialização de Formação Pedagógica para Profissionais da Saúde - CEFPEPS	**sem informação**	Não tem informações sobre estrutura Será desenvolvido em parceria com a No site há informações apenas sobre i

	Especialização de Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área da Saúde: Enfermagem	**Carga horária**: 540 h	A organização curricular do projeto ap disciplinar, superando a visão do currí como um conjunto de disciplinas pree reproduzidas pelas instituições de ensi processo que ocorre dentro de condiçõ constante interação. O currículo está c práticas e experiências de aprendizage seleção do conhecimento para além do também por que ensinar.
4.	Curso de Formação Docente	**Objetivo**: Assegurar a formação docente do conjunto dos profissionais envolvidos na Educação Profissional Técnica em Saúde, tendo como referência central o significado social da ação educativa no âmbito da saúde pública. **Clientela**:Professores das escolas credenciadas e conveniadas pelo TecSaúde que não possuírem licenciatura ou outra qualificação reconhecida para docência, professores das escolas. **Carga horária**: 540h.	A organização dos componentes curric necessidade de oferecer elementos que processo histórico de defesa da saúde processo mais amplo da constituição d Brasil. Estão presentes, nos componen questões relativas aos direitos sociais; cidadania, saúde e desenvolvimento; s sanitária; SUS; participação e controle equidade; universalidade e descentrali Saúde. Articulados a esse eixo organizam-se t Temáticos (CT), concebidos a partir c relação teoria-prática no processo edu perspectiva político-pedagógica consi mudanças requeridas pelo setor Saúde
5.	Curso de Especialização em formação docente na área de Vigilância da Saúde	**Objetivo:** Capacitar docentes para atuar na formação em vigilância epidemiológica e ambiental, no âmbito do serviço de saúde e, assim, fortalecer a Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública/Coletiva. **Duração**: 10 meses. **Clientela:** Profissionais de nível superior em qualquer área do conhecimento, com experiência de trabalho em serviço e/ou ensino em vigilância	O currículo do curso buscou enfatizar mediadores na reorganização do proce a problematização como processo ped constituída de cinco blocos temáticos, locais. Os quatro primeiros blocos pos Processo de trabalho em vigilância da Construção de pauta em vigilância da estratégias de formação em vigilância vigilância da saúde na realidade local. apresentações e avaliações dos trabalh prevista a realização de eventos didáti

		em saúde; é necessário que o candidato tenha vínculo institucional em docência nas escolas ou centros formadores em Saúde Pública.	
6.	a) Mestrado em Educação Profissional em Saúde	**Objetivo**: o aprofundamento do conhecimento técnico e acadêmico, possibilitando a formação de docentes para o ensino superior e para a pós-graduação *lato sensu*, bem como o desenvolvimento de habilidades para realizar pesquisas e desenvolver processos, produtos e metodologias em áreas específicas. **Clientela**: Professores e outros profissionais que atuam ou se interessam por Educação Profissional em Saúde, segmento que engloba a formação de trabalhadores de nível auxiliar e técnico.	Disciplinas como 'Política de educaçã educação e concepções de formação e no Brasil: contextos e questões atuais' e 'Historicidade da educação dos traba
	b) Especialização em Educação Profissional em saúde	**Objetivo:** Especializar docentes e outros profissionais na área da Educação Profissional em Saúde, mediante o aprofundamento das bases teórico-metodológicas que fundamentam as políticas de educação e do trabalho em saúde, permitindo sua compreensão histórica e potencializando práticas transformadoras que contribuam para a consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS. **Clientela:**Professores que atuam na área de Educação Profissional em Saúde e outros profissionais interessados em aprofundar conhecimentos neste campo	**Disciplinas** Concepções de currículo e educação p Economia da educação e concepções d Educação Profissional: questões atuais Epistemologia Historicidade da educação dos trabalh Metodologia de pesquisa Novos modelos produtivos, educação Políticas sociais de educação e saúde Seminário de pesquisa

		Carga horária: 370h	
7.	Pós – Graduação em Ensino na Saúde - Mestrado profissional	**Objetivo**: Formar profissionais da área da saúde de alto nível, qualificados a: planejar, implementar avaliar ações educativas inovadoras no seu espaço profissional; produzir conhecimento sobre o ensino na Saúde a partir da problematização de suas práticas profissionais; construir habilidades e competências que permitam conceber, formular e implementar ações, políticas sociais e de educação para a saúde. **Clientela:** Graduação em cursos superiores da área da Saúde, reconhecidos pelo Ministério da Educação e Cultura e em exercício na rede pública municipal, estadual ou federal de saúde.	**Linhas de pesquisa:** e a) Processos Educativos no Ensino em investigações sobre o ensino na área d curriculares, avaliativas e/ou de ensino b) Processos Educativos no Trabalho investigações sobre práticas profissio desenvolvidas nos serviços de saúde, segmentos da comunidade, priorizand c) Concepções e Práticas na Formação Compreende pesquisas sobre as conce embasam projetos e práticas pedagógi de saúde.
8.	Programa Especial de Formação Pedagógica Docente (Licenciatura para graduados)	**Carga horária**: 1.240h	Tem como prioridade formar um aberto ao trabalho coletivo e à açã formação permanente na área de profissão, suas técnicas, bases tecnoló docente que realiza e que precisa reali bases científicas, apoiar-se em b linguagens e códigos. Possuir habili relacionamento humano, saber o que, idônea e adequadamente outros pr promover estratégias criativas para prever condições necessárias para

			profissional, realizar um trabalho in práticas de ensino, permitir que os reflexiva e crítica e por fim ser um pro inclusiva.
9.	Programa Especial de Graduação [PEG], Formação de Professores para a Educação Profissional	**Objetivo:** Formar professores em nível superior para a Docência na modalidade de Educação Profissional, capacitados para atuar no ensino, em espaços escolares e não escolares. **Carga horária:** 990h.	**Sem infor**
10.	a) Formação de Professores para a Educação Profissional	**Carga horária:** 540h	Componentes curriculares: Núcleo C História da Educação Profissional no Educação Profissional; Trabalho e Ed Núcleo Estrutural: Processos de En Aplicada à Educação e Psicologia do e Avaliação; Práticas Pedagógicas. Núcleo Integrador: Reconstrução da da Informação; Educação Inclusiva; P
	b) Licenciatura para a Educação Profissional e Tecnológica	**Objetivo:** Implantar um curso de Formação de Docentes, em nível de licenciatura, para profissionais dos diferentes cursos superiores que buscam uma formação pedagógica para atuar na Educação Profissional de Nível Fundamental e Médio, no sentido de trabalhar a práxis pedagógica, na articulação entre os diferentes saberes, na construção de um processo dinâmico, criativo de significação e ressignificação dos conhecimentos. **Carga horária:** 1.200h	Didática; História da Educação Pro Básica; Psicologia da Educação. Metodologia da Pesquisa; Antropol Sociológicos da Educação. Educação de Jovens e Adultos; Planejamento e Avaliação; Políticas P Informação e Comunicação. Libras; Educação Ambiental; Seminár Supervisionado.

	c) **Licenciatura** para a Educação Profissional e Tecnológica	**Objetivo:** Proporcionar formação pedagógica na Educação Profissional a partir da problematização das trajetórias pessoais e profissionais, das teorias sobre as práticas educativas e das teorias sobre avaliação da aprendizagem, visando o desenvolvimento de propostas para intervenção no campo específico da Educação Profissional. **Carga horária:** 1.200h	Educação a Distância, História da Edu da Relação entre Trabalho e Educaçã o Trabalho; Políticas e Legislação da Tópicos Transversais. Conceitos e Paradigmas sobre o Cu Didática e Educação Profissional; Prática Pedagógica na Pedagógica na do processo Ensino-Aprendizagem II; Tópicos Educação Inclusiva; Fundamentos Libras; Estágio II; Tópicos Transversa Seminário Integrador; Pesquisa em Transversais.
	d) Formação Pedagógica de docentes para a Educação Básica e Profissional	**Objetivo:** Fazer a extensão dos conhecimentos, qualificação e aperfeiçoamento dos profissionais graduados para o exercício do magistério. O profissional desta área planeja e coordena a ação educativa, conhecendo conteúdos e técnicas pedagógicas, demonstra habilidades lingüísticas, utiliza recursos variados em sua ação, motivando a aprendizagem. Efetiva uma prática pedagógica coerente, capaz de compreender as contradições sociais, políticas e econômicas da sociedade. **Carga horária**: 1.004h	aIntegrador: Informática Aplicada a da Educação; Práticas de Ensino (E áreas e de acordo com a Legislaçã Defesa de Contextual: Antropologia das Socieda no Brasil; Psicologia da Educação; da Educação; História da Educação. Estrutural: Políticas da Educação; Fundamentos da Educação Especial; Libras.
11.	Curso de Graduação – Enfermagem e Licenciatura	**Carga horária** de 5.440 horas; deste total, 24% são destinados aos estágios curriculares obrigatórios do campo de formação específica e da licenciatura, respectivamente 900 e 400 horas.	**sem infor**
12.	Curso de capacitação pedagógica	**Objetivo**: Capacitar técnica e pedagogicamente recursos humanos para formar, qualificar e requalificar os trabalhadores do SUS. **Clientela:** assistentes sociais, dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, médicos, pedagogos, psicólogos. **Carga horária:** 90 horas	**sem infor**

13.	Curso de capacitação pedagógica	**Clientela**: profissionais que exercerão a docência nos cursos técnicos da ETSUS-SP.	O curso é desenvolvido utilizando a m ensino, dialética e dialógica, que pr reflexiva, criativa, construtiva e produ
14.	Curso de capacitação pedagógica	**Objetivo**: desenvolver processos de ensino-aprendizagem nos diversos cursos promovidos que potencializem com os alunos-trabalhadores a capacidade crítica de articular forças técnicas, políticas e pedagógicas, tornando possível, de acordo com as necessidades locais, a sua transformação. **Carga horária**: 120 horas **Clientela:** profissionais de nível superior das diversas instituições de saúde da rede pública e privada.	**sem infor**

2. Cursos ofertados por Instituições/escolas privadas

1.	Pós-Graduação (Especialização) em Formação Docente em Saúde	**Objetivo:** Qualificar os graduados na área da Saúde para a docência na educação profissional de nível médio e no ensino superior. **Clientela:** Profissionais da área de Saúde que pretendam atuar como docentes, tanto no segmento do Ensino Técnico de nível médio, como no segmento do Ensino Superior. **Carga horária**: 788 horas.	**sem informação**

2.	Especialização em Formação Pedagógica em Educação Profissional em Enfermagem	**Objetivo:** Contribuir para a formação pedagógica exigida para a docência em enfermagem de acordo com os modelos propostos para o ensino superior, em especial o modelo de competência. **Carga horária:** 540h.	**Pressupostos:** - Possibilitar formação pedagógica, política e huma de sujeitos críticos, de formar para a cidadania, atra linguagens que viabilizarão a aproximação com os consequentemente, a obtenção dos resultados desej - Aprofundar o entendimento sobre uma educação cidadania, a inserção produtiva dos indivíduos no desenvolvimento de um projeto de vida pessoal e a - Propor subsídios para a formulação de princípios profissional dos futuros professores de Enfermage Curso organizado por núcleos: contextual, estrutura **Contextual:** História da Educação, Psicologia Edu da Educação. E**strutural:** Didática Aplicada à Enfermagem, Estr Fundamental e Médio, Planejamento de Ensino em **Integrador:** Prática de Ensino e Estágio Supervisi Pesquisa, Atividades Complementares.
3.	Formação Pedagógica para Docentes da Educação Profissional e Tecnológica	Formar recursos humanos capacitados para exercer a docência nas Instituições promotoras de educação profissional em nível técnico e tecnológico; Privilegiar os saberes pedagógicos para a atuação profissional; Ampliar as ofertas de cursos de formação pedagógica de docentes, atendendo à demanda de profissionais interessados no aprimoramento de sua formação. **Clientela:** Portadores de diploma de cursos de graduação em nível de bacharelado (Farmácia, Biologia, Engenharia Ambiental, Enfermagem, Odontologia, Medicina, Nutrição, Optometria, Fisioterapia,	Aspectos Histórico-Antropológicos da Educação Ética, Formação e Realização Profissional Relações Humanas, Educacionais e Profissionais Competências Docentes para a Educação a Distânc Tecnologias Educacionais Política, Estrutura e Administração na Educação B Legislação Educacional para o Ensino Profissional Gestão e Planejamento no Ensino Profissional Téc Didática no Ensino Profissional Técnico e Tecnoló Avaliação no Ensino Profissional Técnico e Tecno Metodologia Científica e Técnicas de Pesquisas Prática de Ensino: Treinamento em Serviço

		Fonoaudiologia, Psicologia, Terapia Ocupacional, Serviço Social). **Carga horária**: 570 h	
4.	Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem	**Objetivos:** Promover o processo de capacitação pedagógica no processo de formação docente direcionada aos profissionais de saúde, tendo em vista ser esta uma das principais áreas de atuação destes no atual mercado de trabalho; promover a especialização dos profissionais de saúde, contribuindo para o aprimoramento da execução de práticas pedagógicas no universo da atuação docente; Favorecer a capacitação de docentes na área de saúde, proporcionando condições para o aperfeiçoamento do ensino, levando-se em consideração a estrutura curricular dos cursos; proporcionar uma maior habilitação prática nas metodologias pedagógicas que envolvem o processo de	**sem informação**

		ensino/aprendizagem. **Carga horária:** 400h	
5.	Especialização em Formação Pedagógica de Docentes para o Ensino Profissionalizante na Área da Saúde	**Clientela**: Docentes do ensino profissionalizante em cursos de enfermagem, biodiagnóstico, radiologia e instrumentação cirúrgica, nutrição, podologia etc. **Carga horária:** 570h	Integração dos conhecimentos, habilidades e atitud professores. Compreensão do processo ensino-apre escola, considerando tanto as relações que se passa participantes, quanto as suas relações, como institu contexto geral onde está inserida. Abordagem dos organização sequencial, avaliação e integração com adequados ao desenvolvimento do conhecimento e adequação ao processo de ensino-aprendizagem. Ê enfrentados pelos alunos na prática de ensino, com reorganização do trabalho escolar, discutidos a part teóricas, por meio de projetos multidisciplinares, c professores das várias disciplinas do curso.
6.	Graduação em Enfermagem, com Habilitação Licenciatura em Enfermagem	**Carga horária da habilitação:** 480 h	Disciplinas que integram a grade curricular: Didática, Introdução aos Estudos da Educação, Me Enfermagem I e II, Política e Organização da Educ da Educação.

3. Cursos ofertados por sindicatos dos empregados

1.	Especialização em Formação Pedagógica em Educação Profissional em Enfermagem	**Objetivo:** Desenvolver a educação profissional de nível técnico em saúde na enfermagem comprometido com as necessidades sociais e de saúde; proporcionar situações para que os docentes de enfermagem reflitam sobre sua responsabilidade social, na formação de profissionais na área da saúde; avaliar as características, possibilidades e limites do processo educacional nacional; estimular a articulação das práticas realizadas na área de educação e saúde. **Carga horária:** 602h	Disciplinas: Fundamento da Educação, Fundamentos de Didática, Me Enfermagem, Plano de Ação em Enfermagem, Prática de horas Informática

Apêndice 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA:

POLÍTICAS DE FORMAÇÃO DOCENTE PARA A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL TÉCNICA EM NÍVEL MÉDIO NA ÁREA DA SAÚDE, NA PERSPECTIVA DA REFORMA SANITÁRIA

(De acordo com a Resolução nº 196, de 10/10/1996, do Conselho Nacional de Saúde)

Eu, **Ena Galvão**, livremente participo da pesquisa: **Políticas de formação docente para a Educação Profissional Técnica em nível médio na área da Saúde, na perspectiva da reforma sanitária,** sob responsabilidade da pesquisadora **Milta Neide Freire Barron Torrez,** doutoranda em Educação pela Faculdade de Educação – FE da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp**)**, e sob orientação da **Profa. Dra. Mara Regina Lemes de Sordi** da FE/Unicamp.

Estou ciente do que segue:

Objetivo da pesquisa: analisar contribuições e limites, na perspectiva da Reforma Sanitária, da política de formação docente em educação profissional técnica na área de saúde por meio das bases político-conceituais dos Cursos de Capacitação Pedagógica para Instrutor/Supervisor Área de Saúde, Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área da Saúde: Enfermagem, Formação Docente em Educação Profissional Técnica na Área da Saúde (curso piloto), tendo em mente as determinações, mediações e contradições de ordem econômica, política, sociocultural e pedagógica que marcam tal formação.

Método: Informamos que a sua participação consistirá em responder algumas perguntas, com base em um roteiro flexível (semiestruturado), com ênfase nas suas percepções/apropriações, sob a forma de uma entrevista individual, gravada, com duração

livre. Outras relevâncias e ênfases trazidas pelo entrevistado poderão ser contempladas pela pesquisadora. Optou-se pela preservação da identidade dos sujeitos, com utilização de codinome, tal como Entrevistado 1 (E1), facultando-se ao entrevistado a sua identificação caso expresse tal preferência. Destaca-se que não há método alternativo para a obtenção das informações desejadas, por tratar-se da leitura de sujeito histórico que atuou ao longo de todo o período de 1980 a 2009 na formulação da demanda das experiências analisadas.

Riscos: Não há riscos previsíveis para a integridade física, mental ou moral dos participantes. Entretanto, as pesquisadoras responsáveis se comprometem a suspender a pesquisa imediatamente ao detectar circunstâncias que ofereçam riscos ou danos aos sujeitos participantes da pesquisa.

Benefícios e justificativa: Não há benefícios imediatos em decorrência de sua participação, mas pressupomos que por meio das suas representações como demandante e integrante das forças sociais implicadas na implantação da Reforma Sanitária Brasileira/SUS**,** poderá ampliar o conhecimento sobre os contextos histórico-institucionais e as bases político-conceituais das políticas do Estado, neste período, visando à ordenação dos recursos humanos em Saúde, no campo da formação profissional de nível técnico.

Privacidade: Asseguramos que a divulgação dos resultados obtidos será anônima, não resultando em hipótese alguma consequências para a sua carreira profissional ou registro acadêmico. Isto é, os dados obtidos serão utilizados unicamente para fins de pesquisa, os resultados serão divulgados somente de modo coletivo nos meios científicos e de imprensa, podendo os dados coletados se tornar públicos por meio da tese, publicações de artigos em revistas científicas, livro ou apresentados em Eventos científicos. **Reiteramos que a nossa opção é pelo anonimato**, facultando porem ao entrevistado o direito de identificação caso expresse tal preferência.

Reembolsos: Destaca-se que não haverá nenhuma forma de reembolso em dinheiro ou em qualquer espécie, já que a participação na pesquisa não implicará despesas para os participantes.
Destaca-se que sua participação é voluntária e caso venha a desistir de colaborar em qualquer momento poderá fazê-lo sem que isso venha a causar qualquer tipo de problema, penalidade ou prejuízo.O presente documento será emitido em duas vias, sendo que uma via ficará com você e a outra via com a pesquisadora.

Informamos, ainda, que a qualquer momento poderá pedir esclarecimento de dúvidas e informações sobre a pesquisa entrando em contato com a pesquisadora **profª. Ms. Milta Neide Freire Barron Freire** pelo telefone celular: (21) 99859-2221 ou com a Profª. Drª. Mara Regina Lemes de Sordi, pelo telefone (19) 3521-5580, no horário comercial, ou no endereço Av. Bertrand Russell, 801 Cidade Universitária "Zeferino Vaz", CEP: 13083-865 Campinas – SP – Brasil Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação.

Para eventuais problemas ou denúncias, o endereço do Comitê de Ética em Pesquisa é: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 - Caixa Postal 6.111 - Cep 13083-887 Campinas-SP. Fones: (019) 3521 8936 Fax (019) 3521 7187.

Assinatura do entrevistado Ena Galvão	Data da entrevista: 09/09/2013
_____ Assinatura do entrevistador Profª. Ms. Milta Neide Freire Barron Freire	Data da entrevista: ___/___/____
_____ Assinatura do orientador Profª. Drª. Mara Regina Lemes de Sordi	Data da entrevista: ____/____/____

Apêndice 4 – Roteiro de Entrevista com sujeito-chave

Estudo: Política de formação docente para a Educação Profissional Técnica na área de Saúde, na perspectiva da Reforma Sanitária

Objetivo geral:
Analisar contribuições e limites, na perspectiva da Reforma Sanitária, da política de formação docente em Educação Profissional Técnica na área de saúde, a partir das bases político-conceituais dos cursos de Capacitação Pedagógica para Instrutor/Supervisor Área de Saúde, Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem, Formação Docente em Educação Profissional Técnica na Área de Saúde [curso piloto], tendo em mente as determinações e contradições de ordem econômica, política, sociocultural e pedagógica que marcam tal formação.

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1) Como compreende a sua relação com as propostas de formação docente que estão sendo analisadas neste estudo?
2) Em sua visão, quais foram as razões que nortearam a implantação do 'componente' formação docente no âmbito dos Projetos Larga Escala, Profae e Profaps?
3) Qual(is) o(s) sentido(s) atribuído(s) a essas propostas de formação considerando a Reforma Sanitária Brasileira como projeto histórico?
4) Como compreende as concepções e práticas realizadas pelas ETSUS frente a este projeto e os estudos já realizados tendo-as como base empírica?
5) Pensando sobre os contextos [sócio-histórico e político-institucionais] nos quais se situou ao longo destas três décadas como políticas públicas de formação de trabalhadores, o que permaneceu? O que mudou em termos de suas concepções e práticas?
6) Este ano chegamos aos 25 anos do processo histórico de implantação do SUS, originalmente proposto na VIII CNS. Qual sua avaliação sobre limites e contribuições desse processo e a implantação das políticas visando à "ordenação da formação dos recursos humanos em saúde"?

Apêndice 5 - Memorial

> *O erro do intelectual consiste em acreditar que se possa saber sem compreender e, principalmente, sem sentir e estar apaixonado [...], ou seja, sem sentir as paixões elementares do povo, [...] não se faz política-história sem esta paixão, isto é, sem esta conexão sentimental entre intelectuais e povo-nação*
> (GRAMSCI, 1999, p. 222).

Compreendo este momento do processo de formação como aquele destinado à apresentação da minha trajetória, orgânica e intelectualmente envolvida com a temática aqui proposta. Por isso, busquei apoio em Antonio Gramsci (1999), a fim de refletir sobre questões que interessam aos que trabalham nos campos da Saúde e da Educação Profissional. As contribuições do filósofo italiano indicaram não só os nexos entre conhecimento, política e história, mas a necessidade de, com paixão, "ir além da confirmação do sabido" [95].

Costumo salientar a importância de ser mineira de Nanuque, cidade pequena, situada no nordeste de Minas Gerais, no vale do Rio Mucuri, próxima aos estados da Bahia e do Espírito Santo. Por lá temos jeito de mineiro, sotaque e hábitos culturais semelhantes aos dos baianos e capixabas. Como também sou filha de pernambucanos, tenho familiaridade com os muitos sons e gostos do Nordeste, além de muita admiração pela coragem e pela tenacidade que caracterizam o povo nordestino como um todo. Minha mãe, hoje com 94 anos, é um exemplo típico dessa garra, apoiada na fé cristã assumida desde criança.

Após o falecimento do meu pai, em pleno ano de 1964, depois de fazer o exame de admissão – uma etapa existente, à época, entre a conclusão do Primário e o ingresso no Ginásio – cuja lembrança me faz vê-lo, hoje, como uma espécie de vestibular, mudamo-nos (mãe e três filhas com 12, 10 e 8 anos) para Belo Horizonte, onde vivi até os 19. Foram anos de muitas adaptações, lutas, conquistas, dos quais tenho boas e gratas recordações.

Sou trabalhadora desde os 14 anos e meio. Concluindo o Ginásio, restava aos jovens de poucos recursos buscar habilitação profissional que possibilitasse uma inserção mais qualificada e imediata no mercado de trabalho. Nessa perspectiva, concorri, em 1972, a uma vaga para a habilitação ao magistério no Curso Normal noturno em um colégio municipal que ficava situado no extremo oposto da cidade. Percebi, anos mais tarde, que esse período

[95] Expressão utilizada pelo prof. dr. Luiz Carlos de Freitas nas aulas proferidas no 2º semestre de 2009 no curso de Doutorado da Faculdade de Educação da Unicamp, na disciplina Avaliação: Ideologia e Procedimentos.

marcou profundamente a minha formação como ser político, ao vivenciar as condições árduas nas quais a classe trabalhadora procura ter acesso a duas das mais essenciais mediações à sua humanização: o trabalho e a educação.

À época, para mim, as visões de magistério e ministério se confundiam de tal modo que o alvo era preparar-me para trabalhar entre os índios, em uma missão evangélica. As profissões de professora e enfermeira eram muito necessárias, e o próximo passo seria o vestibular para Enfermagem na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), em 1973, buscando alcançar a formação desejada. Desnecessário lembrar que as universidades públicas eram ainda mais inacessíveis, principalmente para quem não havia feito o Científico e sim o Curso Normal noturno, trabalhando simultaneamente.

Minha primeira tentativa de ingresso no Ensino Superior acabou sendo determinada pelas concretas condições econômicas, sociopolíticas e culturais, relacionadas inclusive ao ensino de 3º Grau, apesar de ter sido classificada e matriculada no 1º período. Não foi possível ir além, diante das dificuldades para manter o trabalho e os estudos, já que algumas profissões em Saúde eram ministradas exclusivamente em horário diurno e integral. Buscando alternativas, surgiu a oferta de um tio (pessoa muito especial), que acenou com trabalho e apoio, caso nos mudássemos para o Rio de Janeiro, onde morava. E migramos novamente, em outubro de 1974. Agora mãe e duas filhas, pois uma delas já havia casado, cabendo-nos, doravante, a manutenção da casa, em termos financeiros.

No início, a cidade do Rio de Janeiro, extraordinariamente bonita, pareceu às vezes muito complexa e assustadora, a ponto de me fazer desejar voltar para Belo Horizonte. Resistimos juntas, e esse novo lugar foi e é extremamente generoso comigo e com minha família. Em 1975, houve a fusão do antigo Estado do Rio com a Guanabara e eu passei a viver, como todos os fluminenses e cariocas, no unificado Estado do Rio de Janeiro. Como dizem que “carioca é quem ama o Rio”, sinto-me em casa, embora com sotaque mineiro.

Essas mudanças estruturais e suas consequentes alterações em termos de trabalho e renda, possibilitadas inclusive pelo casamento, permitiram, anos mais tarde, que eu reiniciasse a graduação após um novo vestibular, em 1979, para a Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Casada e mãe do primeiro filho, com 15 dias de nascido, cheguei ao primeiro dia de aula em março de 1979 levando-o no bebê-conforto e, com o apoio de muitos(as), concluí o Currículo Novas Metodologias em

1983, ou seja, dez anos após a primeira tentativa, já mãe de três filhos. Esse processo, cheio de descontinuidades, justifica também o ingresso no curso de doutorado após os 54 anos de idade. Uma pós-graduanda tardia, porém ressignificada, depois de tornar-se avó em pleno ano de 2009, logo após ter sido recebida pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), no nosso Laboratório de Observação e Estudos Descritivos (LOED).

Voltando à alegria de ter retornado à Enfermagem, lembro-me de que, logo após a conclusão da graduação, concorri a uma das vagas para enfermeiro(a), em um concurso promovido pelo Hospital Universitário Professor Clementino Fraga Filho, da UFRJ. O Sindicato dos Enfermeiros do Rio de Janeiro lutou muito para que parte dos aprovados fosse dirigida para o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), diante do déficit de profissionais no Serviço Público Federal.

Aprovada no concurso, iniciei em 1985 minha trajetória como servidora pública federal no Programa de Controle da Tuberculose e, a seguir, na área denominada Desenvolvimento de Recursos Humanos (espaço das ações de natureza educativa no interior dos serviços de saúde), assumindo a implantação do Projeto de Formação de Trabalhadores de Nível Médio e Elementar em Saúde em Larga Escala – Projeto Larga Escala (LE), no Rio de Janeiro, uma iniciativa interministerial de profissionalização de trabalhadores de nível técnico. Juntamente com outros profissionais de Saúde, principalmente enfermeiros, participei, na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz – ENSP/Fiocruz, da 1ª Oficina de Capacitação Pedagógica para Instrutor Supervisor, ministrada por Isabel dos Santos, Ena Galvão e Glória Briceño, consultoras nacionais da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Após exercer, com Isabel dos Santos, a coinstrutoria junto ao grupo de professores da Escola do Inamps localizada no Hospital dos Servidores do Estado (HSE) – uma unidade oriunda do IPASE, um dos IAPs anteriores ao INPS –, fui designada para ser instrutora da Capacitação Pedagógica do Larga Escala. Eram cursos dirigidos aos profissionais e outros trabalhadores em saúde atuantes nos serviços e no ensino das profissões específicas em nível médio que objetivavam a reflexão crítica sobre as práticas educativas em Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Posteriormente, os cursos foram promovidos também para os docentes de nível superior, a pedido dos cursos de graduação. Ao mesmo tempo, aproximei-me mais e mais

das lutas sociais pela Saúde Pública, integrando o coletivo de trabalhadores das áreas de Saúde/Previdência e o corpo dirigente de entidade de classe da Enfermagem, em âmbito regional e nacional.

É importante registrar que essa atuação como instrutora ocorreu entre 1989 e 1991, quando integrava a equipe e, posteriormente, a direção do Departamento de Formação de Recursos Humanos de Nível Médio e Superior da Superintendência de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Secretaria de Estado de Saúde (SES/SUS-RJ), responsável pela construção de uma política de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde do Rio de Janeiro. Desde aquele momento, já intentava contribuir com a transformação dessas concepções e práticas devido à relevância que possuem como mediação para as transformações sociais e setoriais apontadas pelo projeto social contido na Reforma Sanitária Brasileira.

Nessa caminhada nada linear também exerci, entre 1992 e 1994, a presidência da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Seção Rio de Janeiro, entidade da sociedade civil que no ano de 2012 completou 85 anos de existência, dedicando-se principalmente ao desenvolvimento científico-cultural, educacional e político da Enfermagem brasileira. Esta é, sem dúvida, uma enorme honra para qualquer profissional de Enfermagem, principalmente quando lida com a formação de trabalhadores e sua vital importância para a produção do cuidado em saúde.

O mestrado em Educação, necessidade emanada da própria realidade na qual estava situada, apresentou-se também como uma ação estratégica frente às disputas de sentidos sobre a relação trabalho-educação contidas no campo, tanto que em 1994 a dissertação – *Qualificação e trabalho em Saúde: o desafio de "ir além" na formação dos trabalhadores de nível médio* –, foi defendida na Faculdade de Educação da UFRJ, sob a orientação do professor Werner Markert. Da banca examinadora participaram, ainda, os professores Antônio Sérgio Arouca e Denise Reis. Sem dúvida alguma, foi uma excelente oportunidade para aprofundar reflexões, encontrar interlocutores entre os profissionais de Educação, Sociologia, Psicologia, História e Serviço Social, dentre tantos outros e construir e reconstruir teorizações sobre a experiência na Saúde Pública. As aulas com os professores Carlos Nelson Coutinho, José Paulo Neto, Antônio Flávio Barbosa Moreira, Alice Casimiro Lopes, dentre outros mestres, foram verdadeiramente formativas. Naquele momento, havia

um núcleo de estudos que dava sustentação ao eixo temático Educação e Trabalho na Pós-Graduação da Faculdade de Educação da UFRJ.

Esse tempo representou um desafio gratificante em meio às muitas lutas pela implantação do Projeto Larga Escala e do SUS-RJ. Retornando à Superintendência de Recursos Humanos da SES/SUS-RJ após a conclusão do mestrado, em 1994, fui designada para a Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos (ETIS), órgão da Secretaria de Estado de Saúde, para atuar na coordenação geral dos cursos de auxiliar de enfermagem. Trabalhei especialmente no curso de auxiliar de enfermagem para a rede básica, por ser esta uma experiência considerada inovadora naquele momento, devido à implantação do currículo integrado com a visão estratégica da integração ensino-serviço em secretarias municipais do Estado do Rio de Janeiro.

O novo espaço permitiu experimentar e compartilhar as reflexões desenvolvidas na dissertação de mestrado com os meus colegas atuantes nos núcleos de ensino descentralizados situados nos grandes hospitais públicos do antigo Inamps, no Hospital Universitário Pedro Ernesto, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), e no Instituto Nacional do Câncer (INCA), dentre outros descentralizados no interior do estado. Nessa escola, entre 1995 e 2000, exerci a direção geral, com o compromisso de consolidar a gestão democrática objetivada pelo coletivo de seus trabalhadores, por ser uma das escolas públicas de Saúde situadas no âmbito da produção de serviços e não do sistema educacional. Em 2011, essa escola foi transferida por decreto e sob protestos para a Secretaria de Estado de Ciência e Tecnologia como uma das unidades de Educação Profissional Que compõem a rede da Fundação de Apoio à Escola Técnica – Faetec, com o compromisso de continuar voltada para o SUS[96].

Esse modo de trabalhar e viver mostrou-me, em 1995, que fazia sentido buscar a continuação da formação teórica e política possibilitada pelo Curso de Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde – CEDRHU, promovido pela ENSP/Fiocruz, juntamente com outras colegas da ETIS. Nossa práxis, mais uma vez, foi tema de muita discussão, possibilitando-nos vivenciar o movimento ação-reflexão-ação tão preconizado pela já referida estratégia de integração ensino-serviço.

[96] No local da sua antiga sede, o Governo do Estado anunciou que instalará um curso de Gastronomia, vinculado a uma instituição francesa, com vistas aos grandes eventos previstos para os anos de 2014 (Copa do Mundo) e 2016 (Olimpíadas).

O valor inestimável do trabalho docente como relação mediadora do processo ensino-aprendizagem, observado na convivência com os alunos e docentes das inúmeras turmas nos anos de trabalho vivenciados na ETIS/SUS-RJ, sustentou a opção por ser enfermeira-professora militante do nível médio, como ainda hoje sou honrosamente identificada. A relação inicial entre saúde e educação continuava se transformando a cada nova aproximação com os desafios da interface entre campos e práticas sociais tão complexos e essenciais.

O trabalho árduo, gratificante e comprometido desenvolvido pela equipe da Escola Izabel dos Santos ecoou para além dos domínios dos serviços de saúde, chegando às instituições de Ensino Superior do Rio de Janeiro e de outros estados, pelas mãos de colegas que compartilhavam inquietações e esperanças na relação entre a constituição de novos sujeitos políticos e a construção de um projeto de sociedade de novo tipo. Nesse sentido, destaco a participação, no período de 1995 a 2001, no Programa de Educação Continuada em Saúde (Proecos), da Sub-Reitoria de Extensão e Cultura e do Centro Biomédico da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), como coordenadora e docente das Oficinas Introdutórias e dos Módulos de Aprofundamento Temático. Essa proposta objetivava também, de forma coletiva e multiprofissional, possibilitar a crítica da prática pedagógica dos profissionais de saúde-docentes das Faculdades de Ciências Médicas, Enfermagem, Odontologia, dos Institutos de Biologia, Nutrição e das Unidades Assistenciais vinculadas ao Centro Biomédico – ou seja, o Hospital Universitário Pedro Ernesto e a Policlínica Piquet Carneiro –, todas situadas no município do Rio de Janeiro. As lacunas em termos conceituais e políticos e o ecletismo pedagógico presentes nas concepções e práticas docentes em Saúde foram grandes descobertas, compartilhadas e discutidas.

Em 2000, avaliada a importância política de concluir o trabalho junto à ETIS/SUS-RJ, aceitei o convite e o empréstimo funcional do Ministério da Saúde/Núcleo Rio de Janeiro para a ENSP/Fiocruz, para participar da construção e execução de políticas públicas voltadas à formação pedagógica de profissionais graduados que trabalhavam como docentes na Educação Profissional Técnica de nível médio, incluindo os que atuavam na Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS). No período de 2001 a 2006, passei então a integrar prioritariamente a coordenação técnico-pedagógica nacional do Curso de Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem, promovido pelo

Ministério da Saúde e realizado pela ENSP, por meio da Coordenação de Educação a Distância (EAD/ENSP).

Nesse ínterim, entre 2001 e 2004 exerci o cargo de diretora de Educação da Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn Nacional, experiência honrosa na qual aprendi, dentre valiosas lições, as de compromisso coletivo e companheirismo nas inúmeras oportunidades que tivemos de representar as perspectivas da educação em Enfermagem em diferentes momentos e fóruns da educação e da saúde. Naquele momento, vivia-se o contexto da aprovação e implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais para as graduações em Saúde, dos debates e audiências sobre a carga horária do bacharelado, "Provão", revogação do Decreto nº 2.208/97, dentre outros temas relevantes para o campo em que venho atuando.

Como na complexa e contraditória implantação do SUS que temos, ocorre um ritmo incessante de planos, programas, projetos, movimentos e interesses, variadas ações de formação dos trabalhadores em saúde foram demandadas ininterruptamente pelos governos que se sucederam. Essas ações, vale lembrar, estão sempre entre as estratégias mais utilizadas como parte dos processos de disputa pela direcionalidade das políticas públicas e da sociedade. Nesse sentido, o período compreendido entre 2000 e 2009 foi pródigo. Estar na EAD/ENSP significou atuar em múltiplas propostas ao mesmo tempo, ainda que num ritmo frenético, à semelhança do desenvolvimento das próprias Tecnologias de Informação e Comunicação – TIC. Como gente aprende e trabalha em outro ritmo, as máquinas ganham a disputa com o relógio e tudo parece muito, muito rápido e cada vez maior.

Nesse contexto surgiu, no ano de 2004, um desafio fora do comum para a experiência que a EAD/ENSP acumulava até então, tanto em termos do objeto e dos sujeitos envolvidos como da concepção teórico-metodológica e político-pedagógica: o Curso de Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde – apelidado carinhosamente de "Ativadores", expressando a parceria estabelecida com o Ministério da Saúde (MS) e a Rede Unida de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde e proposto como ação estratégica do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges) da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) do MS. Tratava-se de mais uma experiência de formação de sujeitos políticos atuantes no campo da Educação na área da Saúde, que, além dos docentes, incorporava gestores, coordenadores de ensino e preceptores dos serviços e de programas de residência (pós-graduação *lato sensu* na

modalidade formação em serviço), referenciada na abordagem pedagógica Ensino Baseado em Problema ou, mais resumidamente, pela sigla em inglês PBL. A primeira experiência foi concluída em 2006, com mais de 500 egressos. Representando a ENSP/Fiocruz, respondi pela Coordenação Acadêmica do curso, uma vez que a Escola o assumiu como curso de pós-graduação *lato sensu* a distância, com momentos presenciais.

O qualificado debate em torno das concepções de educação e de sua relação com as diferentes visões de mundo, projetos societários, sistemas de saúde e organização do cuidado ali representado foi inesquecível. O disputado SUS e o valor do trabalho imaterial do professor ficaram muito evidentes nas diversas e divergentes visões, cujo ponto de confluência era o movimento de mudança na formação superior em Saúde, tendo como referência o SUS e a Reforma Sanitária. A luta pelo SUS é composta de uma miríade de visões, posturas e implicações. Quando me pareceu que haveria tempo para "tomar fôlego", depois de ser submetida a uma cirurgia de hérnia de disco demandada por muito tempo, surgiu o sempre tentador convite dos parceiros históricos para colaborar "só um pouquinho" com um grupo de trabalho instituído pela ENSP, composto por profissionais de Educação e Saúde. O grupo vinha elaborando uma proposta de curso de formação docente na perspectiva da implantação do Programa de Formação Profissional em Saúde (Profaps), inspirado, do ponto de vista curricular, nos complexos temáticos propostos por Pistrak (1981), referência na formulação da experiência de articulação trabalho-educação na escola soviética sob bases socialistas, possibilitando-me participar da elaboração do material didático.

O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges), da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGETES), havia solicitado essa formação docente como apoio estratégico às ações relacionadas à formação de trabalhadores técnicos, e a experiência-piloto deveria ser implantada em 2008. A partir da responsabilidade delegada pela ENSP à Coordenação de Educação a Distância, integrei a coordenação técnico-pedagógica do Curso de Formação Docente em Educação Profissional Técnica na Área da Saúde, a primeira experiência destinada a todos os graduados nas subáreas de Saúde – Biologia, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Enfermagem –, além de profissionais graduados em outras áreas que atuam nos cursos de Educação Profissional em Saúde. Tal

como a formação pedagógica promovida pelo Profae, no nível de pós-graduação *lato sensu,* na modalidade a distância, em diversos outros aspectos o Curso nos desafiava novamente.

Embora com propostas e em contextos diversos, a formação docente promovida no âmbito do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae) e do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps) – este último em caráter experimental – parece vir juntar-se ao já referido Projeto Larga Escala, no que tange à intenção de contribuir para a Educação Profissional dos trabalhadores do SUS, na perspectiva da Reforma Sanitária Brasileira (RBS). Na medida em que tudo isso ocorreu nas condições sociais e políticas concretamente vivenciadas pela sociedade brasileira no setor público de saúde, por intermédio do Estado e de seus órgãos governamentais, creio ser possível afirmar que tais propostas, como políticas públicas, expressam as disputas em torno dos projetos societários representados pelas diversas forças sociais. No entanto, não basta "dar como sabidas" as intenções para afirmar os seus usos e suas consequências políticas, históricas, ideológicas. É preciso investigar para compreender os limites e as possibilidades do que está sendo feito em nome da causa pública, o que resultou no ingresso no LOED/FE/Unicamp em 2009, estimulada e ajudada por colegas-amigas que insistiam nisso havia algum tempo. E Deus abençoou a decisão, mesmo longe da porta de casa.

O convívio com os alunos e docentes ao longo das Atividades Programadas de Pesquisa (APPs), nas quais discutimos os projetos, explicitamos as apropriações em termos teórico-metodológicos, as visões de mundo e dos objetos em estudo de forma coletiva e comprometida com o desenvolvimento do trabalho do outro, qualificou cada um técnica, acadêmica e politicamente. A forma respeitosa e igualitária com que fomos ouvidos pelos colegas e pelos docentes, praticando o pressuposto de sujeitos em processo de mútua aprendizagem, ensinou muito sobre o rigor necessário para a construção coletiva de práticas acadêmicas como mediações para a produção de conhecimento. A liberdade na escolha das disciplinas a serem cursadas, sem qualquer tipo de constrangimento no que tange às ministradas pelos docentes do LOED, permitiu traçar nossa caminhada com ênfase nas necessidades, nas lacunas e nos aprofundamentos necessários a cada um.

Os desafios para realizar essa formação, indo e vindo do Rio de Janeiro para Campinas, de início semanalmente e depois quinzenalmente, assim como algumas limitações decorrentes das diversas condições subjetivas e objetivas de vida, foram honesta e

generosamente enfrentados, permitindo-nos sentir confiança e estímulo para sermos juntos "o pessoal do LOED" nos eventos internos e externos, com muito orgulho e cumplicidade entre veteranos e recém-chegados a cada semestre. A presença de ex-alunos mestres ou doutores e a incorporação de alunos muito jovens, assim como de experientes profissionais das mais diversas áreas, confirmam a visão de totalidade e o compromisso ético-político desse espaço educativo, possibilitando-nos dizer que a formação no doutorado, de um lado, sacode certezas; de outro, acrescenta firmeza suficiente para não desistirmos de caminhar na nossa história como parte da história do nosso tempo.

Com base nessas aprendizagens, ousamos propor e alterar, recortar e reencaminhar um estudo que analisa as políticas públicas de formação destinadas ao trabalhador docente da Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Saúde, na perspectiva de um tipo novo de sociedade e de produção da saúde implícitos na concepção da Reforma Sanitária Brasileira. Contudo, a vivência profissional, que a princípio poderia representar certa tranquilidade na consecução dos objetivos do estudo, determinou limitações e interdições concretas, em razão dos significados de uma investigação acadêmica, seus tempos, ritmos, requisitos e riscos, o que nos levou a transitar por diferentes possibilidades e propostas de abordagem da temática, das quais não desejávamos abrir mão.

Como optamos, inicialmente, por estudos que implicavam a implantação de um Curso de Formação Docente como estratégia assumida pelo Profaps em nível nacional, a partir do segundo semestre de 2009, na medida em que o Curso não foi incorporado como mediação para a formação docente, vivenciamos a primeira reformulação do projeto inicial. Por isso, tentamos analisar a experiência de implementação do Curso no Estado de São Paulo, uma parceria do governo estadual com a ENSP/Fiocruz. Entretanto, a análise das condições político-institucionais necessárias para que nossa proposta de estudo fosse aceita apontaram para a sua baixa viabilidade, inclusive dentro dos prazos de que dispúnhamos, considerando os requisitos de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz, formalizações e trâmites jurídicos implícitos nos termos de cooperação estabelecidos entre as instituições, dentre outros aspectos.

Apesar das implicações em relação aos tempos e prazos, novamente reformulamos os caminhos e alvos e chegamos à proposta que hoje apresentamos para análise dessa Banca, conscientes de que ela expressa uma das possibilidades de pesquisa sobre um tema que vem

sendo alvo de disputa político-ideológica acirrada e da agenda inconclusa da Reforma Sanitária Brasileira. Pressupomos, então, que a proposta de estudo aqui apresentada é parte integrante da relação e do compromisso-paixão com a formação de trabalhadores técnicos e profissionais de Saúde – docentes desta área, presentes na minha trajetória como trabalhadora, servidora pública, mulher, mãe e, atualmente, avó. Tal proposta intenciona expressar o vínculo que tenho com as lutas históricas pelo direito à saúde e educação para todos, como dever do Estado, sem as quais a produção intelectual deixa de ter significado e relevância e não se faz política-história, como indica o filósofo e militante Antônio Gramsci (1999).

ANEXOS

Anexo 1 – Parecer consubstanciado do CEP/FCM -Unicamp

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

PROJETO DE PESQUISA

Área temática:
Este estudo pretende analisar a experiência piloto de formação para a docência representada pelo Curso de Formação Docente em Educação Profissional Técnica na Área de Saúde, promovida pelo Ministério da Saúde/MS, por meio da Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde - SGTES.

Apresentação do projeto:
Tem como objetivo geral conhecer e analisar as contribuições e limites do referido curso para a docência neste campo, na perspectiva histórica da Reforma Sanitária Brasileira. Como objetivos específicos: identificar e analisar a perspectiva de Reforma Sanitária/SUS e sua relação com a formação docente assumidas pelos gestores - demandantes e executores - do curso piloto; identificar e analisar as *marcas* que caracterizam a docência crítica, socialmente significativa que incorpora os valores e princípios da RSB, intencionada pela proposta do curso, seus formuladores e equipe técnico-pedagógica; identificar e analisar as *marcas* desta visão de docência expressas nos trabalhos de conclusão de curso dos egressos; levantar e sistematizar as visões de formação docente presentes nas ações promovidas pelo MS no período de 1980 a 2000, como antecedentes históricos das políticas de formação docente em Educação Profissional Técnica de Nível Médio em saúde e contrastar com as visões desta experiência.

Objetivo da pesquisa:
Não há benefícios diretos aos sujeitos de pesquisa, havendo potenciais benefícios sociais pela construção do conhecimento como um todo. Os riscos dos procedimentos são mínimos, uma vez que se trata de entrevistas. No TCLE são assegurados elementos de proteção como voluntariedade, anonimato e sigilo.

Avaliação dos riscos e benefícios:
Trata-se de um estudo de caso, de natureza qualitativa, recorrendo à análise documental e à entrevista semiestruturada, coletiva e/ou individual, como principais procedimentos para a coleta de dados. Utilizará entrevistas, sendo a amostra dos segmentos de gestores (demandantes e executores), formuladores e equipe técnico-pedagógica, composta por 11 potenciais entrevistados. As entrevistas serão gravadas, com duração livre. Para abordagem dos dados coletados serão utilizadas técnicas da análise de conteúdo. A amostra será composta por 12 sujeitos de pesquisa.

Comentários e considerações sobre a pesquisa:
Além do relatório de pesquisa, foi encaminhada folha de rosto assinada pela pesquisadora, complementada por autorização da coordenadora do Programa de Pós-Graduação da

FE/Unicamp. O TCLE está bem redigido e contém os elementos preconizados pela Resolução nº 196/96.

Recomendações:
Pesquisa realizada no âmbito acadêmico, bem fundamentada e de baixo risco aos sujeitos de pesquisa.

Conclusões ou pendências e lista de inadequações:
Aprovado

Situação do parecer:
Não

Necessita apreciação da CONEP:
Aprovado após resposta às pendências.

CAMPINAS, 02 de julho de 2012
Carlos Eduardo Steiner

Anexo 2 – Documentos digitalizados do Projeto Larga Escala (CD)