



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro de Educação e Humanidades
Faculdade de Educação

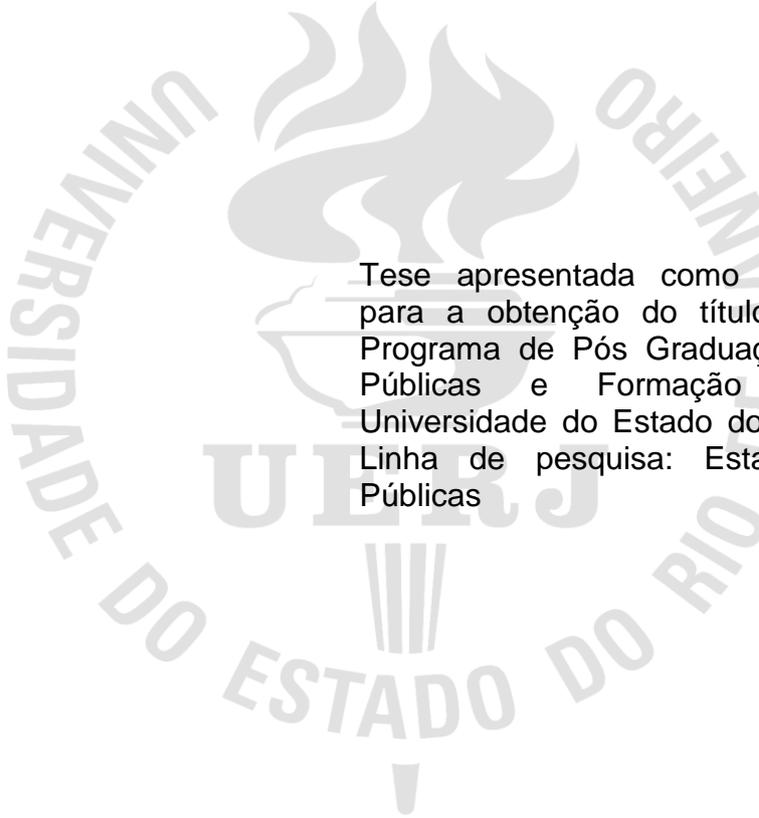
Maria Élide Machado

**Tensões entre as concepções e as políticas públicas de Educação
Profissional em Saúde de nível médio no Estado do Rio Grande do
Sul**

Rio de Janeiro
2013

Maria Élide Machado

Tensões entre as concepções e as políticas públicas de Educação Profissional em Saúde de nível médio no Estado do Rio Grande do Sul



Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor ao Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Linha de pesquisa: Estado e Políticas Públicas

Orientadora: Prof^a. Dra. Marise Nogueira Ramos

Rio de Janeiro

2013

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

M149 Machado, Maria Élica.
Tensões entre as concepções e as políticas públicas de Educação Profissional em Saúde de nível médio no Estado do Rio Grande do Sul / Maria Élica Machado. – 2013.
142 f.

Orientadora: Marise Nogueira Ramos.
Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Faculdade de Educação.

1. Pessoal da área de saúde pública – Educação – Teses. 2. Educação e Estado – Teses. 3. Política de saúde – Teses. I. Ramos, Marise Nogueira. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Educação. III. Título.

es CDU 377.36::614

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

Assinatura

Data

Maria Élide Machado

Tensões entre as concepções e as políticas públicas de Educação Profissional em Saúde de nível médio no Estado do Rio Grande do Sul

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 11 de outubro de 2013.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Marise Nogueira Ramos (Orientadora)
Faculdade de Educação da UERJ

Prof^a. Dr^a. Cristine Maria Warmling
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Prof^a. Dr^a. Maria Inês Carsalade Martins
Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz

Prof. Dr. Julio Cesar França Lima
Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz

Prof. Dr. Zacarias Jaegger Gama
Faculdade de Educação da UERJ

Rio de Janeiro

2013

AGRADECIMENTOS

À minha querida orientadora, Prof. Marise Ramos, por me ajudar a transformar os meus desafios cotidianos em objeto de pesquisa e me conduzir, de maneira segura e delicada, na construção desta tese.

Ao PPFH, pela acolhida no ano de 2009, momento em que eu tinha apenas “uma ideia na cabeça” e um projeto “embaixo do braço”.

Aos professores do PPFH, que proporcionaram as interlocuções teóricas fundamentais para o meu crescimento intelectual. Em especial, agradeço ao Prof. Gaugêncio Frigotto, gaúcho dos quatro costados, pelo convívio pleno de consistência teórica e carregado de generosidade, em todas as etapas do doutorado.

Aos meus colegas de trabalho da ESP/RS e do Centro Universitário Metodista IPA, que assumiram minhas tarefas em momentos de necessária imersão nesta pesquisa.

À Coordenação do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Metodista IPA, que compreendeu as exigências do doutorado, adequando meus compromissos, não menos importantes, ao curso.

Aos diretores da ESP-RS, Sandra Vial e Marcio Belloc que oportunizaram as licenças em momentos estratégicos dos meus estudos.

À equipe de implantação da ETSUS no estado do Rio Grande do Sul, um pequeno e solidário grupo que, no ano de 2007, deu início à problematização da formação dos trabalhadores de saúde do nível médio no Estado. Em especial, agradeço à colega Rosemary Dorigon Renhardt por me mostrar os caminhos do setor da educação.

Aos meus queridos filhos Diego e Eduardo que, por suas existências, me provocam constante exercício de amor e generosidade e dão o sentido maior da minha busca por um mundo melhor.

Ao meu amado companheiro Gilberto, pelo carinho, pelo apoio incondicional às minhas atividades acadêmicas e pelo fundamental suporte logístico, que me possibilitou o trânsito intensivo entre Porto Alegre e Rio de Janeiro nos últimos quatro anos.

Ao meu Deus!

Muito Obrigada!

RESUMO

MACHADO, Maria Élide. *Tensões entre as concepções e as políticas públicas de Educação Profissional em Saúde de nível médio no Estado do Rio Grande do Sul*. 2013. 140 f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana) – Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

A presente tese parte das questões relativas às tensões políticas/organizativas ou de concepção, existentes historicamente entre a saúde e a educação, referentes à Educação Profissional em Saúde; busca responder até que ponto as políticas educacionais respondem às necessidades de formação dos trabalhadores técnicos da saúde no Estado do Rio Grande do Sul, como também de que forma a autonomia estadual repercute sobre as políticas de saúde e de educação na área da educação profissional em saúde, visto que o processo de descentralização se dá de forma distinta nestes dois campos. O objetivo geral do estudo foi apreender as tensões de natureza conceptual, política e legal, historicamente construídas, na relação entre as necessidades de formação técnica em saúde e as políticas educacionais, identificando implicações sobre a regulação da Educação Profissional em Saúde no Estado do Rio Grande do Sul. Esta tese sustenta-se no materialismo histórico como teoria e método. Parte das concepções marxianas sobre o trabalho constituído das relações sociais em diferentes épocas históricas, da educação formal como parte da totalidade dos processos sociais e do Estado como um complexo de relações que materializa o modo de produção capitalista da sociedade. Estas concepções teóricas subsidiaram a revisão da literatura sobre a organização do trabalho em saúde e as políticas públicas de formação dos trabalhadores do nível médio na área da saúde. O caminho metodológico percorrido partiu da análise de documentos legais e escuta dos agentes formuladores das políticas de Educação Profissional em Saúde, membros dos Conselhos de Saúde e de Educação do Estado do Rio Grande do Sul. Os resultados mostraram que as políticas de Educação Profissional, tanto do setor saúde como da educação, são ainda transversalizadas pela dinâmica da sociedade do capital, onde o Estado alinha-se na defesa dos interesses do setor privado, tanto na prestação de serviços, como na formação dos trabalhadores de saúde. Foi confirmada a hipótese de que as contradições dos campos da saúde e da educação se refletem nas políticas públicas, dificultando a transformação dos modelos de atenção à saúde e de formação dos trabalhadores do nível médio. A superação destas dificuldades poderá ser alcançada a partir de propostas de políticas públicas integradas entre os campos da saúde e da educação, sustentadas na reflexão teórica, no sentido da integração entre trabalho e ensino, para a formação dos trabalhadores de saúde do nível médio.

Palavras-chave: Educação Profissional em Saúde. Políticas Públicas. Formação Profissional.

ABSTRACT

MACHADO, Maria Elida. *Tensions between the conceptions and policies of Health Professional Education in the average level in the state of Rio Grande do Sul*. 2013. 140 f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana) – Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

This thesis cares about the issues relating to the historic political/organizational tensions between health and education fields, related to Health Professional Education; it searches to answer the scope to which educational policies respond to training of the technical health workers needs in the state of Rio Grande do Sul, as well as how the state autonomy affects on health and education policies in the area of professional education in health since the decentralization process occurs differently in those fields. The overall purpose of the study is to understand the historically constructed tensions of conceptual, political and legal nature of the relationship between the need for technical health training and education policies, identifying implications for the regulation of Health Professional Education in the state of Rio Grande do Sul. This research is supported in the historic materialism as theory and method and starts from Marxist conceptions of the work as social relations in different phases of formal education as part of the totality of social processes. The study analyzes the state as a complex of relationships that materializes the capitalist mode of production in society. These concepts could support the review of literature on the health work organization and the public polices for mid-level health workers training. The methodological path followed departed from the analysis of legal documents and from listening the Professional Health Education polices formulators who are members of the Health and Education Council. The results of the research evidence that the policies of vocation, where the state lines up to defend the interests of the private sector, even in the provision of services and in health workers training. The hypothesis that the contradictions of the fields of health and education are reflected in public policies, making the transformation of health care models and workers training in the technical level was confirmed. The overcoming of these difficulties can be reached with the integration of the public polices proposals from both fields, health and education, with the support of the in theoretical reflection on the integration between work and school, for the technical health workers training.

Keywords: Health Professional Education. Public Policy. Vocational Training.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABS -	Atenção Básica de Saúde
ACS -	Agente Comunitário de Saúde
APS -	Atenção Primária à Saúde
CAP -	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEED -	Conselho Estadual de Educação
CES -	Conselho Estadual de Saúde
CIB -	Comissão Intergestores Bipartite
CIT -	Comissão Intergestores Tripartite
CIES-	Comissão de Integração Ensino Serviço-
COGERE -	Colegiado de Gestão Regional
CNE -	Conselho Nacional de Educação
CNS -	Conselho Nacional de Saúde
CONASS -	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONASEMS -	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
ESF -	Estratégia de Saúde da Família
ESP/RS -	Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul
ETSUS -	Escola Técnica do SUS
IAP -	Institutos de Aposentadorias e Pensões
LDB -	Lei das Diretrizes e Bases da Educação
NURESC -	Núcleos Regionais de Ensino de Saúde Coletiva
OMS -	Organização Mundial de Saúde
ONG -	Organização Não Governamental
OSCIP -	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PACS -	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB -	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS -	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PSF -	Programa de Saúde da Família
RETSUS -	Rede de Escolas Técnicas do SUS
RHS -	Recursos Humanos em Saúde
RSB -	Reforma Sanitária Brasileira

SGETS - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	9
1	A SAÚDE COMO POLÍTICA PÚBLICA NO ESTADO DE CLASSE.....	28
1.1	A saúde como direito e como serviço: uma contradição mediada pelo estado de classe.....	31
1.2	A precedência do direito: conquistas e limites da reforma sanitária.....	37
2	A RELAÇÃO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE.....	45
2.1	Os modelos de atenção e a formação da força de trabalho em saúde.....	45
2.2	Fundamentos da relação entre trabalho e ensino e a educação profissional em saúde.....	64
2.2.1	<u>A integração (ou distanciamento) entre trabalho e ensino nas políticas públicas de educação profissional em saúde.....</u>	<u>68</u>
2.3	O trabalho em saúde como princípio pedagógico.....	76
3	OS SISTEMAS DE SAÚDE E DE EDUCAÇÃO E O PACTO FEDERATIVO.....	87
3.1	A organização dos sistemas de saúde e de educação.....	88
3.2	O controle social na gestão dos sistemas de saúde e de educação.....	100
3.3	As políticas de formação de trabalhadores em saúde a partir da educação e da saúde.....	107
3.4	O pacto federativo e os desafios do SUS e do regime de colaboração na educação.....	118
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	129
	REFERÊNCIAS.....	133

INTRODUÇÃO

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no país, com sua base legal apoiada nos Artigos 196 a 200 da Constituição Federal e nas Leis Orgânicas 8.080, de setembro de 1990, e 8.142, de dezembro de 1990, tem demandado novos desafios e discussões sobre a formação profissional na área da saúde. Isso acontece porque a implantação do SUS prevê a transformação do modelo de atenção à saúde ainda vigente, que norteia o trabalho em saúde, predominantemente, para a cura e reabilitação de doentes, na direção de um modelo que visa à integralidade da atenção à saúde, entre outros princípios, como a universalidade e a equidade. Esta transformação de modelo tem sua base na concepção ampliada de saúde e na compreensão da saúde como um direito. Porém, a superação do modelo curativo de saúde não é um processo linear ou pacífico, posto haver embates conceituais, além de interesses econômicos em disputa. Esta problemática remete-nos à reflexão sobre o processo de trabalho em saúde e as relações sociais que o configuram¹.

É muito grande, ainda, nos serviços de saúde, o número de trabalhadores atuando sem a devida formação para as funções que desempenham. Este fato demanda profundas transformações nos processos formativos, pois, independentemente das concepções acerca do modelo de atenção à saúde adotado no sistema, é preciso qualificar os trabalhadores de saúde.

Desde a sua promulgação, a Constituição Federal de 1988 atribui como uma das competências do SUS “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” (Constituição Federal, Inciso III do Art. 200), competência esta ratificada pelas diretrizes de operacionalização indicadas pelos diversos artigos da Lei Orgânica Federal 8.080/90 (BRASIL, 1990). A preocupação com a formação de trabalhadores da saúde também é demonstrada em diferentes documentos originados das Conferências de Saúde realizadas nos níveis nacional, estadual e

¹ O modelo de atenção previsto nas políticas públicas de saúde, a partir da Constituição Federal de 1988 é o modelo integral de atenção à saúde, com base na vigilância em saúde da população em territórios delimitados, tendo como eixo condutor a busca da qualidade de vida, de caráter coletivo. O modelo tradicional de atenção, baseado na Medicina Científica, tem caráter individual, biológico, centrado na doença, cujas práticas são essencialmente médicas e desenvolvidas nos hospitais.

municipal, que se constituem nas instâncias máximas de participação da sociedade na condução do SUS.

Paralelamente, as políticas atuais de educação nacional têm como referencial a Lei de Diretrizes e Bases de Educação Nacional Nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 – a LDB (BRASIL, 1996), que promoveu um redirecionamento na organização da educação no Brasil em todos os seus níveis, assim como ocorreu com a promulgação do SUS.

Diferentes iniciativas estão continuamente sendo tomadas pelos Ministérios da Saúde e da Educação, no sentido de fortalecer a Educação Profissional em Saúde; entre elas, está a criação de uma Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS). Estas escolas têm sido implantadas em todo o Brasil, a partir de estruturas já existentes nos sistemas de saúde, para atender as demandas locais de ensino profissional técnico de nível médio, especialmente, da grande parcela de trabalhadores do SUS que atuam sem a adequada formação ou habilitação exigida para a função. As Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) estão situadas, em sua maioria, no âmbito estadual, por ser esta a instância mais descentralizada com capacidade de assumir a formação dos trabalhadores em saúde.

A proposta pedagógica para a formação profissional dos trabalhadores do nível médio do setor saúde está definida na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS (BRASIL, 2007), pelo Ministério da Saúde, e prevê a formação do trabalhador no seu próprio espaço de trabalho, sendo este parte do processo educativo. Esta proposta, porém, é pouco ou quase nada contemplada no sistema educacional em muitos estados, estabelecendo um distanciamento entre as necessidades de formação dos trabalhadores de saúde e a política educacional.

Estas reflexões sobre as tensões entre as políticas de formação dos trabalhadores, nos campos da saúde e da educação, que suscitam a realização deste estudo, partem de nossa inserção no processo de implantação da ETSUS, no Estado do Rio Grande do Sul.

No ano de 2007, foi criado um grupo de trabalho, por iniciativa da direção da Escola de Saúde Pública do Estado (ESP-RS), com a finalidade de implantar a ETSUS no Rio Grande do Sul, visto que os processos formativos existentes na ESP-RS eram realizados no nível de pós-graduação *lato sensu*, especialmente os cursos de especialização em Saúde Pública e a Residência Integrada em Saúde. A ESP-RS iniciou suas atividades com a realização de um curso de Auxiliar de

Enfermagem, na década de 1960; porém, distanciou-se da formação dos trabalhadores de baixa escolaridade, criando uma identidade institucional a partir da formação de trabalhadores no nível de especialização e pela pesquisa neste mesmo nível.

No Estado do Rio Grande do Sul, a ESP-RS tem assumido o papel de indutora de políticas públicas de formação e/ou qualificação dos trabalhadores de saúde, participando ativamente dos debates para a operacionalização de políticas nacionais. Ademais, é referência para a formulação de políticas estaduais de educação no setor saúde.

Em nível nacional, no ano de 2003, foram feitas importantes discussões, em colegiado de caráter tripartite, para a formulação de uma política nacional de educação para o SUS, que foi instituída, em 2004, pela Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Participaram desse colegiado representantes do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), junto ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Ministério da Educação (MEC), tendo participação, também, de representantes de entidades profissionais da área da saúde, entidades estudantis e movimentos sociais. Na referida portaria, está definido que a Educação Permanente é a aprendizagem que ocorre *no* e *para* o trabalho, devendo o processo de ensino-aprendizagem configurar-se centralmente nos espaços de trabalho. Foi proposto que:

os processos de capacitação dos trabalhadores de saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2004, p.8)

A estratégia de implementação desta política ocorreu através da criação de Polos Regionais de Educação Permanente em Saúde, caracterizados como instâncias de articulação locorregional entre os serviços de saúde e as instituições formadoras, com vistas à deliberação local sobre processos formativos destinados aos trabalhadores do SUS de acordo com as necessidades e a capacidade instalada de cada região. Para isso, houve aporte de recursos federais que deveriam se somar aos existentes nos demais níveis do sistema, como os estados e municípios.

É importante destacar que, na formulação da Portaria GM/MS nº198/2004, o grande foco era a mudança de práticas de formação em todos os níveis: na educação técnica, na graduação, nas especializações em serviço, nas residências médicas ou outras estratégias de pós-graduação; desenvolvimento dos trabalhadores e dos gestores de saúde; envolvimento com o movimento estudantil da saúde; produção de conhecimento para a mudança das práticas de saúde e de formação, bem como a educação popular para a gestão social das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004). Naquele momento, a terminologia utilizada no setor saúde – “educação técnica” – estava alinhada ao texto da política educacional que, no Decreto Federal nº 2.208/97, denominava “educação profissional de nível técnico” a formação profissional destinada a alunos matriculados ou egressos do ensino médio, com organização curricular própria e independente deste.

No ano de 2007, a Portaria GM/MS nº198/2004 foi alterada pela Portaria GM/MS nº 1996/2007, principalmente, em função da adequação da política de educação na saúde ao Pacto pela Saúde. Em seu componente Pacto de Gestão, estabeleciam-se instituições colegiadas de gestão, com função deliberativa sobre o planejamento do sistema de saúde, em nível regional, devendo fazer parte deste planejamento o acompanhamento dos processos de formação de trabalhadores em cada uma das regiões.

Nesta nova portaria, no seu Anexo III, há referência específica aos “trabalhadores de nível técnico no âmbito do SUS”, assim como, na distribuição do “Financiamento Federal da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde”, há dois componentes: um para a educação permanente em geral e outro específico para o financiamento da “Educação Profissional de Nível Técnico”. Desta composição do financiamento, emergiram dois termos que passaram a fazer parte da linguagem corrente do setor saúde: Educação Permanente em Saúde, para referência aos cursos de graduação e pós-graduação, e Educação Profissional em Saúde, para referência à “educação profissional do nível técnico”.

Assim, a atualização da PNEPS manteve uma terminologia não mais utilizada pelo setor da educação, que, a partir da revogação do Decreto nº 2208/97 pelo Decreto nº 5.154, de 23 de julho de 2004, passou a utilizar o termo “educação profissional técnica de nível médio”, referindo-se a três formas de oferta: integrada ao ensino médio, concomitante ou sequencial a este. Esta mudança no setor da educação, admitindo a integração da educação profissional com o ensino médio, por

sua vez, representou importante conquista dos setores progressistas da educação na busca de uma formação integral dos trabalhadores, visando a superar a fragmentação entre o saber e o fazer.

Com a implantação da PNEPS, em 2007, a Educação Profissional em Saúde, destinada aos trabalhadores do nível médio, tomou força através de suporte técnico e incentivos financeiros disponibilizados pelo governo federal. A ESP-RS, então, como instituição responsável pela qualificação dos trabalhadores de saúde do estado, lançou-se no projeto de implantação da ETSUS-RS.

A instalação da ETSUS por parte da Secretaria Estadual da Saúde foi definida pelo governo como prioridade no estado do Rio Grande do Sul, no ano de 2007. A medida justificava-se na medida em que, na faixa profissional de escolaridade fundamental e média, concentravam-se a maioria dos trabalhadores e a maior necessidade de profissionalização em saúde. A escola visava a atender, prioritariamente, uma grande parcela de trabalhadores do SUS que atuava sem a adequada formação ou habilitação exigida para a função.

A ETSUS-RS tem como objetivos educacionais oferecer cursos técnicos regulares, assim como executar ações pedagógicas descentralizadas, por meio de cursos de qualificação para os trabalhadores do Sistema Único de Saúde. Além destes objetivos, a escola, como parte da Secretaria Estadual da Saúde, deve cumprir o objetivo desta instituição de saúde, de implementar a PNEPS, garantindo o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS em todos os processos formativos existentes no Estado. A ETSUS deve estabelecer uma cultura de educação permanente em saúde, realizando ações pedagógicas por meio das estruturas descentralizadas de gestão estadual, que são as 19 Coordenadorias Regionais de Saúde.

Entre os muitos desafios, a escola propõe-se a avançar na sua forma de organização e gestão, considerando ser a melhor maneira de contribuir para a educação profissional diante dos perfis e competências exigidos para o enfrentamento e resolubilidade da problemática da saúde no estado do Rio Grande do Sul.

O processo formal de implantação da ETSUS no estado do Rio Grande do Sul demandou a habilitação desta escola no Sistema Estadual de Ensino que, por sua vez, está norteado pelas legislações federal e estadual.

Apesar da LDB/96 amparar plenamente a proposta pedagógica desenhada para a ETSUS-RS, houve entraves para a sua aprovação, visto que as Resoluções do Conselho Estadual de Educação - CEED/RS - não contemplam muitas das propostas apresentadas. Se, por um lado, a autonomia estadual é oportuna em função das especificidades regionais e da grande diversidade do país, por outro lado, a inexistência de um sistema educacional brasileiro faz com que, em alguns estados, seja viável a execução de propostas pedagógicas orientadas pela transformação do modelo de atenção à saúde, previsto no SUS e, em outros, não.

Esta contradição entre os sistemas de saúde e de educação, que obsta o desenvolvimento da educação profissional em saúde no estado, suscita reflexões sobre a historicidade do confronto educação e saúde na formação dos trabalhadores da saúde, entendendo-se estes dois campos como uma unidade dialética que resulta na formulação de uma política de educação profissional em saúde.

Assim, as tensões políticas e de concepção existentes entre a saúde e a educação e sobre os debates internos a ele, configuram o objeto deste estudo. Além disso, a reflexão empreendida acerca deste tema pode se constituir em importante aproximação entre saber acadêmico e realidade, visando à concretização da educação profissional em saúde, na defesa dos interesses dos trabalhadores.

A problemática da presente tese assenta-se na implementação de políticas públicas para a educação profissional em saúde, tanto no campo da saúde, como no da educação. Ressalta-se que contradições destes dois campos demandam reflexões sobre o modelo de sociedade que sustenta essas políticas, assim como sobre as possibilidades de superação do modelo alienante de formação na busca de uma educação profissional em saúde no sentido da emancipação humana.

O modelo de formação existente no Brasil, atualmente, no campo específico da educação profissional em saúde, é, pois, produto do modelo de sociedade em que se insere. As instituições educacionais responsáveis pela formação dos trabalhadores do nível médio são, na sua maioria, privadas. No caso do estado do Rio Grande do Sul, por exemplo, existem somente sete escolas públicas com cursos de nível médio na área da saúde. Além disso, não há nenhum curso de saúde nos Institutos Federais no Estado, muitos deles implantados, especialmente no último governo, na área da indústria e serviços, a fim de suprir as necessidades do mercado nestas áreas.

Assim, os recursos federais disponibilizados pelo Ministério da Saúde, através da PNEPS, para a formação profissional técnica de nível médio, são disputados por escolas privadas, cujos projetos pedagógicos estão alinhados com o modelo de atenção à saúde de caráter curativo, próprio da lógica de mercado, para o qual são exigidas somente habilidades a serem adquiridas pela repetição de procedimentos. Não são raros, no estado, os cursos ofertados pelos hospitais que fazem parte de grupos empresariais, o que traduz a grande fragilidade do Estado em inverter essa lógica. Segundo dados disponibilizados pela Secretaria de Educação do Rio Grande do Sul, em 2012, dos 216 cursos técnicos ofertados pelas escolas estaduais, somente 11 eram na área da saúde, o que corresponde a 5% do total (RIO GRANDE DO SUL, 2012).

Os dispositivos da PNEPS não só permitem como estimulam o repasse de recursos públicos para a rede privada, visto que a execução de recursos dos Fundos de Saúde, de forma direta, é praticamente impossível de ser efetuada. O processo jurídico/administrativo a ser empreendido para o desenvolvimento de cursos por parte das ETSUS é extremamente moroso e burocratizado, o que leva o Estado a “comprar” projetos de formação profissional do setor privado, cujos procedimentos legais são bem mais facilitados.

Está prevista na PNEPS a formação de colegiados regionais (Comissões de Integração Ensino-Serviço, as CIES), constituídos por representantes da gestão dos setores da saúde e da educação, por trabalhadores dos dois setores, assim como por usuários do sistema de saúde, cuja deliberação deve dar-se sobre as necessidades de formação de trabalhadores, bem como sobre os projetos de formação a serem desenvolvidos na rede de escolas/universidades em cada região. Porém, ao mesmo tempo, e de forma contraditória, o aparato jurídico/administrativo dos Fundos de Saúde, tanto estadual quanto municipais, é um obstáculo para a operacionalização das decisões. Por exemplo, uma decisão da CIES de desenvolver um curso técnico em enfermagem em determinada região, por parte de uma escola pública, que mantém este curso autorizado pelo CEED, não é possível, em função da regulação dos Fundos de Saúde. Os mecanismos formais e a legislação pertinente à execução dos recursos dos fundos de saúde induzem o repasse dos recursos ao setor privado, cuja operacionalização é muito mais facilitada. As escolas privadas, por sua vez, são norteadas pela lógica de mercado, e seus cursos na área da saúde são fortemente baseados no modelo médico de atenção à saúde.

As contradições conceituais presentes nas políticas de saúde e educação refletem-se, da mesma forma, em todo o processo formal de implantação de uma escola, cujas condições objetivas exigidas nas Resoluções do CEED/RS estão distantes do modelo de formação estabelecido pelo setor saúde, o que podemos identificar em várias das exigências formais do processo de credenciamento da ETSUS-RS. Estas exigências representam um modelo de formação profissional que será discutido mais adiante nesta tese.

A descentralização da educação profissional em saúde², por exemplo, não é reconhecida como aperfeiçoamento do modelo de ensino ora vigente no estado do Rio Grande do Sul. A formação do trabalhador técnico de nível médio no seu próprio espaço de trabalho, sendo este parte do processo educativo, não encontra respaldo nas resoluções estaduais, como a formação docente dos trabalhadores da rede de saúde é pouco ou quase nada contemplada no sistema educacional. Também neste aspecto, percebe-se um distanciamento entre as necessidades de formação dos trabalhadores de saúde e a política educacional.

A proposta pedagógica da ETSUS-RS tem como princípio a integralidade da atenção à saúde, considerando as referências e os princípios da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde, buscando ultrapassar a visão do trabalho técnico como ocupação para a compreensão global do processo de trabalho em saúde a partir da integração de ações de caráter interdisciplinar e intersetorial. Os cursos propostos pela ETSUS-RS preveem a realização de ações integradas de promoção da saúde, educação em saúde, reabilitação individual e coletiva buscando superar a ênfase na assistência médico-hospitalar, obedecendo à regulação de cada profissão³.

Assim, a ETSUS-RS prevê atividades educativas não só em estabelecimentos específicos de assistência à saúde como hospitais, ambulatórios ou Unidades Básicas de Saúde, como também em escolas, creches, centros comunitários, domicílios, sendo necessária, para isto, a articulação da ETSUS com toda a rede de serviços disponível em cada um dos locais de realização dos cursos, visando à

² O setor saúde prevê, na política de educação profissional, que a formação dos trabalhadores deva ocorrer nos locais de trabalho, nos municípios, porém, sob a coordenação técnica e pedagógica da ETSUS.

³ Os primeiros cursos técnicos propostos pela ETSUS-RS, por ocasião do processo de credenciamento da escola, foram Enfermagem, Saúde Bucal, Vigilância em Saúde e Agente Comunitário de Saúde.

formação profissional nas dimensões técnica, política e humana. Para o alcance deste objetivo, os cursos propostos pela ETSUS são organizados em três módulos, sendo o primeiro comum a todos os cursos e os demais específicos de cada profissão.

O processo de ensino-aprendizagem baseia-se em metodologias ativas, a partir do estudo das bases teóricas para a solução de problemas da realidade, execução e avaliação de projetos, pesquisa e experiências em laboratórios. Assim, a reflexão sobre o contexto dos estudos, o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo e, lógico, o trabalho em equipe e a inserção comunitária constituem os elementos para a produção do conhecimento.

A carga horária prevista para os cursos é de 1800 horas, sendo 1200 horas destinadas aos estudos teórico-práticos e 600 horas aos estágios supervisionados. A avaliação, como parte integrante do currículo, apresenta caráter processual, constituindo-se em acompanhamento sistemático da aprendizagem do aluno por meio de instrumentos para o registro da sua apropriação teórica e do desenvolvimento de atividades práticas de forma indissociável.

Na organização dos processos formativos previstos pela ETSUS, a carga horária prática distribuída em cada módulo, assim como as 600 horas de estágio supervisionado, deverão ser desenvolvidas de forma descentralizada nos espaços de trabalho do aluno, o que está caracterizado como “momentos de dispersão” nos planos dos cursos. Os momentos de dispersão ocorrerão sob a supervisão de profissionais do próprio local de trabalho do aluno, cuja formação e acompanhamento pedagógico estão previstos também nos planos, sob a responsabilidade da coordenação pedagógica da ETSUS.

Por ser a ETSUS-RS uma escola estadual com sede na capital do estado, esta proposta implica em definição de estruturas descentralizadas de supervisão a serem implementadas nas 19 Coordenadorias Regionais de Saúde, distribuídas em municípios de referência regional, que são representadas pelos Núcleos Regionais de Ensino de Saúde Coletiva (NURESC). Estes correspondem às estruturas regionais da ESP-RS, onde atuam profissionais de saúde com formação pedagógica, sendo estas as estruturas responsáveis pelos processos formativos da ESP-RS, em caráter descentralizado. Os NURESC, no projeto da ETSUS, seriam as instâncias descentralizadas responsáveis pela supervisão pedagógica dos cursos em andamento nas suas regiões.

Existem possibilidades para estas propostas pedagógicas na LDB, que define que a educação escolar deve vincular-se ao mundo do trabalho e à prática social, assim como aponta a valorização da experiência extraescolar. Entretanto, no estado do Rio Grande do Sul, ainda não há aparato legal para a execução da proposta pedagógica da ETSUS, pois há uma regulamentação duplamente produzida pelos níveis nacional e estadual dos setores da educação e da saúde.

Também faz parte das exigências do sistema educacional para credenciamento da escola a apresentação formal dos campos de atividades práticas e estágios dos alunos. É necessária, por exemplo, a apresentação de convênios com hospitais, no caso da formação dos técnicos em enfermagem, o que vai de encontro à proposta de redirecionamento da atenção à saúde. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, Portaria GM nº 648/2006 (BRASIL, 2006), a Unidade Básica de Saúde (UBS) é a instituição de referência para a organização do sistema de saúde. A UBS, configurada pela Estratégia de Saúde da Família, é a responsável pela identificação dos problemas de saúde da população do seu território de abrangência e pela intervenção sobre eles, sendo as necessidades de serviços especializados e hospitalares definidas a partir destes contextos. Este modo do fazer em saúde demanda práticas participativas, intersetoriais, planejamento local, trabalho interdisciplinar, muito distantes das ações de saúde no modelo tradicional, em que o enfoque é sobre o diagnóstico e tratamento de doenças. Assim, conforme as políticas do setor saúde, há necessidade de formar trabalhadores capazes de atuar sob o enfoque da integralidade da atenção, com base no reconhecimento do território como espaço de produção de saúde. Esta formação, certamente, não será alcançada por meio dos espaços hospitalares, nos quais o profissional de nível médio é um mero repetidor de procedimentos técnicos curativos.

Assim, a ETSUS-RS, no compromisso com a mudança do modelo de atenção, propôs a rede básica de saúde do Rio Grande do Sul como campo de prática nos processos formativos, o que não encontra sustentação na legislação estadual da educação. Neste item, são exigidos, além dos convênios com hospitais, laboratório na escola, com área e material para a aprendizagem prioritária de técnicas básicas.

Além disso, a implantação da ETSUS está sustentada na necessidade de qualificação dos trabalhadores do SUS. Isso significa que o aluno da ETSUS é um trabalhador já inserido no mundo do trabalho e que o seu espaço de formação deve

ser, em alguns momentos, exatamente este. Assim, faz parte da proposta pedagógica da escola a problematização do cotidiano, a reflexão sobre os processos de trabalho já instalados e as possibilidades da sua superação. No entanto, o próprio local de trabalho não é aceito pelo setor da educação como espaço de formação.

Outra exigência do setor da educação quanto às instalações da ETSUS, que reflete uma contradição conceitual, é quanto à biblioteca da escola. São priorizados, nas resoluções estaduais, os itens do acervo relativos à intervenção sobre as doenças, ratificando novamente a manutenção do modelo curativo de atenção à saúde. Os livros de anatomia, fisiologia e patologia, assim como os manuais de técnicas básicas são os mais destacados. Não há referência no acervo exigido quanto à fundamental base conceitual de filosofia, sociologia ou antropologia para a formação dos trabalhadores de nível médio na área da saúde.

Estas exigências formais da Secretaria de Educação do Estado do Rio Grande do Sul para a ETSUS estabelecem um conflito com a normatização constante na LDB/96, alterada pela Lei nº 11.741, que diz no seu artigo 41º:

o conhecimento adquirido na educação profissional, inclusive no trabalho, poderá ser objeto de avaliação, reconhecimento e certificação para prosseguimento ou conclusão de estudos (BRASIL, 2008).

Ao apontar que o conhecimento pode ser adquirido no ambiente de trabalho, e que este pode ser certificado, a LDB abre a possibilidade das escolas explorarem toda a potencialidade dos serviços de saúde em termos pedagógicos, ao mesmo tempo, aprimorando os processos de trabalho e promovendo a formação de profissionais de saúde utilizando o espaço privilegiado do trabalho como *locus* de aprendizagem. No entanto, no estado do Rio Grande do Sul, não há referência nas resoluções do CEED quanto a este aspecto, que consta nas diretrizes nacionais da educação. Isso configura contradições internas, no próprio setor da educação, que obstaculizam os processos formativos pela ETSUS-RS.

Se o conhecimento adquirido no trabalho pode ser avaliado e reconhecido, segundo a regulação nacional, então, coerente seria que se admitisse que as escolas tivessem uma proposta pedagógica que utilizasse os ambientes de trabalho com propósitos pedagógicos e que as atividades propriamente escolares viessem a ser momentos de avaliação e reconhecimento desses conhecimentos por meio de

um processo de problematização desses mesmos conhecimentos, tal como é previsto na proposta da ETSUS-RS.

Não havendo esta possibilidade em nível estadual, as propostas poderiam ser sustentadas na legislação federal, visto que a legislação estadual se insere na legislação federal em caráter complementar, como está estabelecido nos seguintes fragmentos do texto da LDB:

Da Organização da Educação Nacional

Art. 8º.

[...]

§ 1º. Caberá à União a coordenação da política nacional de educação, articulando os diferentes níveis e sistemas e exercendo função normativa, redistributiva e supletiva em relação às demais instâncias educacionais.

§ 2º. Os sistemas de ensino terão liberdade de organização nos termos desta Lei.

Art. 9º. A União incumbir-se-á de:

I - elaborar o Plano Nacional de Educação, em colaboração com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios;

II - organizar, manter e desenvolver os órgãos e instituições oficiais do sistema federal de ensino e o dos Territórios;

III - prestar assistência técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o desenvolvimento de seus sistemas de ensino e o atendimento prioritário à escolaridade obrigatória, exercendo sua função redistributiva e supletiva;

IV - estabelecer, em colaboração com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, competências e diretrizes para a educação infantil, o ensino fundamental e o ensino médio, que nortearão os currículos e seus conteúdos mínimos, de modo a assegurar formação básica comum;

[...]

§ 1º. Na estrutura educacional, haverá um Conselho Nacional de Educação, com funções normativas e de supervisão e atividade permanente, criado por lei.

[...]

Art. 10º. Os Estados incumbir-se-ão de:

I - organizar, manter e desenvolver os órgãos e instituições oficiais dos seus sistemas de ensino;

[...]

III - elaborar e executar políticas e planos educacionais, em consonância com as diretrizes e planos nacionais de educação, integrando e coordenando as suas ações e as dos seus Municípios;

[...]

V - baixar normas complementares para o seu sistema de ensino (grifo meu) [...] (BRASIL, 1996)

No texto da lei, está exposto claramente que os Conselhos Estaduais de Educação têm sua capacidade de deliberação condicionada à observância dos princípios e diretrizes estabelecidos pelo Conselho Nacional de Educação (CNE).

Ainda que as tensões políticas, especialmente as de nível regulatório, entre a saúde e a educação sejam significativas, elas também ocorrem, internamente, nesses próprios setores. Sabemos que o problema, na verdade, advém da

contradição de várias mediações destes dois campos, em que se encontram em disputa as concepções e as dinâmicas nacional e local de cada um deles.

A presente tese procurará responder sobre as questões relativas às tensões políticas/organizativas ou de concepção existentes historicamente entre a saúde e a educação referentes à Educação Profissional em Saúde, como também até que ponto as políticas educacionais respondem às necessidades de formação dos trabalhadores técnicos da saúde no estado do Rio Grande do Sul. Pretendemos, além disso, responder de que forma a autonomia estadual repercute sobre as políticas de saúde e de educação na área da educação profissional em saúde, visto que o processo de descentralização se dá de forma distinta nestes dois campos.

O objetivo geral deste estudo é apreender as tensões de natureza conceptual, política e legal, historicamente construídas, na relação entre as necessidades de formação técnica em saúde e as políticas educacionais, identificando implicações sobre a regulação da Educação Profissional em Saúde no estado do Rio Grande do Sul.

Temos como objetivos específicos apreender a determinação histórica das tensões presentes na Educação Profissional em Saúde no Brasil; analisar as políticas de formação profissional dos setores de saúde e educação a partir da LDB/96 nos níveis nacional e estadual; compreender a organização da educação brasileira sob a ótica do pacto federativo e do regime de colaboração e suas implicações na autonomia estadual; e identificar particularidades da relação entre as políticas de formação de trabalhadores, nos campos da saúde e da educação, relativas à regulação da Educação Profissional em Saúde, no estado do Rio Grande do Sul.

Nossa hipótese é de que as contradições internas e externas dos campos da saúde e educação, refletindo-se nas políticas públicas que norteiam a formação dos trabalhadores de saúde do nível médio, dificultam os processos formativos no sentido da transformação do modelo de atenção à saúde. A superação destas dificuldades poderá ser alcançada a partir de propostas de políticas públicas integradas entre os campos da saúde e da educação, sustentadas na reflexão teórica no sentido da integração entre trabalho e ensino para a formação dos trabalhadores de saúde do nível médio.

A relevância deste estudo assenta-se na necessidade de criar condições materiais para a superação do modelo de formação dos trabalhadores do nível

médio do setor saúde, que está baseado no aprimoramento técnico, reduzido à reprodução de procedimentos de cura e reabilitação de doenças. Este modelo de formação gera um trabalhador alienado, que não tem consciência do processo de trabalho em que está inserido e das relações sociais que o configura, assim como não é capaz de contribuir para a sua superação.

Ao analisarmos as políticas de formação dos trabalhadores da saúde, formuladas pelos setores da saúde e da educação, a partir da LDB/96, pretendemos dar visibilidade às tensões históricas existentes entre essas políticas, as quais obstaculizam a realização de propostas pedagógicas da ETSUS-RS, mais identificadas com a transformação do modelo de atenção ora vigente no sistema de saúde, ou mesmo para que essas avancem em perspectivas críticas.

Esta pesquisa também poderá fornecer elementos teóricos para a aproximação entre as políticas de formação da saúde e da educação, no estado do Rio Grande do Sul, pois discutiremos a organização destes dois setores sob a ótica do pacto federativo e do regime de colaboração e suas implicações na autonomia estadual.

A análise das particularidades da relação entre as políticas de formação de trabalhadores, nos campos da saúde e da educação, relativas à regulação da Educação Profissional em Saúde no estado poderá elucidar os pontos de distanciamento entre estas políticas e propor alternativas para a sua aproximação.

A nossa inserção na equipe de implementação da ETSUS-RS, com possibilidade de discutir diretamente com o CEED/RS a proposta de formação dos trabalhadores do nível médio do SUS, chamou-nos à responsabilidade técnica e política de efetivar políticas de formação de trabalhadores do nível médio para a área da saúde baseadas na integralidade da atenção à saúde e no trabalho que visa à emancipação humana.

Além da contribuição ao cenário específico do estado do Rio Grande do Sul, também no contexto da RETSUS, esta tese, fornecendo elementos teóricos para a discussão, poderá constituir-se em elemento estratégico para a orientação de novas políticas de formação no campo da educação profissional em saúde.

Esta tese busca sustentar-se no materialismo histórico como teoria e método. Parte das concepções marxianas sobre o trabalho constituído das relações sociais em diferentes épocas históricas, da educação formal como parte da totalidade dos processos sociais e do Estado como um complexo de relações que materializa o

modo de produção capitalista da sociedade. Estas concepções teóricas subsidiaram a revisão da literatura sobre a organização do trabalho em saúde e as políticas públicas de formação dos trabalhadores do nível médio na área da saúde.

Com relação aos procedimentos metodológicos, o trabalho empírico desta tese partiu de análise documental e pesquisa de campo. Foram utilizados documentos regulatórios dos CNE e do CEED-RS referentes à Educação Profissional em Saúde, a partir da LDB/96, como também Resoluções, Pareceres, Portarias do CNS e CES sobre o mesmo tema e no mesmo período. A análise das políticas de saúde e de educação procurou apreender as tensões, construídas historicamente, entre essas políticas.

O *corpus documental* foi constituído, de forma central, por documentos referentes à PNEPS (BRASIL, 2007), que foi analisada frente à regulação do setor da educação, constante nas Resoluções do CEED/RS nº 276 e 279, ambas do ano de 2004 (RIO GRANDE DO SUL, 2004a; 2004b). Estes documentos, por sua vez, têm como base a Lei Federal nº 9.394, de dezembro de 1996, que trata das Diretrizes e Bases da Educação Nacional - a LDB, alterada pela Lei Federal nº 11.741. Este *corpus* documental forneceu elementos para responder às questões de pesquisa desta tese, que foram configuradas a partir da realidade da implementação da ETSUS-RS como instituição norteadora da formação dos trabalhadores do nível médio para o SUS no Rio Grande do Sul.

Outros documentos citados ao longo do texto serviram para a contextualização da reflexão teórica. É fundamental destacar que, no período de desenvolvimento da tese, um importante documento passou a fazer parte das discussões no setor de educação no estado, qual seja, a Proposta Pedagógica para o Ensino Politécnico e Educação Profissional Integrada ao Ensino Médio - 2011-2014 (RIO GRANDE DO SUL, 2011), lançada pela Secretaria da Educação do Estado do Rio Grande do Sul em novembro de 2011. Este documento não foi acrescido ao *corpus* documental deste estudo em função de ser, neste momento, uma proposta de governo, necessitando ainda percorrer um tempo histórico até constituir-se em um marco regulatório para o Estado.

O caráter documental da análise foi enriquecido pela aproximação aos sujeitos da regulação e operacionalização das políticas de saúde e de educação no campo da educação profissional em saúde. Assim, participaram desta pesquisa, por meio de entrevistas, dois membros da Comissão de Educação Profissional do

CEED-RS, a fim de acrescentar subsídios para a compreensão sobre os pressupostos das resoluções sobre a educação profissional. Também participou do estudo um membro representante do CES-RS, visando a incorporar dados empíricos para a compreensão das necessidades de formação profissional para a qualificação do sistema de saúde⁴.

Não foi considerado nenhum critério quantitativo na escolha dos participantes, visto que, em estudos qualitativos, a preocupação é com o aprofundamento na compreensão dos achados, como refere Minayo (2008).

A análise dos dados, documentais e empíricos, foi norteada, genericamente, pela técnica da Análise de Conteúdo segundo Bardin (1977), e especificamente, pela análise temática. Porém, as suas etapas não obedeceram à ordem cronológica, caracterizando as atividades de análise como abertas ou não estruturadas. O resultado da análise foi discutido à luz das categorias do método histórico-dialético – totalidade, historicidade e contradição – e daquelas específicas do nosso objeto, quais sejam: modelo de atenção à saúde; integração trabalho e ensino; sistemas de saúde e educação.

A reflexão sobre as categorias do objeto deste estudo ocorreu com base na sua totalidade, com a concepção de que os fatos não são lineares e de que as políticas de saúde e educação fazem parte de um conjunto, de uma rede de relações, a partir de determinada centralidade, representada pelo modelo de sociedade que as produz. A contradição foi a base para estudar as conexões entre estes dois campos, compreendendo que o antagonismo não está presente em todas as transversalidades possíveis das duas políticas, mas, certamente, as conexões íntimas existentes entre realidades diferentes foram as mais elucidativas para as respostas às questões da pesquisa.

Quanto à historicidade, os temas estudados não foram pensados de forma extensiva, na busca de conhecer toda a história sobre o tema, o que seria impossível. Foram buscados aqueles elementos que nos pareceram determinantes na construção da legislação nos campos da saúde e da educação, que sustentaram a sua compreensão, visto que esses elementos, muitas vezes, não estavam explícitos nos documentos estudados.

⁴ Ao longo do texto, os participantes do estudo estão referenciados com o termo “Participante” seguido do número de ordem das entrevistas ficando, assim, apresentados: P1, para o membro do Conselho Estadual de Saúde e P2 e P3, para os representantes do CEED/RS.

As categorias teóricas foram utilizadas como recomenda Evangelista (2003) para análises de políticas educacionais: não tomadas de forma abstrata, mas utilizadas como expectativa de compreensão da realidade. Os conceitos de totalidade, historicidade e contradição orientaram a problematização do objeto, já que este não se constitui como verdade absoluta e, menos ainda, está descolado das relações sociais. Portanto, nem a teoria foi tomada somente para justificar a realidade, nem esta foi estudada só para ilustrar a teoria.

Em termos operacionais, os direitos dos sujeitos participantes foram respeitados conforme o que apontam as Diretrizes Reguladoras de Pesquisa em Seres Humanos, de acordo com a Resolução 196/96, do CNS (BRASIL, 1996). Cada participante, no momento da coleta de dados, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com os esclarecimentos sobre a sua participação no estudo.

O projeto desta pesquisa foi autorizado pelos Conselhos Estaduais de Educação e de Saúde do Rio Grande do Sul, assim como teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul. Todos os documentos analisados são de caráter público.

O caminho percorrido, no período de investigação desta tese, passou inicialmente pela formulação do objeto de estudo, partindo dos conflitos cotidianos vivenciados na implantação da ETSUS-RS, seguindo-se da revisão de literatura sobre o tema, que contribuiu para a definição do seu referencial teórico. Posteriormente, os dados empíricos foram coletados e, por fim, foi feita a análise do material frente às concepções teóricas.

Para fins de apresentação, a tese está organizada em três capítulos, em que estão desenvolvidas, simultaneamente, as reflexões sobre a experiência da qual emergiu o objeto de estudo, com base nas categorias teóricas e a análise do material empírico, ficando o texto apresentado como a seguir.

No Capítulo 1, discutimos a saúde como política pública no estado de classe, com base na Teoria de Estado de Poulantzas, na qual o Estado representa a condensação material de uma relação de forças entre classes e frações de classe. Ampliamos nossa reflexão nesse capítulo utilizando as concepções de Sonia Fleury Teixeira sobre as políticas públicas como produtos do estado de classe que afiança as relações conflitivas de dominação e exploração da sociedade.

No Capítulo 2, apresentamos os elementos que nos conduziram na construção do referencial teórico de duas das categorias centrais de análise da tese: modelo de atenção à saúde e integração trabalho e ensino. No primeiro sentido, problematizamos as tendências do setor saúde à luz das características do trabalho no mundo contemporâneo. Para discutirmos sobre os fundamentos históricos e ontológicos da relação trabalho e educação, utilizamos as concepções de Saviani sobre o homem como um “ser do trabalho”, ampliadas pelas teorias de Gramsci, como subsídios para a compreensão do trabalho como princípio educativo. O caráter propositivo desta tese teve como bases a “escola do trabalho” de Pistrak e a pedagogia histórico-crítica de Saviani, a partir das quais discutimos a formação dos trabalhadores de saúde defendendo a integração entre ensino e trabalho, compreendendo o trabalho em geral como princípio educativo e o trabalho em saúde como princípio pedagógico.

No Capítulo 3 da tese, discutimos os sistemas de saúde e de educação no pacto federativo - nossa terceira categoria de análise - primeiramente refletindo sobre as tensões históricas das políticas de formação de trabalhadores em saúde a partir dos campos da educação e da saúde, seguindo com a reflexão sobre as implicações do Sistema Único de Saúde e do (não) sistema de educação sobre a formação dos trabalhadores. Neste capítulo, estão apresentadas também nossas reflexões sobre o pacto federativo e os desafios do regime de colaboração na educação frente à política de educação profissional em saúde.

Ao longo do texto, estão expostos os resultados do trabalho de campo, conforme as categorias do objeto de estudo estabelecidas previamente, organizados a partir da PNEPS frente às políticas educacionais e compreendendo os campos da saúde e da educação como uma unidade dialética. As fontes secundárias, conforme orienta Evangelista (2003), foram constituídas pelas leituras sobre o mesmo tema, a fim de sustentar a reflexão teórica. Alguns pontos de análise partiram ou foram enriquecidos com as falas dos participantes da pesquisa por traduzirem o que está estabelecido nos documentos regulatórios ou, de forma contraditória, refutá-los.

Finalmente, na última parte da tese, apresentamos nossas conclusões que, além de tentarem demonstrar as tensões de natureza conceptual, política e legal historicamente construídas na relação entre as necessidades de formação técnica em saúde e as políticas educacionais, afirmam a validade de nossa hipótese quanto às implicações dessas tensões na educação profissional em saúde, as quais,

juntamente com outras razões, dificultam a superação do modelo hegemônico de atenção à saúde.

1 A SAÚDE COMO POLÍTICA PÚBLICA NO ESTADO DE CLASSE

Entendemos a Educação Profissional em Saúde como uma política que é configurada a partir do Estado de Classe e nos apoiamos nas teorias de Estado de Poulantzas (2000) para compreendermos a relação existente entre Estado, poder e classes sociais. Para Poulantzas, o Estado apresenta uma ossatura material própria que não pode, de maneira alguma, ser reduzida à simples dominação política: o aparelho do Estado não se esgota no poder do Estado, mas a dominação política está inscrita na materialidade institucional do Estado. Nem todas as ações do Estado se reduzem à dominação política, mas nem por isso, são, constitutivamente, menos marcadas. Deve-se procurar o fundamento da ossatura material do Estado nas relações de produção e na divisão social do trabalho, e a busca deste fundamento já estabelece uma primeira relação entre o Estado e as classes sociais e as lutas de classe.

No capitalismo, os produtores diretos são totalmente despojados dos seus objetos e meios de trabalho, estando separados destes, além dos aspectos referentes à propriedade econômica, como também na relação de posse. No Estado Capitalista, há uma separação relativa entre o Estado e a economia; no entanto, estas não são instâncias autônomas e invariáveis, pois na medida em que o capitalismo cria novos espaços do Estado e da economia, transforma seus próprios elementos. Há uma separação relativa das relações criadas pelas relações de produção e esta constitui o fundamento organizacional de sua ossatura orgânica e revela sua relação com as classes sociais e a luta de classes sob o capitalismo.

As relações político-ideológicas fazem parte das relações de produção, e a presença do Estado nestas relações é específica para cada modo de produção e concentra, materializa e encarna as relações político-ideológicas nas relações de produção e sua reprodução. O Estado Capitalista constitui a burguesia como classe politicamente dominante, e a luta de classes detém o primado sobre os aparelhos de Estado. Entretanto, a burguesia não se trata de uma classe politicamente dominante antes ou fora do Estado (criado por sua conveniência); essa dominação está igualmente inscrita na materialidade institucional do Estado: trata-se da natureza de classe do Estado.

O modo de produção capitalista repercute no trabalho em saúde, no campo da ciência e tecnologia, segundo Chauí (2006), envolvendo basicamente as indústrias farmacêutica, de vacinas, de equipamentos médico-hospitalares, de insumos para diagnóstico e de hemoderivados. Este complexo industrial representa a percepção sobre a saúde como um conjunto interligado de produção de bens e serviços que se move no contexto da dinâmica capitalista. A indústria farmacêutica é um oligopólio cuja competição baseia-se nas atividades de pesquisa e desenvolvimento de produtos, nas atividades de *marketing*, lançando permanentemente novos produtos no mercado, mantendo fortes relações com instituições científicas.

A atuação dos governos é um campo privilegiado para o estabelecimento de estratégias de desenvolvimento industrial, pelo uso do poder de compra do Estado e pela possibilidade da utilização de mecanismos legais como, por exemplo, a concessão de licenciamentos de produtos farmacêuticos. Também a indústria de vacinas vem sendo fortemente impactada pela tecnologia na área da saúde, e a intensidade da inovação nesta área pode ser observada pelo número de vacinas produzidas que, nos últimos 40 anos, foi maior do que o número de vacinas produzidas desde a primeira descoberta, em 1796. Como decorrência dessa expansão industrial, a produção de vacinas, que historicamente era de responsabilidade de instituições públicas ou privadas de caráter social, passa a ser objeto de investimentos privados de grande magnitude. Quanto às inovações tecnológicas referentes a equipamentos e materiais médicos, o grande investimento das indústrias assenta-se não só na pesquisa, mas na incorporação dos produtos à prática médica.

É de interesse do complexo industrial que se mantenha hegemônico o modelo da Medicina Científica nos serviços de saúde, visto que este modelo focaliza a ação no indivíduo e é fortemente dependente da tecnologia hospitalar. A incorporação vertiginosa de novos equipamentos no processo de atenção à saúde, muitas vezes sem a devida avaliação, produz aumento de gastos, necessitando ser regulada pelos governos para o seu uso racional, a fim de atender às necessidades de saúde e não a interesses comerciais do complexo industrial (GADELHA; MALDONADO, 2008).

Este duplo papel do Estado, ao mesmo tempo defendendo os interesses dos grandes grupos empresariais e regulando as suas atividades, nos remete a reflexão

sobre o papel de organização do Estado. Este, como aparelho, ou seja, na sua materialidade institucional, não pode ser reduzido ao seu papel de dominação política. A materialidade do Estado se dá na relação do Estado com as relações de produção e a divisão social do trabalho que elas implicam: nada mais é do que relacionar o Estado com o conjunto do campo de lutas.

Para Poulantzas, as funções econômicas do Estado são articuladas e baseadas nas relações de produção e em sua especificidade capitalista: esta seria a base primeira da materialidade institucional do Estado e de sua separação relativa da economia, o que marca a sua ossatura como aparelho. É o representante do interesse político do bloco no poder, o qual é composto de frações de classe burguesas, como por exemplo, no caso da saúde, a indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares.

Poulantzas, partindo da concepção de Estado como uma relação de forças, ajuda-nos a compreender as dificuldades existentes no campo da saúde para a superação do modelo hegemônico de atenção. Para Poulantzas, o Estado é mais do que uma relação, é uma condensação material e específica de uma relação de forças entre classes e frações de classes, transpondo, desta forma, as teses de Estado-Coisa e Estado-Sujeito. Na primeira, o Estado é concebido como um instrumento manipulado pela classe dominante, reduzindo-se a uma ferramenta que não tem pertinência política própria; é neutro, passivo, totalmente manipulado por uma única classe ou fração de classe, sem nenhuma autonomia. Na tese do Estado-Sujeito, o Estado tem autonomia em relação às classes sociais, mas é exterior a elas, impondo suas políticas aos interesses divergentes e concorrentes da sociedade civil.

As teses do Estado-Coisa e do Estado-Sujeito não são suficientes, segundo Poulantzas, para explicar o estabelecimento da política do Estado em favor das classes dominantes e não levam à compreensão das contradições internas do Estado. As contradições de classe, inseridas na própria estrutura do Estado, configuram o Estado-Relação, e é o jogo destas contradições, na materialidade do Estado, que torna possível, embora pareça paradoxal, a função de organização do Estado.

Além da relação de forças entre as frações do bloco no poder, o Estado concentra também a relação de forças entre estas e as classes dominadas. As lutas de classe, especialmente as lutas populares, estão inscritas nos aparelhos do

Estado, gerando as contradições e as suas divisões internas, o que explica a organização diferenciada do exército, da polícia, da igreja nos diferentes Estados em função da sua historicidade, marcada pelas lutas populares.

1.1 A saúde como direito e como serviço: uma contradição mediada pelo estado de classe

No campo da saúde, ao mesmo tempo em que são formuladas políticas públicas norteadas pela integralidade da atenção à saúde e que apontam para a necessidade de reorganizar o processo de trabalho em saúde, há também o aparato jurídico-institucional construído na luta de forças internas do Estado, o qual sustenta a manutenção do modelo médico hegemônico, afinado com o modo de produção capitalista.

O Estado-Relação apontado por Poulantzas tem dupla função, pois opera de modo diferente em relação às classes dominantes e às classes dominadas, organizando as primeiras e desorganizando os trabalhadores. O trabalho precário instituído pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um exemplo de produto dessa contradição: a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece estratégias de atenção baseadas no território, no vínculo comunitário, no trabalho em equipe interdisciplinar, na capacidade de resolução de problemas de forma compartilhada entre profissionais e usuários através de uma rede de Unidades de Saúde de caráter público. No entanto, de forma simultânea e contraditória, proporciona as condições para a operacionalização da mesma política através de cooperativas médicas, empresas de prestação de serviços, convênios com hospitais privados. Assim, fortalece grupos empresariais, cujo lucro baseia-se na perpetuação da doença e na realização de procedimentos dependentes de alta tecnologia médico-hospitalar. O fortalecimento da rede privada também contribui para a perda da identidade dos trabalhadores da saúde como classe social.

Assim, o trabalho em saúde é determinado pela configuração de um Estado de duplo poder, em função da presença das classes dominantes e das classes dominadas nos aparelhos de estado. Além da presença de representantes das lutas populares nos aparelhos de estado como governantes eleitos nos níveis nacional,

estaduais e municipais, há também, no campo da saúde, os dispositivos formais de participação da população na gestão do sistema, que são os Conselhos e as Conferências de Saúde.

Os Conselhos são órgãos colegiados, de caráter deliberativo e permanente, responsáveis pelo controle social do sistema, dos quais fazem parte, de forma paritária, representantes dos usuários, trabalhadores e serviços de saúde. É nos Conselhos de Saúde que todas as decisões são tomadas, e é neste cenário de embates que são realizados o planejamento e a avaliação em saúde, assim como são discutidas as condições materiais do trabalho em saúde. As Conferências de Saúde, por seu turno, são eventos abertos, a serem realizados regularmente, de forma obrigatória, pela União, Estados e Municípios, nos quais devem ser discutidos os problemas do setor saúde e elaboradas propostas para os planos de saúde em todos os níveis.

No entanto, não basta estar garantida, formalmente, a participação dos usuários e dos trabalhadores na gestão do sistema de saúde, pois esta presença das classes dominadas nos aparelhos de Estado não significa que detenham poder ou que possam desempenhá-lo. O Estado capitalista assegura a presença das massas populares em seu interior exatamente como classes dominadas, perpetuando a relação de dominação-subordinação. Mesmo que, em alguns momentos, haja modificação do poder em favor das classes dominadas, rapidamente, este Estado tende a restabelecer a relação de forças em favor da burguesia.

A participação dos trabalhadores de saúde na luta pela reforma sanitária brasileira em saúde traduz com clareza este movimento, pois esta luta possibilitou conquistas importantes na Constituição Federal de 1988, como o direito à saúde e a responsabilidade do Estado pela garantia de acesso de toda a população a serviços de saúde resolutivos em todos os níveis de atenção. Também é um exemplo das conquistas das massas populares o estabelecimento de uma política de atenção básica, sendo a ESF estruturante do sistema de saúde. No entanto, no Estado-relação de Poulantzas, estes avanços representam somente concessões feitas às massas populares, por determinada fração do bloco no poder, como apoio para a manutenção de suas vantagens frente a outras frações do mesmo bloco.

Podemos observar que as lutas de classe, ao mesmo tempo, atravessam o Estado e o constituem, configurando-o de uma forma específica, cuja "ossatura

material”, como diz Poulantzas, é produzida também pelas divisões internas do pessoal do Estado. Este não é um grupo social à parte ou acima das classes, pois reproduz a divisão social de classes, inclusive havendo a separação entre o trabalho intelectual e braçal dentro do trabalho intelectual próprio do Estado. Como grande parcela do pessoal do Estado que ocupa cargos intermediários é parte da pequena burguesia, as lutas populares forçosamente afetam-no em função dos embates internos, que afastam o pessoal dos cargos intermediários, da cúpula do Estado, especificamente burguesa.

No campo da saúde, a ocupação dos aparelhos do Estado, por parte do pessoal identificado com as lutas populares, foi intensa após a definição da saúde como direito de cidadania na Constituição de 1988. Porém, isto não é suficiente para a transformação da estrutura do Estado, visto que esta é definida pelo modelo de sociedade, pautado pela divisão de classes que se traduz na divisão social do trabalho.

A saúde, ao longo da história, sempre foi identificada como um trabalho de caráter especial, desempenhado de diferentes formas e por distintos atores, profissionais ou não, configurando-se de acordo com as transformações econômicas, sociais e políticas do mundo. O trabalho em saúde, de caráter formal, é reconhecido nas instituições hospitalares e ambulatoriais, cuja organização é determinada pelas políticas públicas vigentes, envolvendo, segundo Pires (1999), o diagnóstico, ou identificação de problemas, a decisão sobre o tratamento, a realização dos cuidados ou procedimentos, a avaliação dos resultados, e a decisão sobre a conclusão da assistência. Fazem parte das equipes destes locais, entre outros profissionais, médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, nutricionistas, dentistas, fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos, assistentes sociais, técnicos em análises clínicas, técnicos em radiologia, que realizam seus atos assistenciais em maior ou menor contato com o paciente. Além das equipes de saúde, existem muitas outras atividades envolvidas no trabalho em saúde, denominadas atividades de apoio, fundamentais para o funcionamento institucional como, por exemplo, os serviços de limpeza e segurança. O resultado do trabalho em saúde é a assistência, que se configura a partir da dinâmica constante de relações entre trabalhadores e usuário, na busca do desenvolvimento das potencialidades dos indivíduos, famílias, grupos ou comunidades.

Nesta dinâmica de relações, o trabalho em saúde é essencialmente coletivo, devendo ser organizado a partir de equipes interdisciplinares, com a participação dos sujeitos que demandam a assistência, na qual devem ser integrados diferentes saberes e práticas. No entanto, as instituições não trabalham nesta lógica, como também a prática participativa é muito frágil nas instituições. Assim, o trabalho acaba sendo organizado a partir do conjunto de saberes de cada área, de caráter especializado, produzindo uma assistência fragmentada e gerando alienação pelo afastamento do trabalhador da totalidade dos problemas.

Por seu caráter coletivo, o trabalho em saúde é complexo, estando as noções de interdisciplinaridade e complexidade presentes nas políticas públicas de saúde, como bases do novo modelo de atenção à saúde, fruto das conquistas da reforma sanitária brasileira. A interdisciplinaridade nos serviços de saúde, segundo Staudt (2008), ainda é um desafio a ser enfrentado, pois requer a constituição de sujeitos interdisciplinares, que possibilitem “fendas” nos seus saberes e práticas a serem preenchidas por outras áreas, assim como a compreensão do “diferente”, tanto dentro da equipe de saúde como na relação desta com os usuários. O trabalho em equipe pressupõe, pois, uma organização horizontalizada que ainda está longe da observada nos serviços de saúde. A organização do trabalho na área da saúde continua perpetuando o médico como elemento central da assistência e os demais profissionais como seus auxiliares.

É nítida a divisão técnica do trabalho em saúde e a reprodução do modo industrial de produção. Aos profissionais graduados em cursos universitários, são atribuídas as tarefas de caráter intelectual, enquanto que, aos trabalhadores de classes sociais inferiores, de baixa escolaridade, cabem as atividades de reprodução de tarefas, as atividades ditas braçais.

A divisão do trabalho manual e intelectual pela classe social também determina a divisão técnica do trabalho em saúde, no qual as funções de coordenação, supervisão são desenvolvidas pelos profissionais graduados, e as funções submissas, pelos demais. Além da divisão do trabalho nas equipes de saúde de modo geral, há também a divisão interna em todas as áreas. Há especialidades médicas, por exemplo, que detêm mais prestígio interno na categoria e reconhecimento social, de modo especial as especialidades mais diretamente ligadas à tecnologia da grande indústria, como a farmacêutica e a de equipamentos hospitalares.

A enfermagem talvez seja a área da saúde com divisão interna mais nítida: pode ser observado na história da enfermagem o fato de as enfermeiras dos estratos sociais mais elevados serem responsáveis pelo planejamento do cuidado, atividades de cunho intelectual. Já às pessoas de classes inferiores resta o cuidado direto com os doentes, em nível de execução de procedimentos prescritos, elaborados intelectualmente por outros, lógica esta que pode ser percebida na atualidade.

Na enfermagem, o trabalhador do nível médio (técnico ou auxiliar) desenvolve um trabalho rotineiro de tarefas, não tem uma visão global do ser que cuida, assim como fica dificultado o entendimento sobre o seu processo de trabalho. A organização do trabalho exige dele apenas o bom cumprimento de tarefas que lhe são designadas, tornando o seu cotidiano de trabalho alienante, constituído de tarefas específicas e desintegradas. A cisão entre o saber e o fazer está explícita na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem que, apesar de ser datada de 1986, mantém até hoje as características da organização do trabalho, surgidas com a profissionalização da enfermagem no final do século XIX (PIRES, 1999).

Estas particularidades do trabalho em saúde, com o processo de descentralização do setor, foram levadas para dentro dos aparelhos do Estado. O grande aparato burocrático exigido para a gestão da saúde, em todos os níveis, a partir da regulamentação da organização do setor, estabelecida pela Lei Federal 8080/90 (BRASIL, 1990), fez com que as atividades de saúde fossem ampliadas enormemente, inclusive sendo criadas novas funções, especialmente referentes ao planejamento e gestão do sistema.

A separação entre trabalho manual e trabalho intelectual, característica do capitalismo, é decisiva no caso do Estado: este incorpora nos seus aparelhos, não somente nos ideológicos, mas igualmente nos aparelhos repressivos ou econômicos, o trabalho intelectual afastado do trabalho manual. É no Estado Capitalista que se estabelece a relação orgânica entre trabalho intelectual e dominação política, entre saber e poder, situando-se o Estado “do lado” do trabalho intelectual.

Na saúde, as relações de poder intrínsecas aos processos de trabalho assistencial também se reproduzem no interior dos aparelhos do Estado, na realização de atividades administrativas. Estas continuam sendo realizadas por profissionais graduados, que ocupam os cargos diretivos, ditos de coordenação ou

supervisão do trabalho assistencial. O trabalho em saúde, se assistencial ou burocrático, identifica-se como braçal ou intelectual e reproduz a divisão social do trabalho. Mesmo dentro do trabalho burocrático, dito intelectual, há a identificação de atividades repetitivas a serem desempenhadas por determinadas categorias profissionais de menor poder, como, por exemplo, os profissionais de nível médio. No entanto, é preciso observar que os funcionários do Estado não são um corpo cimentado em torno de uma vontade política unívoca; constituem-se em feudos, clãs, diferentes frações, uma multidão de micropolíticas diversificadas. Estas micropolíticas podem ser coerentes vistas separadamente, mas não são menos contraditórias entre si. O fenômeno espantoso, constante, de reviravoltas da política governamental, com recuos e acelerações, hesitações, permanentes mudanças é a expressão necessária da estrutura do Estado.

A relação saber-poder, para Poulantzas, vai além da legitimação ideológica; engloba também a ciência: a apropriação da ciência pelo capital se faz na fábrica e também no Estado. Os intelectuais, portadores do saber-ciência, tornam-se funcionários do Estado (universidades, institutos, diversas sociedades de Estado). O Estado Capitalista é um estado de ação, afirma um papel organizacional particular em relação às classes dominantes e um papel de regulação em face do conjunto da formação social. Incorpora um discurso de estratégia e tática alimentadas da ciência-saber (conhecimentos econômicos, políticos, históricos). É também fundamental ao Estado Capitalista o papel da escrita, que é materializada na burocratização, que não é simples detalhe, mas essencial à existência e funcionamento do Estado. Esta relação poder-saber do Estado, que se traduz em dispositivos precisos inscritos na trama do Estado que distanciam as massas populares dos centros de decisão. Importante reafirmar que o Estado não é simplesmente o resultado da divisão do trabalho intelectual e trabalho manual, fundamentada nas relações de produção, mas reproduz esta divisão no seio do processo de produção e, para além desse, no conjunto da sociedade, por meio de aparelhos especiais que intervêm na qualificação-formação profissional (escola, família, redes de formação profissional) ou pelo conjunto de seus aparelhos como partidos políticos burgueses, sistema parlamentar, aparelhos culturais, imprensa, mídia.

O Estado capitalista é, pois, sempre um Estado de classe, constituindo-se em um sujeito social que afiança as relações conflitivas de dominação e exploração

entre trabalhadores e capitalistas através das políticas sociais, o que as concepções teóricas de Sonia Fleury Teixeira nos ajudam a compreender. A autora firma que o Estado também é a garantia do trabalhador assalariado enquanto classe e não apenas da burguesia, pois o protege através da regulação do trabalho, implementação de políticas sociais. Porém, a intervenção do Estado não é neutra, pois ocorre para manter a classe trabalhadora como classe dominada. As políticas sociais são utilizadas como instrumentos de hegemonia, no sentido da consolidação do domínio de classe por meio da suavização dos conflitos. Mesmo que as políticas sociais surjam das lutas de classe, a partir de pressões “de baixo”, estas políticas seriam parte de um projeto de hegemonia da classe dominante, cumprindo um papel de legitimação do Estado.

No entanto, as políticas sociais não representam a solução pretendida dos conflitos, mas a possibilidade de um deslocamento progressivo das reivindicações e formas de luta da esfera produtiva (movimento operário e luta sindical) em direção a organizações policlassistas, conhecidas como Movimentos Sociais Urbanos. Estes movimentos obscurecem a verdadeira contradição entre capital e trabalho, uma vez que se dirigem ao Estado apenas na forma de reivindicação dos elementos de cidadania burguesa (direitos civis, políticos e sociais), sendo incapazes de formular um projeto de transformação do modo de produção capitalista. Assim, as lutas políticas na esfera do consumo, na conquista de políticas sociais são lutas de caráter democrático, compatíveis com a ordem capitalista - até mesmo necessárias para atenuar os antagonismos de classe. (TEIXEIRA, 1987).

1.2 A precedência do direito: conquistas e limites da reforma sanitária

O movimento da reforma sanitária brasileira, nas décadas de 70 e 80, pela democratização da saúde no Brasil, fez parte da luta mais ampla dos trabalhadores e tinha a transformação da sociedade como horizonte. As conquistas traduziram-se em políticas sociais que responderam, no campo da saúde, às demandas da população pelo acesso universal à saúde. Porém, as práticas advindas desta

garantia representaram, em alguma medida, a intensificação da capitalização dos setores sociais de que trata Sônia Fleury⁵.

Para ampliarmos nossa reflexão, utilizamos a análise de Jairnilson Paim sobre os avanços e perspectivas da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). O autor diz que esta não pode ser reduzida a uma política social ou uma política de saúde, apesar de ter sido traduzida em algumas políticas e, dentre elas, o SUS. Para Paim, o movimento sanitário fez parte dos movimentos sociais que se mobilizaram por mudanças contra a ditadura militar e a crise na saúde. Segundo Paim, as bases do movimento sanitário eram o movimento popular de saúde e o movimento estudantil, articulados com professores e pesquisadores da medicina social e da saúde pública, bem como com profissionais de saúde. Resultados importantes redundaram do movimento, como por exemplo, a criação de fóruns permanentes de debates e produção do conhecimento, tendo sempre como base a questão democrática da saúde e os determinantes sociais do processo saúde-doença (CEBES, ABRASCO, Revista Saúde em Debate).

Com o processo de redemocratização do país, a partir de 1985, foram criados fatos sociais que configuram a RSB não como uma política pública criada por governos ou partidos políticos, mas uma conquista histórica dos movimentos sociais, da sociedade. Assim, o SUS é uma política pública construída pelos movimentos sociais e tem sido um dos caminhos para a garantia dos direitos dos cidadãos como dever do Estado, constituindo-se no maior sistema público de saúde do mundo. É orientado por atendimento integral, descentralização e participação da comunidade. Seu ordenamento jurídico parte da Constituição Federal de 1988, Leis Federais 8080 e 8192/90. Não é um mero instrumento de repasses de recursos entre as esferas de governo, não é um plano de saúde, não é um sistema de saúde para os pobres, não é uma política de governo ou caridade de algum presidente, deputado, prefeito ou vereador.

O autor reafirma que o SUS é inspirado nos princípios da dignidade da pessoa humana, saúde como direito social, igualdade, equidade, integralidade,

⁵ A capitalização dos setores sociais, para a autora, ocorre de diferentes formas, seja pela crescente incorporação de mercadorias produzidas na indústria como meio de trabalho indispensável à execução das práticas sociais como, por exemplo, medicamentos e equipamentos hospitalares, seja pela mercantilização dos próprios serviços sociais, que passam a ser parte do ciclo de expansão e circulação do capital. A capitalização dos setores sociais teria como uma de suas consequências a crescente sofisticação e encarecimento das práticas sociais, na medida em que elas passam a utilizar e consumir uma tecnologia cada vez mais complexa e onerosa.

preservação da autonomia, direito à informação das pessoas sobre sua saúde. É preciso destacar, porém, que a RSB não se limitava à construção do SUS, mas era a expressão de uma reforma social, muito além das dimensões setorial, institucional ou administrativa. No entanto, o SUS é somente uma das respostas aos problemas e necessidades de saúde; outras respostas dizem respeito às políticas sociais, econômicas, políticas, culturais que são determinantes e condicionantes da saúde. Chama atenção, também, que o sistema de saúde brasileiro ainda não é único: continua segmentado pela existência e fortalecimento do Sistema de Saúde Suplementar e pela manutenção de serviços hospitalares e ambulatoriais privados, que são pagos após a prestação de serviços (PAIM, 2008b).

Neste aspecto, também Sonia Fleury analisa que o Estado, ao implementar diferentes serviços de saúde, incorpora ao seu aparelho tecnologias de saúde que são, por sua vez, regidas pela lógica de mercado. O Estado passa a regular o mercado, comprar serviços do setor privado, a fim de viabilizar o acesso da população a mercadorias, como no caso de exames diagnósticos e terapêuticas, propiciando lucratividade com a mercantilização dos serviços sociais, muitas vezes até em detrimento das reais necessidades da população. Estes fenômenos não afastam o Estado da esfera social, mas se transformam em múltiplas formas de articulação dos interesses dos capitalistas com a intervenção estatal.

No setor saúde, as práticas são cada vez mais sofisticadas, onerosas e norteadas por grande aparato publicitário para o consumo de mercadorias, o que direciona as reivindicações da população para o acesso a tecnologias e produtos lançados no mercado pela grande indústria que, no campo da saúde, é representada pelas empresas de medicamentos e equipamentos. Além dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, há também a mercantilização da “vida saudável” como, por exemplo, a ideia estrategicamente divulgada na grande mídia e internalizada pela população que, para viver bem, é preciso alimentação adequada e atividade física. Entretanto, estas demandam o consumo de suplementos alimentares, roupas e calçados adequados para a realização de cada uma das modalidades de exercícios físicos, a ida à academia, a compra de equipamentos para controle das atividades vitais como medidores de velocidade, tempo, frequências cardíaca e respiratória e assim por diante.

Há, ainda, a “indústria” dos planos de saúde, cooperativas médicas, medicina de grupo, que representam talvez a maior participação do setor privado no campo da

saúde. Muitas destas empresas de saúde suplementar fazem parte de grupos empresariais que operam no mercado financeiro, como no caso dos bancos privados. O Estado, também nesta área, cumpre o seu papel de regulação destas atividades e protege o cidadão, mas, ao mesmo tempo, a partir deste mesmo papel regulatório, mantém a posição das empresas como fornecedoras de serviços de saúde. É importante ressaltar que o modelo de atenção à saúde no qual as empresas de saúde suplementar atuam é o da Medicina Científica, baseado na cura e reabilitação de doenças, o que contraria o modelo integral de atenção à saúde proposto pelo SUS. Esta contradição, que pode ser facilmente percebida nos aparelhos do Estado, amplia-se para a população que, ao mesmo tempo em que é chamada a participar da transformação de modelo de atenção, é estimulada a consumir produtos e serviços que perpetuam o modelo alienante e pouco resolutivo de atenção à saúde.

No campo político, Paim (2008a) analisa a importância da eleição de governos cujos projetos partidários façam avançar o processo da reforma sanitária brasileira, a sustentabilidade do SUS, a democratização da saúde, do Estado e da sociedade. Porém, para o autor, há continuísmo nas políticas dos governos de esquerda, confirmando a hegemonia da burguesia financeira, industrial e ligada ao agronegócio na direção do Estado brasileiro, além de viabilizar a penetração do capital e de seus interesses em todos os espaços da sociedade. Portanto, para Paim, a luta pela reforma sanitária é contra-hegemônica e, usando concepções gramscianas, assinala que as dificuldades não se resumem a questões conjunturais como os retrocessos dos governos, mas o que melhor explica a lentidão e características do processo da reforma sanitária são os determinantes estruturais econômicos e os relacionados à superestrutura, em que se enfrentam contradições geradas na base econômica.

Ao analisar as entidades empresariais e a política nacional de saúde, Ialê Falleiros demonstra que há tensões entre o projeto de construção de uma saúde pública voltada à transformação das condições de vida da população e aquele que articula a saúde pública com os interesses do mercado, sendo que este processo de articulação ocorre de diferentes formas. Enquanto a crise econômica e gerencial que ocorreu nos anos 1980 e primeira metade dos anos 1990 favoreceu a vinculação da noção de qualidade da assistência à saúde a parâmetros empresariais, a cultura da colaboração, difundida na segunda metade dos anos 1990 e na primeira década de

2000, vem contribuindo para a substituição da noção de “saúde” como direito de todos e dever do Estado pela noção de serviço não exclusivo do Estado, a ser prestado por entes públicos e privados, mediante parceria. Ao longo da história, as entidades empresariais vêm atingindo um grau elevado de organização política, bem como assumiram papel importante na correlação de forças no interior do Estado brasileiro nas duas últimas décadas, com vistas a influenciarem na formulação e implementação da política nacional de saúde (BRAGA, 2012).

No Plano de Governo para a Saúde 2007-2010, não houve um compromisso mais amplo com a reforma sanitária, mas simplesmente ampliação de ações já existentes, que reproduziam o modelo médico hegemônico (PAIM, 2008a).

A mercantilização das políticas públicas também pode ser observada no campo da educação, por exemplo, quanto às tecnologias de ensino, que são lançadas pelo mercado de produtos e serviços de informática, sendo incorporadas às práticas pedagógicas nas escolas em detrimento dos investimentos na qualificação dos professores, assim como na melhoria das suas condições materiais de trabalho cotidiano. Não é o caso de aprofundarmos esta questão no escopo desta tese, porém, deve-se observar que a Educação Profissional, historicamente, é disputada pelo mercado, tal como vemos nas tendências privatistas do governo Fernando Henrique Cardoso, na década de 90, passando pelas tentativas de resgate público da Educação Profissional no governo Lula. Este, assim como o governo Dilma, têm mantido a mesma lógica, repassando recursos públicos para a execução de projetos de Educação Profissional ao setor privado, postura justificada pela concepção de “ação pública não estatal”⁶ (RAMOS, 2004; FRIGOTTO; CIAVATTA; RAMOS, 2005a).

⁶ A principal política para a Educação Profissional no governo Dilma é o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC). Criado pelo Governo Federal em 2011, tem como objetivos expandir, interiorizar e democratizar a oferta de cursos de educação profissional técnica de nível médio e de cursos de formação inicial e continuada ou qualificação profissional presencial e a distância; construir, reformar e ampliar as escolas que ofertam educação profissional e tecnológica nas redes estaduais; aumentar as oportunidades educacionais aos trabalhadores por meio de cursos de formação inicial e continuada ou qualificação profissional; aumentar a quantidade de recursos pedagógicos para apoiar a oferta de educação profissional e tecnológica e melhorar a qualidade do ensino médio. (BRASIL, 2012). Estes são os termos utilizados pelo Governo Federal para divulgação do programa; porém, Marise Ramos analisa que o PRONATEC é, em larga medida, um programa de financiamento público de vagas em instituições privadas justificadas, oficialmente, pela incapacidade de o setor público no Brasil atender toda a demanda por educação profissional, apesar da expansão que ocorreu nos últimos anos. O PRONATEC investe em ofertas de vagas de educação profissional subsequente ou concomitante ao ensino médio nas instituições privadas, cujo modelo de formação, para a autora, reproduz o ensino médio profissionalizante ocorrido na reforma do ensino de 1971. O retorno a essa lógica simplesmente profissionalizante do ensino médio tem

A realização das ações públicas pelo setor privado, fortalecida no governo FHC e mantida nos governos posteriores, não gerou elementos para comprovar sua qualidade e efetividade social. Houve uma opção pela realização de projetos de Educação Profissional fragmentados, com gestão dispersa em diferentes ministérios e secretarias. Esta prática é própria da sociedade capitalista que produz relações sociais e produtivas com a finalidade de valorizar o capital, e todas as iniciativas atendem a esta lógica (KUENZER, 2006).

A transferência dos serviços educacionais do setor público para o setor privado, nesse período, não ocorreu de forma direta, mas pela constituição de um mercado de consumo de serviços educacionais possibilitada pela saída do Estado de diversos âmbitos educativos e pela fragilidade dos serviços públicos na área, somadas às exigências de formação para o mercado de trabalho. Neste cenário, o Estado transferiu a responsabilidade da formação dos trabalhadores para o setor privado, porém, garantindo a coordenação dessa política através de mecanismos de avaliação, buscando produzir consenso em torno dessa estratégia. Assim, estavam estabelecidos os pressupostos ético-políticos e psicopedagógicos da submissão da educação aos interesses do capital, como também a privatização das atividades públicas durante os anos 1990 e início dos anos 2000 (RAMOS, 2012).

Sonia Fleury aponta que o aumento dos custos para a implementação das políticas públicas contribui para agravar a crise fiscal do Estado, o que leva ao surgimento de soluções alternativas, de natureza experimental, como o uso de “tecnologia apropriada” e “participação comunitária”, as quais visam a baratear os custos das práticas sociais (recursos materiais mais baratos e recursos da comunidade, com baixa especialização). As soluções alternativas são vastas no campo da saúde. Especificamente na ESF, cuja normatização encontra-se na PNAB (BRASIL, 2007), são utilizados artifícios do tipo “potencializar recursos comunitários”, “incorporação da comunidade no planejamento, execução e avaliação das ações de saúde”, que denotam a orientação para baratear as ações de saúde no nível das comunidades.

Tais projetos tendem a permanecer sempre em caráter experimental e limitado, mantendo a lógica capitalista nas práticas dominantes nos setores sociais.

como base a vinculação dessa modalidade de ensino exclusivamente ao exercício produtivo, em substituição ou minimização da formação básica, cuja regulação é dada pelo tipo e quantidade de empregos que podem ser gerados na economia (trabalhos “simples” e “baratos”) (RAMOS, 2013).

Isso ocorre com a ESF, que desde a sua implantação, na metade da década de 90, ainda permanece em muitos municípios, com instalações inadequadas, trabalho precário das equipes e insuficiente rede de referência para a resolução dos problemas (TEIXEIRA, 1987).

Este caráter “experimental” que se perpetua na atenção básica de saúde reflete-se também na qualificação dos trabalhadores, pois a PNAB prevê somente “treinamentos introdutórios” para o início do trabalho na ESF, que deverão ter continuidade ao longo do trabalho. Esta ação é de responsabilidade da gestão local; contudo, há pouca articulação desta com a PNEPS, que norteia a qualificação dos trabalhadores, de forma genérica, para atuação em toda a rede de serviços de saúde.

Um exemplo desta situação é o dos Agentes Comunitários de Saúde. Desde a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, até o início da formulação da política de formação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), em 2003, passaram-se 12 anos em que a formação dos ACS ficou sob a responsabilidade exclusiva dos enfermeiros-supervisores, no caso do PACS, ou da Equipe de Saúde da Família, no caso do PSF, perpetuando uma situação de capacitação aligeirada para o trabalho, com características distintas em cada local, se forem consideradas as condições de trabalho e disponibilidade, especialmente dos enfermeiros, para esta atividade.

Com relação ao conteúdo dessa capacitação para o trabalho, a orientação de aproximar o ACS dos problemas do território implicou na redução da formação deste trabalhador, em função da sua preparação para o desenvolvimento de atividades específicas com vistas ao enfrentamento dos problemas do seu território, dificultando, assim, a definição de uma base de conhecimentos comuns a todos os ACS. A formação em serviço dos ACS foi utilizada também como uma estratégia, em função da baixa escolaridade deste trabalhador, ficando somente na sua dimensão experimental, sem a mediação das instituições de ensino.

Situação semelhante ocorreu com os demais profissionais das equipes do PSF. Entretanto, estas categorias, além da capacitação introdutória para a atuação imediata, receberam investimentos públicos para a sua formação, como a criação de residências e especializações em saúde da família e mudanças nos currículos de graduação. A profissionalização dos ACS só ocorreu em 2002, por meio da Lei nº 10.507, que modificou dois critérios importantes em relação à formação destes

trabalhadores: quanto à escolaridade e quanto à formação profissional. Passou a ser exigido o nível fundamental de ensino e aprovação em curso de qualificação básica, cujo conteúdo foi definido pelo Ministério da Saúde. Esta foi uma conquista do movimento dos trabalhadores ACS, que travaram lutas políticas pela sua profissionalização organizados através da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde, pressionando parlamentares pela regularização da sua situação profissional, exigindo seus direitos relacionados ao trabalho e à formação profissional (MOROSINI, 2010).

Em síntese, as políticas públicas de saúde e de educação são produto de um Estado de Classe, as quais contribuem para a manutenção da correlação de forças entre capital e trabalho em favor do primeiro. No Estado-Relação de Poulantzas, a contradição mantém-se na ossatura material do Estado, isto é, no conjunto de instituições que lhe dão materialidade, de modo que os governos são constituídos por segmentos tanto da burguesia, como também por representantes da classe trabalhadora comprometidos com as lutas populares. No nosso caso, interessa-nos tais relações nos campos da saúde e da educação.

Assim, as políticas públicas, ao mesmo tempo em que avançam no sentido da formação integral dos trabalhadores de saúde e na reconfiguração dos processos de trabalho, possibilitam a ocupação dos espaços públicos pelo setor privado, mantendo relações permanentes de força entre trabalhadores e capitalistas.

2 A RELAÇÃO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

O trabalho em saúde possui particularidades que o definem como uma prática social específica, uma vez que o seu objeto é a vida. Para tanto, deve ser desenvolvido por trabalhadores identificados com princípios de cidadania e, fundamentalmente, de direito social. No entanto, nem os serviços de saúde, nem a formação dos trabalhadores ocorrem, necessariamente, nesta lógica. Na realidade concreta do trabalho em saúde, é possível perceber o trabalho alienante, profissionais formados de forma aligeirada, especialmente os de nível fundamental e médio, aos quais são ofertados processos formativos pontuais para o desenvolvimento de tarefas simples e repetitivas.

A qualificação dos trabalhadores de saúde, historicamente, ficou a cargo dos serviços ou de escolas privadas que ofertam todo o tipo de capacitações para o trabalho, de acordo com as concepções de saúde e de modelo de atenção, respectivamente, defendidos pelos gestores ou pelos empresários da saúde. Esta história, porém, também é atravessada por lutas por reformas estruturais empreendidas na sociedade.

Apresentamos a seguir a nossa construção teórica sobre a relação entre trabalho e educação na saúde, partindo da reflexão sobre os modelos de atenção à saúde que configuram os modelos de formação dos trabalhadores. Para isso, precisamos compreender o homem construindo-se pelo trabalho e este como parte da formação humana integral. Em alguns pontos, utilizamos documentos dos setores da saúde e da educação, como também as falas dos participantes da pesquisa como base para a problematização da realidade.

2.1 Os modelos de atenção e a formação da força de trabalho em saúde

No cenário do mundo contemporâneo, de intensas e rápidas transformações, o neoliberalismo afirma-se como uma alternativa política, econômica, social e cultural para a crise econômica do capitalismo. Com o neoliberalismo, há o renascimento vigoroso do individualismo e do mercado como articuladores da

política social: há a soberania dos objetivos individuais, o indivíduo como ser supremo. Na saúde, o modo de produção capitalista se traduz no modelo da Medicina Científica, que coloca os direitos individuais como prioritários sobre os direitos coletivos. Segundo Rizzotto (1999), o individualismo é claramente assimilado pela Medicina Científica em dois momentos: quando coloca o indivíduo como centro da sua prática e quando aceita que o adoecimento é uma responsabilidade individual, desconsiderando outros determinantes do processo saúde-doença. Nesta abordagem individual, a pessoa é qualificada como única responsável pelo seu estado de saúde. O contraponto dessa abordagem é a comprovação da existência de inúmeros determinantes dos processos patológicos, de ordem social, econômica ou cultural, que independem da vontade, aceitação ou responsabilidade dos sujeitos do processo e que só podem ser enfrentados por meio de ações políticas e compromisso social de caráter coletivo.

A desigualdade social do mundo contemporâneo, determinada pelo capitalismo como modo de produção e processo civilizatório também no campo da saúde, corresponde às diferenças de inserção social dos indivíduos, que são determinadas pela repartição de poder e propriedade. Uma sociedade poderia ser produtora de saúde se os seus valores de solidariedade fossem a sua base. Por outro lado, nas sociedades em que predominam a exploração e a dominação, necessariamente há a produção da doença (BREILH, 1998 apud BARATA, 2006).

A discussão que Chauí (2006) traz sobre o mundo contemporâneo pode subsidiar a nossa discussão sobre as repercussões da forma atual do modo de produção capitalista no trabalho em saúde. O desemprego estrutural de que trata a autora é gerado pela automação dos processos produtivos e pela velocidade da rotatividade da mão de obra, que se torna obsoleta muito rapidamente, em função das aceleradas mudanças tecnológicas fazendo, com isso, desaparecer a solidariedade entre os trabalhadores e enfraquecer os movimentos sindicais.

Este fenômeno, no campo da saúde, tem características específicas, pois, segundo Machado (2008), a acelerada incorporação tecnológica nas atividades de saúde, seja de novos produtos, seja na modernização de equipamentos, acrescenta novas qualificações ao setor, mas sem dispensar as profissões e ocupações tradicionais. Assim, a saúde continua a absorver um expressivo contingente de mão de obra qualificada, não substituindo a mão de obra tradicional, como ocorre em outros setores da economia, fenômeno esse que vem sendo constantemente

analisado. No setor saúde, há um crescimento constante da oferta de empregos, resultante do processo de municipalização da saúde, o qual responsabiliza os municípios por organizarem seu sistema de saúde, executando ações diversificadas, na busca da solução dos problemas locais, o que exige a incorporação no sistema de profissionais diversos em número e qualificação.

Assim, as formas de organização do processo de trabalho em saúde e o contexto em que este ocorre definem um modelo de atenção à saúde, que é configurado pelo seu tempo histórico. A noção de “modelo” aqui utilizada corresponde ao que é difundido pela Organização Mundial de Saúde (OMS): uma determinada representação da realidade de saúde, levando em conta a combinação de tecnologias e meios de trabalho.

Jairnilson Paim (2008b) afirma que a análise dos modelos de atenção à saúde precisa ser sustentada na teoria do processo de trabalho, pois se esta aponta para diferentes objetos, meios e atividades, os modelos de atenção refletem as combinações tecnológicas dispostas nos meios de trabalho. É “uma espécie de lógica” que orienta a ação e organiza os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas de saúde, assim como indica um determinado modo de dispor os meios técnicos e científicos existentes para intervir sobre os problemas e atender as necessidades de saúde. Além de vincular a noção de modelo de atenção à teoria do processo de trabalho em saúde, o autor acrescenta que, na perspectiva de mudança no sistema de saúde, é preciso considerar as dimensões gerencial e organizativa do sistema de saúde. Esta ideia é ratificada por Carmem Teixeira (2002) ao dizer que a configuração dos sistemas de saúde é definida pela forma de financiamento e gestão, além das práticas de saúde, dos trabalhadores e usuários.

Historicamente, no Brasil, os modelos de atenção, de forma contraditória ou complementar, foram configurados a partir das necessidades de saúde ou da demanda espontânea sendo, assim, definidos dois modelos predominantes, o modelo médico hegemônico e o modelo sanitário, além de algumas propostas alternativas. O modelo médico hegemônico⁷ apresenta como características o individualismo, a concepção de saúde como mercadoria, ênfase no biologismo, a prática médica exclusiva, o curativismo, a medicalização dos problemas, o estímulo ao consumismo médico e a subordinação dos consumidores.

⁷ O termo “hegemônico” aqui utilizado diz respeito à hegemonia obtida pelo consenso ativo de segmentos da população a partir da capacidade política e cultural dos seus dirigentes (PAIM, 2008).

O modelo sanitário, por sua vez, é reconhecido pelas intervenções, de caráter coletivo, adotadas pela saúde pública tradicional, sobre os problemas e necessidades da população. Este modelo remete à ideia de programas como o da tuberculose, saúde da mulher e da criança ou campanhas como vacinação, controle de epidemias, erradicação de endemias, que marcaram a saúde pública brasileira durante praticamente todo o século XX. Este modelo foi sempre subalterno ao modelo médico hegemônico no Brasil nesse período, como também pode ser percebido nas políticas atuais, em alternativas como o PACS e o PSF, que foram transformados em estratégia de organização da atenção básica no Brasil, como está discutido mais adiante.

Nenhum dos modelos deu conta da integralidade da atenção à saúde, fazendo com que este fosse um tema central das discussões que ocorreriam na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que legitimou a integralidade, contemplada na Constituição Federal de 1988, como um dos princípios do SUS. Porém, não houve a transformação das práticas de saúde na intensidade esperada, levando o tema da integralidade a ser central na X Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1996, já num momento histórico de avaliação dos avanços e retrocessos na implantação do SUS no Brasil. Desde então, a integralidade tem sido tema transversal nas discussões nas demais Conferências de Saúde e tem baseado diferentes iniciativas no sentido de construir modelos mais coerentes com o corpo doutrinário da reforma sanitária brasileira (PAIM, 2008b).

Não cabe aqui detalhar outros modelos de atenção à saúde, visto que as disputas ainda estão presentes no cenário brasileiro no sentido de transpor o modelo médico, o que ainda não foi alcançado. Mantém-se o desafio de compor uma combinação de tecnologias mais adequadas para solucionar os problemas epidemiológicos, responder às necessidades de saúde que são tão distintas em função da diversidade dos territórios brasileiros. Porém, a definição e a operacionalização de modelos de atenção não resultam somente de processos gerenciais, necessitando que estes integrem as relações entre os sujeitos, trabalhadores e usuários do sistema de saúde.

A organização de modelos de atenção à saúde, historicamente, não ocorre de forma linear em função das particularidades do trabalho em saúde. Com a implementação do SUS, a partir da década de 1990, houve uma tendência ao crescimento do número de postos de trabalho em saúde, sem, entretanto, eliminar

os graves problemas ocorridos, especialmente, com relação à qualidade do trabalho. As mudanças estruturais, a desregulamentação do mercado de trabalho causaram efeitos nefastos sobre a qualidade do trabalho em saúde, como o crescimento da informalidade e a perda de direitos trabalhistas.

A terceirização, na qual o setor de serviços deixa de ser um suplemento à produção e torna-se responsável por etapas da produção dispersas pelo mundo inteiro, segundo Chauí (2006), leva à perda da identidade dos trabalhadores como classe social e ao enfraquecimento da luta de classes.

Podemos perceber o fenômeno da terceirização no SUS em todas as instâncias, pois é permitida legalmente a compra de serviços privados pela União, Estados e Municípios, em caráter complementar ao SUS.

Vasconcelos e Pasche (2006) apontam que a participação do setor privado no SUS se dá, de forma mais pronunciada, na atenção hospitalar e na oferta de serviços especializados. Estes serviços, hospitalares e ambulatoriais especializados, que utilizam maior aporte tecnológico, são favorecidos em termos de remuneração, estando orientados pela lucratividade dos procedimentos e organizados na lógica da produtividade, representando uma proporção importante dos gastos do sistema, ficando o SUS dependente do setor privado. É, pois, um dos desafios à gestão do SUS a organização de serviços públicos universais e de qualidade, fortalecendo o setor público e diminuindo, paulatinamente, a compra de serviços privados. Não é tarefa fácil, visto que é imensa a disputa por recursos públicos e complexa a mediação de interesses do setor privado.

Além da compra de procedimentos, há também a terceirização no SUS referente à contratação de profissionais de saúde. Especialmente no que tange à expansão da cobertura da ESF, ao mesmo tempo em que há um grande aumento do número de empregos, ocorre também a precarização dos vínculos. Segundo Machado, Moysés e Oliveira (2006 apud MACHADO, 2008), no cenário brasileiro, a terceirização, a cooperativização, parece ser a única alternativa para manter os serviços de saúde em funcionamento, visto que os municípios, em função da Lei de Responsabilidade Fiscal, não conseguem aumentar o seu quadro de profissionais sob pena de ser apontada improbidade administrativa por parte dos governantes. A legislação, somada à grande pressão exercida por parte das cooperativas de profissionais do SUS, frequentemente representadas por ONGs e empresas privadas, gera grandes dificuldades na gestão do trabalho no SUS.

Para ampliar a análise do modelo de atenção à saúde, é necessário revisitar, também, os conceitos de Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica de Saúde (ABS), visto que, nas políticas públicas, estes arranjos organizacionais traduzem o modelo de atenção à saúde no qual estão baseadas. A APS e a ABS têm os mesmos pressupostos teóricos, mas o contexto histórico brasileiro configurou-as com algumas diferenças. A APS é o termo internacionalmente utilizado para referência às ações ambulatoriais do primeiro nível de saúde, ou seja, serviços de primeiro contato das pessoas com o sistema de saúde, direcionados a cobrir as afecções e condições mais comuns e resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população. Além do primeiro contato, tem como outros atributos a longitudinalidade da assistência, a abrangência ou integralidade, a coordenação entre as ações, a orientação para a comunidade, a centralidade na família e a competência cultural. No entanto, a APS é interpretada por Giovanella et al (2008) como um programa focalizado e seletivo, com serviços restritos prestados por médicos não especializados de primeiro contato, incluindo ou não ações de saúde pública e serviços clínicos direcionados a toda a população.

Segundo Castro e Fausto (2012), na década de 90, no Brasil, optou-se pelo termo Atenção Básica de Saúde em referência ao conjunto de ações de saúde desde a promoção até a reabilitação, no âmbito individual e coletivo, através de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, em detrimento do termo APS, que estava, na época, muito relacionado aos processos de reforma sanitária na América Latina, sob a influência de agências internacionais. A concepção de APS, apesar de hegemônica no plano internacional, não considerava, na mesma intensidade, os princípios da universalidade e da integralidade do sistema de saúde brasileiro; por isso, a opção pelo termo Atenção Básica de Saúde.

Assim, a APS, no Brasil, vai se estabelecendo, ao longo da história, como ABS, estratégia prioritária de organização do sistema de saúde. Especialmente a partir de 1994, quando da implantação do PSF, pelo Ministério da Saúde, ficou delineada a formação de equipes de saúde: deveriam ser formadas por, minimamente, um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde, com a responsabilidade de atender a uma população delimitada, de cerca de 1000 famílias, com financiamento federal específico para a sua implementação. Este desenho organizacional permanece até a atualidade, sem alterações significativas.

Desde a sua criação, o PSF, ampliado posteriormente para Estratégia de Saúde da Família (ESF), na Política Nacional de atenção Básica - a PNAB (2006), perpassou diferentes períodos administrativos, permanecendo sempre como prioridade dos governos Fernando Henrique Cardoso, Lula e da presidente Dilma Rousseff. Esta prioridade é representada, principalmente, pelo aporte de recursos federais específicos para a atenção básica, o que pode ser interpretado como um estímulo à transformação do modelo de atenção à saúde no Brasil, visto que, historicamente, ao nível primário de atenção à saúde sempre foi destinado um percentual irrisório de recursos orçamentários, se comparado ao financiamento dos serviços especializados e/ou hospitalares.

No seu percurso histórico, o fortalecimento da ESF como estruturante do sistema de saúde, representado pela presença permanente na agenda federal, não teve correspondência quanto à formação dos profissionais. O estabelecimento das “equipes mínimas” da ESF gerou demandas para além da política pública específica para sua organização e financiamento, no sentido da necessidade de aumento do quantitativo dos trabalhadores, como também da sua qualificação para o desenvolvimento de ações de saúde na ABS.

Segundo Castro e Fausto (2012), a qualificação dos trabalhadores é um entrave para a transformação do modelo de atenção à saúde, pois os processos formativos empreendidos, em todos os níveis, na área da saúde, não são adequados para o atendimento das necessidades de saúde da população brasileira. Apesar da expansão dos pressupostos da APS no Brasil, fortalecidos especialmente nos governos Lula, quando a ampliação da ESF teve destaque importante na agenda federal, a efetividade das ações e dos serviços prestados não tiveram igual destaque pela insuficiente qualificação dos trabalhadores para este modelo.

A reformulação do setor saúde, ocorrida na década de 90, com a descentralização do sistema e ampliação da cobertura dos serviços de saúde, especialmente da ABS, acontece no contexto nacional de revisão do papel do Estado e da administração de pessoal, com o ingresso de novas práticas e relações de trabalho no setor público muito próximas da racionalidade do setor privado, o que repercutiu na formação das equipes da ESF. A organização do sistema de saúde, no nível local, dependente de diversificadas condições objetivas da realidade, ficou altamente susceptível a arranjos institucionais de gestão do trabalho, próprios da agenda de reforma do Estado como, por exemplo, a terceirização dos serviços de

saúde para Organizações Não Governamentais (ONGs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), o que levou à flexibilização das relações de trabalho, aumentando a inserção de trabalhadores, especialmente na ESF, através de vínculo de trabalho precário. Este contexto, fruto da macropolítica, repercutiu fortemente em nível municipal, gerando dificuldades também em caráter operacional, além daquelas conceituais, próprias da transformação do modelo de atenção à saúde. A fragilidade das relações de trabalho ocasionou alta rotatividade de profissionais na ESF, o que, por si só, já é fato gerador de dificuldades quanto à qualificação para o trabalho. Acrescidas a estas dificuldades, aparecem outras, como as referentes ao distanciamento entre as instituições de saúde e de educação. Estas últimas, com alto grau de autonomia, funcionando de acordo com os seus próprios marcos regulatórios, com pouca interferência do setor saúde na condução dos processos formativos dos trabalhadores (TEIXEIRA; OLIVEIRA; ARANTES, 2012).

A aproximação entre as diferentes instituições responsáveis pela formação profissional passa, em 2003, a fazer parte das responsabilidades na nova Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, criada na estrutura do Ministério da Saúde, no governo Lula. Com relação ao trabalho, as primeiras iniciativas foram referentes ao enfrentamento da precarização do trabalho no setor saúde, com destaque para as equipes de saúde da família, nas quais foram empreendidas ações articuladas com outras, mais amplas, de regulação do trabalho, via ampliação da sua formalização. A atuação do Ministério Público do Trabalho foi determinante para a obrigatoriedade de concurso público para a legalização dos postos de trabalho em saúde.

O resgate de alguns movimentos político-institucionais relativos à ampliação do acesso da população à saúde, através da ampliação da rede de serviços, em especial à atenção básica, é necessário para a reflexão de que a cobertura quantitativa de serviços de saúde, por si só, não deu conta da transformação do modelo de atenção, para a qual outras iniciativas foram necessárias e implementadas. Entretanto, ainda hoje, não são suficientes para a superação do modelo biomédico de atenção à saúde.

Com relação à gestão da educação na saúde, no período compreendido entre 2003 e 2010, Teixeira, Oliveira e Arantes (2012) destacam que houve dois momentos distintos: um, entre 2003 e 2005, e outro, entre 2006 e 2010. O primeiro

foi marcado pela fundamentação das diretrizes da Educação Permanente em Saúde e implementação dos Polos de Educação Permanente em Saúde, colegiados intersetoriais de condução locorregional da política. O segundo período caracterizou-se pelo fortalecimento da gestão regional e pelo protagonismo dos gestores locais e regionais do SUS, com a extinção dos “polos” e a criação de comissões permanentes de integração entre ensino e serviço, com fortalecimento do controle social. Esta reconfiguração da gestão do trabalho foi necessária, também, para alinhamento dessa política com o Pacto pela Saúde (componente Pacto de Gestão), que previa alteração nas instâncias de decisão no setor saúde, principalmente no sentido da descentralização, definindo o repasse de recursos federais para municípios e/ou regiões em blocos, dos quais deveriam fazer parte os recursos referentes à gestão da educação na saúde.

Assim, a construção de uma política nacional de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS passou por reconfiguração conceptual no sentido de ser constituída uma proposta estratégica capaz de influir nos processos formativos, nas práticas pedagógicas, na organização dos serviços por meio de trabalho articulado entre serviços de saúde, instituições formadoras e controle social. A proposta do Ministério da Saúde visava à colocação da educação permanente no cenário das políticas públicas, com centralidade suficiente para transformar práticas profissionais e reconfigurar o trabalho em saúde. Desta forma, a proposta da EPS contribuiria para retomar os pressupostos da reforma sanitária brasileira e, neste ponto, também se alinharia ao Pacto pela Saúde, no seu componente “Em defesa do SUS”⁸ (BRASIL, 2004).

Em 2004 é publicada a PNEPS, mesmo ano em que são editadas as Resoluções nº 276 e nº 279 do CEED-RS. A primeira resolução trata da autorização para credenciamento de instituições de ensino e funcionamento de cursos técnicos, e a segunda estabelece normas para a realização de estágios dos alunos dos cursos técnicos. A PNEPS sofreu alterações através da Portaria GM/MS nº 1996, publicada no DOU em 20 de agosto de 2007, redefinindo estratégias para a

⁸ O Pacto pela Saúde divide-se em três componentes: Pacto de Gestão (pactuação para regionalização dos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade dos serviços); Pacto pela Vida (pactuação regional para impacto epidemiológico sobre os problemas de saúde da população); Pacto em defesa do SUS (pactuação para ações de fortalecimento do controle social no SUS com vistas ao resgate dos pressupostos da reforma sanitária).

implementação de ações de gestão do trabalho e da educação no SUS vigentes até a atualidade.

No campo da educação, no Rio Grande do Sul, as resoluções citadas ainda estão vigentes, estabelecendo a regulação das condições objetivas para a oferta de processos formativos para os trabalhadores. Têm como base o Art. 82º da LDB (1996), o qual delega aos sistemas estaduais de ensino as normas para a realização de estágios dos alunos regularmente matriculados em sua jurisdição. Ambas as resoluções são genéricas quanto às condições de funcionamento de cursos técnicos, não havendo nenhuma referência aos cursos da área da saúde ou às concepções de educação permanente em saúde presentes nos documentos do setor saúde. Com isso, é possível analisar que os debates internos no campo da saúde, que reconfiguraram institucionalmente a gestão do trabalho e da educação na saúde, tendo como um dos seus objetivos a centralidade de uma política pública de formação de trabalhadores para o SUS, com vistas à implementação de um modelo integral de atenção, da mesma forma que não foram suficientes para transformar as práticas de atenção à saúde, também tiveram pouca repercussão nas instituições da educação.

A Resolução CEED/RS nº 276/2004 estabelece procedimentos complementares aos pedidos de credenciamento de instituição de ensino e de autorização para funcionamento de cursos técnicos e apresenta elementos para discussão frente às necessidades do setor saúde relativas à formação dos trabalhadores. No seu artigo 2º, inciso II, define que o órgão regional da Secretaria de Educação deverá consignar que há corpo docente disponível com titulação e/ou habilitação conforme previsto na legislação vigente para atender ao curso proposto. Neste ponto, as regulações do setor e da educação são divergentes, visto que a PNEPS faculta aos municípios a indicação de profissionais para desenvolverem a supervisão dos trabalhadores em formação nos seus próprios locais de trabalho. Da maneira como está colocada a legislação da educação, isto não é possível, pois os responsáveis por ações pedagógicas nos serviços serão profissionais de diferentes áreas, com vínculos empregatícios diversificados, conforme o município em que atuam, sob a supervisão pedagógica a ser realizada pelas ETSUS.

No inciso III, que trata da celebração de convênios para a oferta de campos de estágio, a Resolução CEED/RS nº 276/2004 exige que sejam apresentados os termos de convênio para a autorização de um curso técnico, sobre o quê não há

referência no texto da PNEPS, pois esta orienta que os alunos trabalhadores do sistema de saúde têm em seus próprios locais de trabalho as condições materiais para a sua formação, que o trabalhador em formação, ao problematizar o seu cotidiano, produz o seu conhecimento. Assim, não há uma rede de serviços a ser conveniada para a realização de estágios, mas a definição da rede de saúde como espaço de formação.

É importante destacar mais uma vez que a concepção de “serviço de saúde”, para a maioria da população, é reduzida à definição de “hospital”. Esta imagem construída historicamente é ratificada na política pública de educação, pois, na realidade concreta, são exigidos convênios com “hospitais” para a realização de estágios na formação dos profissionais nos cursos técnicos da área da saúde. Este é um obstáculo, muito mais que administrativo, que traz em si a manutenção da concepção dicotomizada de saúde-doença, em que o cuidado à saúde é reduzido à cura e reabilitação de doenças, e o “serviço de saúde”, a “hospital”.

Entendemos que, para transformar o processo do cuidado em saúde, é preciso transformar também as maneiras de ensinar e aprender, o que só é possível de ser alcançado com base na integração entre as políticas públicas entre saúde e educação e, para além delas, com o conjunto de políticas sociais na busca do desenvolvimento da cidadania que, por sua vez, representa o modelo de Estado do qual emergem. A reflexão acerca dos documentos regulatórios dos campos da saúde e da educação demonstra que as concepções que os sustentam não são coerentes com os processos administrativos impostos para a sua operacionalização, ou seja, depois de um azoado conceptual, seguem-se as exigências burocráticas para credenciamento de escolas, acabando por configurar escolas e cursos fragmentados, que se resumem em capacitação para o trabalho.

Assim, quanto ao modelo de atenção à saúde a ser transformado a partir da formação dos trabalhadores, apesar de estar amplamente discutido em diferentes fontes secundárias desta pesquisa, não se traduz em alterações substanciais nos marcos regulatórios, tanto da saúde como da educação, indicando que os movimentos institucionais setoriais não foram potentes o suficiente, até o momento, para transporem o modo burocratizado presente na regulação. Assim, é possível perceber que as fontes primárias de pesquisa “silenciam” quanto ao modelo de atenção à saúde mais do que “falam” sobre o tema, como nos ensina Evangelista

(2012). Este “silêncio” cristaliza os modos de cuidar e de ensinar, contribuindo para a manutenção do modelo biomédico do ensino no setor saúde.

Entendemos que essas concepções de saúde, analisadas a partir dos textos dos documentos, que norteiam a organização dos serviços, também emergem das expressões usadas pelos participantes da pesquisa, membros do CEED/RS. Ao serem perguntadas sobre a concepção de saúde e doença que baseiam as discussões na Comissão de Educação Profissional do CEED/RS, duas professoras participantes expressaram o seguinte:

a concepção básica de saúde é a pessoa saudável [...] com ausência de qualquer enfermidade, com ausência de qualquer patologia [...] saúde é algo mais complexo, ela vem de acordo com o que nós traduzimos hoje, falando sobre um conjunto de ações para assegurar que este indivíduo esteja saudável, tenha saúde e esse conjunto de ações passa pela parte estrutural mental a parte física e a parte fisiológica, fundamentalmente. E hoje a parte de saúde em geral nós podemos ter como concepção básica a um conjunto de motivos que nos levam a procurar... hoje nós falamos de saúde... o que é saúde? nós procuramos ser saudável, estar saudável para que nós possamos ter um tempo maior de qualidade de vida, nós remetemos a um processo de auto cuidado, de cuidado com o meio em que vivemos porquê, além das patologias que nós podemos trazer associadas no nosso DNA, nós vimos e existem estudos que comprovam que o meio em que nós vivemos pode sim nos deixar enfermos. Então, a saúde, ela é bem mais ampla do que simplesmente estar ou não saudável [...]. (P2)

Eu acho que, além da ausência de enfermidade, é o equilíbrio entre o bem-estar físico, emocional, psicológico e no caso de enfermidade, das condições de atendimento... (P3)

As falas, primeiramente, remetem-nos à visão de saúde compreendida como ausência de doença, cuja identificação se dá pelo conjunto de sintomas. Acrescenta o papel do indivíduo, ou a sua responsabilidade, em buscar tal estado, o “ser saudável” ou o “autocuidado”, como também relaciona o estado de saúde com a harmonia entre indivíduo e ambiente. A fragmentação estabelecida entre saúde e doença como dois “estados” distintos também aparece na fragmentação estabelecida pela “saúde física” e “saúde mental”. O caráter utópico da saúde pode ser percebido pelas ideias de “equilíbrio”, “harmonia”, “buscar ser saudável” presente nas falas.

As concepções de saúde e doença de forma fragmentada e individualizada levam à concepção de um modelo fragmentado de cuidado, que, por sua vez, se traduz em um modelo de atenção à saúde identificado com o modelo biomédico. Entendemos que as concepções de saúde são construídas ao longo da história e

identificamos, nas falas dos participantes da pesquisa, percepções que emergem de diferentes tempos históricos, que Batistella (2007) nos ajuda a analisar, quando aponta a complexidade teórica dos conceitos de saúde, doença e cuidado.

A visão de saúde como ausência de doença ainda está largamente difundida no senso comum, como também ainda embasa a produção do conhecimento no meio médico, especialmente, com relação a diagnósticos e tratamentos e tem sua gênese na configuração histórica do modelo biomédico.

Até meados do século XVIII, a doença era vista como um elemento da natureza, algo que subsistia no ambiente e era adquirido pelas pessoas. Esta noção não foi capaz de dar respostas às epidemias ocorridas nas cidades modernas, o que foi buscado através da medicina clínica, que redesenhou o hospital em setores de acordo com quadros clínicos. A departamentalização do hospital é reflexo da produção do conhecimento na medicina, que ocorre, primeiramente, por peças anatômicas, os órgãos, e depois, pela identificação de anomalias patológicas no nível dos tecidos humanos (daí a substituição do termo “doença” por “patologia”). O pensamento médico-científico atravessa o século XIX e parte do século XX, mesmo após a era bacteriológica, quando as doenças foram explicadas pela identificação de bactérias, com base nos valores da localização, da especificidade e intervenção, a partir de estudos experimentais sobre mudanças morfológicas, orgânicas e estruturais dos organismos humanos.

Assim, a concepção de saúde solidificou-se, por longo tempo, como “fisiologia”, sentido oposto da “patologia”, o que identifica a saúde no sentido negativo, ou seja, a “ausência de patologia”, que persiste tanto no senso comum como em alguns meios acadêmicos até hoje. Para a maioria da população, ter saúde é não estar doente; porém, há limitações a esta definição, o que é defendido pelos pesquisadores mais alinhados com a epidemiologia social ou a antropologia. Mesmo na psicologia, há questionamentos sobre o antagonismo que a medicina atribui entre o normal e o patológico, afirmando que ambos os estados são mobilizados pelos mesmos mecanismos mentais, o que nos leva à reflexão sobre a indissociabilidade entre o normal e o patológico (BATISTELLA, 2007).

O conceito de saúde que faz parte das bases teóricas da Constituição Brasileira de 1988, como também da Lei Federal 8080/90, e que é repetido nos demais instrumentos regulatórios do setor saúde, tem origem no conceito ampliado de saúde constante no relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde. Este grande

encontro da sociedade, ocorrido em um momento histórico nacional de esgotamento da ditadura militar, possibilitou a disseminação das ideias defendidas pelo movimento sanitário brasileiro, intensa mobilização alinhada com outros movimentos empreendidos na América Latina, durante as décadas de 1970-1980, como resposta aos regimes autoritários e aos problemas estruturais do sistema público de saúde. Naquele momento, a saúde é colocada como resultado das condições de vida e trabalho das coletividades; portanto, um produto do contexto social e das relações sociais que o configuram.

A concepção de saúde expressa pela representante do CES do Rio Grande do Sul traduz uma construção produzida coletivamente, a partir da sua participação em movimentos sociais, como apresentamos a seguir.

um modelo de saúde mais alargada a partir de todo o debate que se faz nos anos oitenta e de saúde como direito da população e que conquistada assim como muitas lutas e com uma diversidade de participação dos movimentos sociais, e que buscam pra além do tratamento da doença, do acesso ao cuidado da vida, promoção de saúde, a questão da prevenção das doenças e tal. E nesse conceito mais ampliado que se inscreve também na constituição de oitenta e oito que tem condicionantes e determinantes no processo de saúde e doença que vão pra além da condição de estado em saúde mental e física e sim, do trabalho, das condições de vida, do acesso a educação, o acesso ao transporte e a qualidade de vida. Então, pelo menos na minha trajetória, foi muito marcada por esse tipo de conceito, de concepção de saúde em que esta o ser humano como um todo, ele e suas condicionantes e determinantes (P1).

As expressões utilizadas pela participante refletem conceitos que transitam no campo da saúde nas últimas décadas. Ela coloca a sua trajetória pessoal como construtora de uma concepção de saúde como um processo, que é produzido pela mediação das condições materiais de vida, e utiliza termos como “promoção da saúde”, “determinantes da saúde” e “qualidade de vida”, sobre os quais é necessário refletir, pois contêm componentes históricos importantes para a construção das concepções teóricas no campo da saúde.

A reconceitualização da saúde no sentido da qualidade de vida, segundo Buss (2003), surgiu no Canadá, em 1974, por ocasião da edição do Informe Lalonde pelo órgão federal de saúde daquele país. Este documento traduziu, na época, importantes debates que estavam sendo empreendidos em diferentes países, assim como estavam sendo publicados estudos teóricos sobre novas concepções de saúde em função dos fortes questionamentos que eram lançados sobre os sistemas

de saúde vigentes. A medicalização acentuada dos processos de cuidado e o caráter mercantilista da atenção à saúde estavam se tornando, cada vez mais, ineficientes para responder às necessidades de saúde da população, cenário do qual emergiram concepções de saúde relacionadas à qualidade de vida.

Para o autor, o Informe Lalonde teve motivação central técnica e política, pois visava propor estratégias de enfrentamento dos altos custos da assistência médica e da sua insuficiência no controle das doenças crônicas, cujo controle depende, centralmente, da dinâmica da vida de indivíduos e populações. Os determinantes da saúde, apresentados no documento, podem ser divididos em quatro amplos componentes: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde. O primeiro componente é a base do modelo médico tradicional, que persiste largamente na realidade do sistema de saúde brasileiro e também norteia os processos formativos dos profissionais: os fatores relacionados à saúde manifestam-se nos indivíduos como consequência da sua constituição orgânica, determinada pela sua genética em processos que ocorrem nos órgãos ou aparelhos vitais. O segundo componente trata do ambiente ou daqueles fatores que influenciam as pessoas e sobre os quais estas não têm qualquer controle. O próximo componente trata do estilo de vida, sendo que, sobre este, os indivíduos têm algum controle, pois depende de decisões tomadas pelos indivíduos. O último componente diz respeito à organização dos serviços de saúde; é representado pelo sistema de saúde, composto pela quantidade, qualidade e relações entre as pessoas e os recursos de prestação de assistência.

Como estratégia de intervenção, o documento Lalonde propõe a promoção da saúde, a regulação, a assistência médica, a pesquisa e a fixação de objetivos, não havendo destaque para nenhuma das estratégias, o que ocorreria a partir de discussões posteriores, em conferências internacionais, que trabalharam no desenvolvimento do conceito da promoção da saúde.

O Canadá manteve-se como referência internacional na evolução das discussões sobre a promoção da saúde. A Carta de Ottawa, de 1986, serviu como documento fundamental para o desenvolvimento da promoção da saúde em todo o mundo (BUSS, 2003).

A Carta de Ottawa defende a promoção da saúde como fator fundamental de melhoria da qualidade de vida e o envolvimento da comunidade nesse processo, salientando que tal promoção não é responsabilidade exclusiva do setor da saúde,

mas de todos em direção ao bem-estar global. O documento estabelece critérios importantes no direcionamento das estratégias de saúde, dos quais podemos destacar a necessária integração entre as políticas públicas para garantia da habitação, educação, alimentação, renda, entre outros. É destacado ainda que a saúde deva ser reconhecida pelos demais setores políticos, econômicos e culturais como recurso de desenvolvimento social, assim como importante dimensão da qualidade de vida.

A responsabilidade de cidadania integrada à responsabilidade pública de garantir o acesso aos recursos para que as pessoas possam desenvolver o seu potencial de saúde parecem ser as condições necessárias ao desenvolvimento da promoção da saúde. Os modelos de atenção, com base na promoção da saúde, têm estrutura organizacional extremamente complexa, visto que necessitam de ações coordenadas entre governo, setores sociais e econômicos, sociedade organizada e os próprios indivíduos, respeitando ainda as diferenças sociais, culturais e econômicas nos diferentes espaços de vida. Buss (2003) destaca que, para a promoção da saúde, devem ser criados ambientes favoráveis à saúde, o que só é possível a partir do reconhecimento da complexidade da sociedade e da relação de interdependência entre os diversos setores. Integram este contexto a proteção do meio ambiente, a conservação dos recursos naturais, como também os ambientes do trabalho, a escola, o lazer, o lar e a própria cidade.

Sobre as dificuldades em compor, na realidade material, modelos de atenção baseados na promoção da saúde, Czeresnia (2003) aponta que é preciso incorporar o conhecimento produzido na epidemiologia, nos estudos de risco, na medicina baseada em evidências, experiências clínicas, fazendo com que estes achados transformem-se em critérios operacionais e decisões práticas para os sistemas de saúde. É preciso dialogar e transitar sobre as diferentes dimensões que caracterizam a complexidade da saúde, transformando o conhecimento científico em ações que possam promover transformações sociais, ambientais e de conduta dos sujeitos de forma indissociável.

A construção de políticas públicas saudáveis, em que a saúde conste como prioridade em todos os setores, depende operacionalmente de legislação, medidas fiscais e mudanças organizacionais, juntamente com a potencialização das comunidades na posse e no controle de seu próprio destino, na aprendizagem e no fortalecimento da participação popular na direção da vida saudável. Neste sentido,

Teixeira, Paim e Villasboas (2002) destacam a potencialidade da vigilância da saúde em organizar as práticas sanitárias a partir do fortalecimento dos sistemas locais de saúde, de responsabilidade dos municípios. Para os autores, o planejamento da saúde deve ocorrer de forma ascendente, a partir do município, e segundo a lógica das relações entre condições de vida, saúde e acesso aos serviços.

O modelo da vigilância da saúde contém tecnologias combinadas de gerenciamento para o enfrentamento de problemas de saúde, considerando também os projetos de vida pessoal ou de classe dos sujeitos sociais. A sua operacionalização contempla ainda a identificação dos processos de trabalho em saúde, o que corrobora a ideia de Paim (2008b) ao dizer que é impossível transformar modelos de atenção sem reconfigurar os processos de trabalho em saúde ou, ainda, aproxima-se de Buss (2003), que defende a promoção da saúde produzida pela indissociabilidade entre políticas governamentais e desenvolvimento da autonomia dos sujeitos.

A qualidade de vida, termo citado pela participante do Conselho Estadual de Saúde nesta pesquisa, consta como um dos elementos do modelo da promoção da saúde. Sempre que são destacadas as condições de vida da população a serem buscadas a partir de políticas intersetoriais, o termo “qualidade de vida” aparece como constituinte do conceito. Buss (2003), na defesa do modelo de atenção à saúde baseado na promoção da saúde, diz que este tem potencial para alcançar as transformações dos processos individuais e coletivos na busca da qualidade de vida. Sendo a promoção da saúde uma estratégia de mediação entre as pessoas e o seu meio, combinando responsabilidades individuais e sociais, ações integradas e intersetoriais, com participação da sociedade, o resultado esperado é a melhoria da dinâmica de vida, o que é traduzido pelo termo “qualidade de vida” contido nos conceitos sobre os modelos de atenção e referidos pela participante do CES.

Quanto aos “determinantes do processo saúde-doença”, este termo emerge em diferentes tempos históricos, com maior ou menor intensidade, em consonância com os padrões vigentes de conhecimento e organização em cada período. O esforço humano para compreender o processo saúde-doença sempre existiu; a diferença se dá na compreensão sobre este processo, se a sua determinação é física ou metafísica, natural ou social, de caráter individual ou coletivo. Carvalho e Buss (2008) destacam que as concepções de saúde e doença, segundo seus

determinantes, não ocorrem de forma linear, cumulativa, mas com avanços e retrocessos, idas e vindas das crenças ou dos modelos dominantes.

Cada avanço na compreensão da determinação do processo saúde-doença gerou enriquecimento e diversificação das medidas de controle das doenças, sendo o modelo epidemiológico de Leavell e Clark, de 1976, a tentativa mais abrangente de construir um modelo de organização da intervenção humana sobre o processo saúde-doença. Esses autores sistematizaram os conceitos de promoção, prevenção, cura e reabilitação em um modelo chamado de “história natural da doença”, dividido em períodos do desenvolvimento da doença nos indivíduos, sobre os quais haveria ações específicas de intervenção, os chamados níveis de prevenção – primário, secundário e terciário. Embora este modelo contemple elementos do ambiente no processo saúde-doença, não transcende a visão essencialmente biológica da doença.

A concepção de saúde-doença amplia-se, para além da explicação de sua história natural, no sentido da compreensão da sua “história social”, como resultado de um conjunto de determinações que operam na sociedade concreta, produzindo, nos diferentes grupos sociais, o aparecimento de riscos ou potencialidades que configuram padrões de saúde e adoecimento. Nesta concepção, é clara a relação entre classe social e adoecimento: estar sadio ou doente depende da classe social do indivíduo e das suas condições de vida. Esta concepção desenvolve-se para uma dimensão estrutural, que se caracteriza pelo modelo de desenvolvimento de uma sociedade, isto é, se o modelo de produção é capitalista ou socialista, por exemplo.

Esta concepção suscita questionamentos sobre a distinção entre os estados de saúde e doença em separado, cujas respostas são dadas a partir da complexificação destes conceitos, em função da sua indivisibilidade, que encontra subsídios teóricos em diferentes disciplinas como a biomedicina, a epidemiologia, as ciências sociais, a psicologia. A abordagem da determinação do processo saúde-doença, a partir de um ou de outro campo disciplinar isoladamente é insuficiente, sendo necessária a sua compreensão interdisciplinar ou transdisciplinar (CARVALHO; BUSS, 2008).

A concepção da saúde e da doença como partes de um único processo, que é determinado socialmente, parece ser a concepção expressada pela participante da pesquisa, membro do CES-RS, visto que trata de “determinação” da saúde, de forma integrada às concepções de “promoção da saúde” e “qualidade de vida”.

Estas expressões, provenientes de produções conceituais distintas, aproximam-se, refletindo a trajetória da participante no período da luta pela reforma sanitária brasileira, em que a concepção de saúde foi tema central das discussões, a ponto da sua concepção ampliada constar no texto constitucional, em 1988.

Esta concepção de saúde-doença como um processo social, que sofre influência das relações sociais e econômicas que definem o acesso à alimentação, à educação, ao trabalho, à renda, ao lazer e ao ambiente sustentável, inclui os diversos atores sociais na responsabilidade pelas questões de saúde como os governos, os profissionais e os próprios usuários. Da mesma forma, define as políticas públicas, tanto da atenção à saúde (assistência e gestão) quanto dos modelos de formação dos profissionais de saúde em todos os níveis. Repercute também na concepção de serviço de saúde, especialmente no papel do hospital, que, em uma concepção ampliada de saúde, deve fazer parte de uma rede de serviços de saúde organizada, passível de regulação pública, que garanta o acesso igualitário, com base na saúde compreendida como um direito fundamental dos cidadãos.

A reflexão sobre os modelos de atenção que podem ser percebidos nos textos das políticas públicas de formação dos trabalhadores de saúde, assim como nas falas dos agentes formuladores destas políticas, membros dos conselhos de educação e de saúde, não se esgota neste resgate histórico das concepções de saúde e doença, da clínica até a formulação da concepção ampliada de saúde. No entanto, é fundamental destacar que esta concepção avançou, no sentido da compreensão da saúde como uma prática social, porém, ainda persiste hegemônica a concepção dicotomizada e individualizada de saúde e doença, que repercute no modelo de atenção à saúde vigente, como também na formulação dos processos formativos dirigidos aos trabalhadores. Isto ocorre, principalmente, em setores não vinculados à discussão da saúde pública, incluindo o da educação, por nós abordado.

2.2 Fundamentos da relação entre trabalho e ensino e a educação profissional em saúde

Compreendemos o homem não como um ser natural, mas cuja essência é produzida historicamente, pelo próprio homem, pelo trabalho. Apoiamos nossa reflexão nas concepções de Saviani (2007) de que o homem é um “ser do trabalho” e que o trabalho e a educação têm fundamentos ontológico-históricos que são indissociáveis. O homem, diferente de outros animais, precisa agir sobre a natureza a fim de suprir as suas necessidades, atividade humana que conhecemos como “trabalho”, sendo obrigado a produzir a sua própria vida e tendo, assim, a sua constituição determinada pelo trabalho. Porém, o homem, para produzir a sua própria essência, necessita “aprender a ser homem” (grifo do autor), necessita de um processo educativo, o que integra a produção do homem à formação do homem. Deste modo, para Saviani, a origem da educação coincide com a própria origem do homem, pois esta relação trabalho-educação é histórica, refere-se a um processo produzido ao longo do tempo pela ação dos próprios homens e é ontológica, porque o produto dessa ação é o próprio ser do homem.

No entanto, Saviani ajuda-nos a compreender a separação histórica entre trabalho e educação. Este processo emerge em função da apropriação privada da terra que, como principal meio de produção, gerou a divisão dos homens em classes: a dos proprietários e a dos não proprietários. Sendo o trabalho o definidor da essência humana, não é possível viver sem trabalhar e, com o advento da propriedade privada, foi possível à classe dos proprietários viver sem trabalhar, ou viver do trabalho alheio. Os não proprietários foram obrigados a se manterem a si mesmos com o seu trabalho e também aos donos da terra, convertidos em seus senhores.

A divisão dos homens em classes, a dos proprietários da terra e a dos escravos, provoca também uma divisão na educação, pois a educação dos homens livres (proprietários), de caráter individual, deu origem à escola (do grego = o lugar do ócio, tempo livre), e a educação dos escravos e serviçais identificando-se com o trabalho. Estas concepções de Saviani fundamentam nossas reflexões sobre a complexidade da escola no mundo contemporâneo como forma principal e

dominante de educação, servindo de referência para todas as demais formas de educação.

Na sociedade capitalista, a escola reproduz as relações de produção capitalista; havendo a separação entre as práticas escolares e o trabalho produtivo e o cumprimento deste papel reprodutor é o desenvolvimento da escola como uma instituição separada do trabalho produtivo, ou seja, havendo uma separação entre instrução e trabalho. No entanto, Saviani alerta que esta não é uma separação em si, mas esta separação constitui-se como uma forma de relação entre trabalho e educação.

A escola, ao longo da história, foi se colocando do lado do trabalho intelectual e tornou-se instrumento de preparação de dirigentes para o uso da palavra, conhecimento dos fenômenos naturais e para as funções de mando. A evolução histórica mostra que o papel da escola, desde a Idade Média, é formar intelectuais da classe dominante, entendendo-se que funções manuais não requerem preparo escolar.

Com a Revolução Industrial e o advento da indústria moderna, no final do século XVIII e metade do século XIX, ocorre o fenômeno da simplificação do trabalho, com a transferência para as máquinas das funções próprias do trabalho manual. O trabalho tornou-se abstrato, isto é, simples e geral, porque organizado de acordo com os princípios científicos, estes também abstratos, elaborados pela inteligência humana. Entendendo-se, como Saviani, o trabalho como a nova forma de produção da existência humana, este determinou a reorganização das relações sociais: o domínio da indústria na produção corresponde ao domínio da cidade na estrutura social. A máquina materializou as funções intelectuais no processo produtivo, e a escola foi a via para objetivar a generalização das funções intelectuais na sociedade. Assim, a revolução industrial colocou a máquina como elemento central do processo produtivo, e a revolução educacional colocou a escola como a forma principal e dominante de educação.

A introdução da maquinaria no trabalho exigiu um padrão de qualificação mínimo aos trabalhadores, forçando a universalização da escola primária. Com a escola elementar, os trabalhadores estavam aptos a operar as máquinas; porém, no trabalho industrial, eram necessárias outras atividades como manutenção, reparos, ajustes. Estas demandas geraram os cursos profissionais organizados no âmbito

das empresas ou dos sistemas de ensino, levando à bifurcação entre escolas de formação geral e escolas profissionais.

Desta forma, a Revolução Industrial pôs em questão a separação entre instrução e trabalho produtivo, forçando a escola a se ligar ao mundo da produção e dividindo os homens em dois grandes campos: o dos profissionais manuais, cuja formação é prática, limitada à execução de tarefas, e o campo das profissões intelectuais, as quais requerem formação técnica ampla, a fim de preparar as elites e representantes das classes dirigentes para atuarem em diferentes setores da sociedade.

As concepções de Saviani sobre a relação existente entre educação e trabalho contribuem para a nossa compreensão acerca da educação profissional em saúde, configurada nas políticas de saúde e de educação, que define a formação de caráter prático dos trabalhadores para o desempenho das funções operacionais no sistema de saúde, reproduzindo o modo de produção capitalista da sociedade.

Nossa reflexão sobre a educação profissional em saúde sustenta-se também no princípio educativo do trabalho, e tomamos como referência a escola unitária de Gramsci que, segundo Saviani (2007), corresponde ao que hoje é defendida no Brasil como Educação Básica (ensino fundamental e médio).

A base do ensino fundamental deve ser o princípio educativo do trabalho, através do estudo das ciências naturais e das ciências sociais, o que significa que, no ensino fundamental, a relação entre trabalho e educação é implícita e indireta, ou seja, o trabalho determina o caráter do currículo escolar em função das exigências da vida em sociedade quanto a aprender a ler, escrever e contar, assim como o domínio das ciências naturais e sociais, que são pré-requisitos para compreender o mundo em que vivemos. Já no ensino médio, a relação entre educação e trabalho, a integração entre o conhecimento e a prática deve ser explícita e direta, recuperando a relação entre conhecimento e a prática do trabalho, o que implica na generalização do ensino médio para todos, independentemente do tipo de ocupação que cada um venha a exercer na sociedade. O ensino deverá ser organizado de forma a propiciar aos alunos os fundamentos das técnicas diversificadas utilizadas na produção, mas não se trata de reproduzir na escola a especialização que ocorre no processo produtivo (SAVIANI, 2007).

Este parece ser o aspecto mais relevante na reflexão sobre a educação profissional em saúde, na qual a profissionalização é entendida muito mais como um

conjunto de técnicas para as quais bastam métodos baseados na repetição e no adestramento, do que como a educação no sentido mais amplo de desenvolvimento humano. Aos trabalhadores do nível médio, são ofertados processos formativos baseados em atividades operacionais do trabalho em saúde, sem que sejam estudados seus fundamentos ou as relações sociais que o produzem, no sentido da sua superação. No entanto, defendemos o caráter intelectual inerente a todo tipo de trabalho e apoiamo-nos nas teorias de Gramsci (2004) sobre a formação de intelectuais.

Para Gramsci, existem duas maneiras centrais de formação das categorias de intelectuais: se os intelectuais são um grupo autônomo e independente ou se cada grupo social forma a sua categoria especializada de intelectuais. No primeiro caso, cada grupo social, por sua função essencial no mundo da produção econômica, cria para si uma camada de intelectuais que dá homogeneidade e consciência da própria função do grupo, não só no campo econômico, mas no social e político. O empresário, por exemplo, cria para si o cientista de economia política, o organizador de uma nova cultura, de um novo direito. O empresário, no desenvolvimento de sua categoria de intelectuais, deve tornar-se um organizador de massa de homens, organizador da confiança dos homens para investirem em sua empresa, comprarem suas mercadorias. Por outro lado, segundo Gramsci, os camponeses, ainda que desenvolvam função essencial no mundo, não criam seus próprios intelectuais, como também não assimilam nenhuma categoria de intelectuais tradicionais, embora outros grupos extraiam da massa de camponeses os seus intelectuais e muitos dos intelectuais tradicionais sejam de origem camponesa.

Esta distinção, para Gramsci, não pode ser buscada no que é intrínseco às atividades intelectuais, e sim no sistema de relações nas quais as atividades (e os grupos que as personificam) encontram-se no conjunto das relações sociais, pois não existe nenhum trabalho puramente físico. Em todo o trabalho, há uma qualificação técnica e, portanto, uma atividade intelectual criadora. Assim, seria possível afirmar que todos os homens são intelectuais, ainda que nem todos tenham função intelectual na sociedade, formando-se, historicamente, categorias para o exercício da função intelectual, conectando-se com todos os grupos sociais, mas, sobretudo, com os grupos sociais mais importantes, com ligação com o grupo social dominante. Assim, uma das características mais importantes de todo grupo social que se desenvolve no sentido do domínio é a sua luta pela assimilação e conquista

dos intelectuais tradicionais, conquistas essas tão mais rápidas e eficazes quanto maior for a capacidade do grupo em formar os seus próprios intelectuais orgânicos.

A elaboração das camadas intelectuais na realidade concreta não ocorre no terreno democrático abstrato, mas segundo processos históricos concretos. Além disso, a relação entre os intelectuais e o mundo da produção não é imediata, mas mediatizadas, em diversos graus, por todo o tecido social, pelo conjunto das superestruturas, do qual os intelectuais são “funcionários”. São dois os grandes planos superestruturais: a sociedade civil, que diz respeito ao conjunto de organismos chamados vulgarmente de “privados”, e a sociedade política ou Estado. O primeiro corresponde à função de hegemonia que o grupo dominante exerce em toda a sociedade, e o segundo diz respeito àquela de domínio direto, de comando, que se expressa no Estado e no governo jurídico.

Estas funções são organizativas e conectivas, pois os intelectuais são os prepostos do grupo dominante para o exercício das funções subalternas tanto da hegemonia social como do governo político. Exercem as funções de consenso dadas pelas grandes massas da população, consenso esse que nasce da confiança obtida pelo grupo dominante, em função da sua posição no mundo da produção. Exercem também a função de coerção estatal, assegurando a disciplina dos grupos sociais nos momentos de crise do comando ou direção, quando não há o consenso espontâneo. Esta colocação do problema amplia enormemente o conceito de intelectual e também evidencia a divisão do trabalho intelectual em função da própria função organizativa da hegemonia social e do domínio estatal que estabelece uma gradação de qualificações. O ponto central, para Gramsci, continua sendo a distinção entre os intelectuais, como categoria orgânica de cada grupo social fundamental, e intelectuais, como categoria tradicional.

2.2.1 A integração (ou distanciamento) entre trabalho e ensino nas políticas públicas de educação profissional em saúde

Os fundamentos para a integração entre trabalho e ensino encontram-se expressos, na legislação da educação, originariamente, através da LDB, de 20 de setembro de 1996 (BRASIL, 1996), a qual define as Diretrizes e Bases da Educação

Nacional. No campo da saúde, esta integração é definida pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007), sendo esta a base de todos os demais instrumentos normativos que tratam da Educação Profissional nos documentos institucionais no campo da saúde.

Frigotto, Ciavatta e Ramos (2005a) demonstram que, na primeira versão do projeto de lei original da LDB, resultante da Carta de Goiânia⁹ e apresentada à Câmara de Deputados, em 1989, tais fundamentos eram inspirados no princípio educativo do trabalho, nos termos elaborados por Gramsci, tal como discutimos anteriormente.

A versão final do projeto de lei da Câmara (PLC 101) introduziu mudanças importantes, advindas da discussão com a sociedade, especialmente o fato de o ensino médio, atendida a formação geral do educando, poder prepará-lo para o exercício de profissão técnica (Artigo 35). Porém, as condições impostas a tal possibilidade eram detalhadas, visando a não permitir que a formação para o trabalho substituísse a educação básica.

A lei, finalmente aprovada em 1996, advinda de outro projeto proposto pelo senador Darcy Ribeiro, suprime tal detalhamento, o que favoreceu a reforma realizada pelo governo Fernando Henrique Cardoso, por meio do Decreto 2208/97. Não foi em termos gramscianos que os fundamentos da integração entre trabalho e ensino permaneceram na lei, já que estes adquiriram finalidades mais econômicas – preparo para o exercício de profissão técnica – do que de formação humana, pelo princípio do trabalho.

Mesmo assim, podemos dizer, como já demonstramos na Introdução deste texto, que tais fundamentos autorizam-nos a tentar construir uma vinculação entre trabalho e ensino na formação de trabalhadores que cumpra, simultaneamente, essas duas finalidades: formar para o trabalho e pelo princípio do trabalho, este pensado tanto no seu sentido histórico quanto ontológico.

No Art 1º, a LDB define que “educação” acontece em todas as atividades relacionais que ocorrem na vida familiar, no trabalho, nas organizações da sociedade civil, nos movimentos sociais e nas manifestações culturais; que esta lei disciplina a educação que ocorre no ambiente escolar, por meio do ensino, em

⁹ Trata-se do documento produzido na IV Conferência Brasileira de Educação (CBE), realizada de 02 a 05/09/1986, em Goiânia. Na verdade, o primeiro anteprojeto de LDB, apresentado pelo deputado Octavio Elisio, foi uma apropriação de um esboço desenhado por Dermeval Saviani no texto: Contribuição à elaboração da nova LDB: um início de conversa (RODRIGUES, 2009).

instituições próprias, estabelecendo também que a educação escolar deverá vincular-se ao mundo do trabalho.

Quanto à educação profissional propriamente, vemos também que o seu disciplinamento, pela lei da educação, indica tratar-se de um processo formativo que não se vincula só à dinâmica produtiva, mas também aos objetivos da formação humana.

Segundo Campello e Lima Filho (2009), foi a primeira vez que uma lei federal dedicou um capítulo à educação profissional; contudo, na sua regulamentação, ocorrida, primeiramente pelo Decreto nº 2.208, ficaram definidos os níveis da educação profissional, assim como as orientações para a elaboração dos currículos dos cursos técnicos. Segundo este decreto, a Educação Profissional se dava em três níveis: básico, técnico e tecnológico, proibindo a integração do ensino técnico com o ensino médio, ficando a Educação Profissional paralela e complementar à Educação Básica.

Fica clara a separação entre a Educação Profissional e o ensino regular, reafirmando uma concepção de educação que dicotomiza o pensar e o agir, em que a educação profissional é destinada a uma classe social, explicitando uma posição de governo afinada com a redução do papel do Estado, inserida no contexto das políticas neoliberais. O Decreto nº 2.208 foi revogado em julho de 2004 através do Decreto nº 5.154, que possibilitou, novamente, a realização da Educação Profissional por meio do ensino técnico integrado ao ensino médio, não tendo, entretanto, resolvido a dualidade estrutural da educação brasileira.

A LDB foi alterada em 17 de julho de 2008, nos artigos 37, 39, 41 e 42, a fim de redimensionar, “institucionalizar e integrar as ações de educação profissional técnica de nível médio, da educação de jovens e adultos e da educação profissional e tecnológica”, ficando com a seguinte formulação na Lei nº 11.741, que servirá para a reflexão que se segue.

"Artigo 37. [...]"

§ 3º A educação de jovens e adultos deverá articular-se, preferencialmente, com a educação profissional, na forma do regulamento." (NR)

"Artigo 39. A educação profissional e tecnológica, no cumprimento dos objetivos da educação nacional, integra-se aos diferentes níveis e modalidades de educação e às dimensões do trabalho, da ciência e da tecnologia.

§ 1º Os cursos de educação profissional e tecnológica poderão ser organizados por eixos tecnológicos, possibilitando a construção de

diferentes itinerários formativos, observadas as normas do respectivo sistema e nível de ensino.

§ 2º A educação profissional e tecnológica abrangerá os seguintes cursos:

I - de formação inicial e continuada ou qualificação profissional;

II - de educação profissional técnica de nível médio;

III - de educação profissional tecnológica de graduação e pós-graduação;

§ 3º Os cursos de educação profissional tecnológica de graduação e pós-graduação organizar-se-ão, no que concerne a objetivos, características e duração, de acordo com as diretrizes curriculares nacionais estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação." (NR)

"Artigo 41. O conhecimento adquirido na educação profissional e tecnológica, inclusive no trabalho, poderá ser objeto de avaliação, reconhecimento e certificação para prosseguimento ou conclusão de estudos.

"Artigo 42. As instituições de educação profissional e tecnológica, além dos seus cursos regulares, oferecerão cursos especiais, abertos à comunidade, condicionada a matrícula à capacidade de aproveitamento e não necessariamente ao nível de escolaridade." (NR). (BRASIL, 2008)

As expressões utilizadas nos textos legais refletem concepções teóricas e proposições governamentais, que são produto de lutas sociais e políticas em determinados tempos históricos. Assim, sem pretender esgotar a historicidade dos conceitos, precisamos compreender os significados dos termos utilizados.

No § 1º do Art. 39º acima, chama atenção o termo “educação tecnológica” junto ao termo “educação profissional”. Logo nos remetemos aos sentidos atribuídos por Marx (1968 apud CAMPELLO; LIMA FILHO, 2009), em que a educação profissional representa a educação capitalista destinada aos trabalhadores, cuja pedagogia é reduzida ao adestramento, ao treinamento de tarefas específicas da produção industrial, enquanto a “tecnologia” corresponderia ao domínio dos princípios gerais e científicos do processo de produção. Uma educação tecnológica, para Marx, uniria trabalho intelectual e trabalho braçal, com vistas à superação da divisão social do trabalho, entendendo o trabalho como elemento constitutivo do homem.

As discussões sobre a concepção de educação tecnológica estiveram presentes durante as lutas pela redemocratização do país, sendo parcialmente apropriadas pelas formulações tecnicistas das políticas educacionais, especialmente marcadas pela criação dos primeiros centros federais de educação tecnológica, em 1978. Essas instituições passaram a ofertar, além da educação profissional (nível médio), cursos de nível superior de curta duração, sendo ampliados nas políticas educacionais, de caráter neoliberal, da década de 90. Assim, esta concepção mantém-se ainda na Lei 11.741, sendo distinta da “educação tecnológica”, de origem marxiana, pois não se vincula a uma concepção pedagógica, mas a uma

estratégia de caráter econômico. Reitera a fragmentação educacional pela criação de modelos alternativos de formação dirigidos a parcelas específicas da população (CAMPELLO ; LIMA FILHO, 2009).

Paralelamente, no campo da saúde, a concepção de “educação” está expressa na PNEPS como um conceito pedagógico que fundamenta as relações entre ensino e serviços, entre docência e atenção à saúde. Porém, esta concepção, defendida pelo movimento sanitário, amplia-se para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde. O texto da PNEPS, no seu arrazoado, considera os dispositivos das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico, estabelecidas pelo Ministério da Educação, no Decreto 5.154/2004. No entanto, a centralidade da PNEPS ocorre no sentido de ser uma estratégia de organização da gestão local do sistema de saúde no fortalecimento dos princípios do SUS.

Entre os arrazoados apresentados para a edição da PNEPS (2007), está a responsabilidade do Ministério da Saúde na orientação da formação dos recursos humanos para a área da saúde como parte do incremento ao desenvolvimento científico e tecnológico do país e tendo como base os princípios constitucionais da descentralização e participação popular no SUS. Por conta da descentralização do SUS, assim como em função da integração intersetorial, também prevista constitucionalmente, está normatizada a organização de Comissões Intersectoriais de Ensino e Serviço (CIES) em todos os níveis do sistema de saúde, visando a integração entre os sistemas de saúde e as instituições de ensino¹⁰.

A educação Profissional em Saúde é apresentada pelo Ministério da Saúde como a sua “proposta pedagógica” para a formação dos trabalhadores do nível médio do setor saúde, propondo relações orgânicas entre ensino e ações de saúde, assim como entre docência e atenção à saúde. Segundo o texto legal, esta articulação intersectorial amplia-se para a aproximação das relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde. A formação dos trabalhadores, prevista na PNEPS, faz parte do módulo de gestão do trabalho no SUS, estando configurado como uma das prioridades do Pacto de Gestão do SUS, um conjunto de pactuações entre os níveis de gestão desenvolvido com vistas ao fortalecimento da descentralização do sistema.

¹⁰ Sobre as CIES como instituições de integração entre os setores da educação e da saúde, discutiremos, a seguir, no item que trata da organização dos sistemas de saúde e de educação.

Para Ceccim e Ferla (2009), a EPS deve ser compreendida como uma “prática de ensino-aprendizagem” e como uma “política de educação na saúde”, que se parece com a educação popular em saúde, embora esta tenha em vista a cidadania, e a EPS, o trabalho. A EPS tem como base o ensino problematizador e a aprendizagem significativa, ou seja, a produção do conhecimento que responda às indagações do universo das experiências e que gere novas perguntas sobre o “atuar no mundo”. Contraria a aprendizagem mecânica, em que não existe conexão com o cotidiano e que uns alunos se transformam em observadores do conhecimento dos outros. Para os autores, a EPS não pode ser resumida a uma política de formação rápida e contínua dos trabalhadores, mas é um conceito forte e desafiante para pensar as relações entre educação e trabalho em saúde, colocar em relevância a questão social do ensino trazendo, junto com o saber técnico, as dimensões éticas da vida, do trabalho, do homem, da saúde, da educação e das relações. Assim, a EPS tem potencial de articular ensino, trabalho e cidadania e cumprir as diretrizes curriculares nacionais para a formação dos profissionais da saúde.

Na publicação da série Pactos pela Saúde, o Ministério da Saúde apresenta a análise de Davani (2009) sobre as concepções de educação permanente presentes na PNEPS. A autora analisa os enfoques educativos desenvolvidos nos últimos anos até a formulação da política atual destacando que as concepções de EPS têm origem em formulações teóricas e experiências da década de 70, particularmente difundidas pela UNESCO, a partir do reconhecimento dos adultos como sujeitos da educação e não somente as crianças, foco das políticas educacionais. Destaca também que, na PNEPS, a educação é um processo que ocorre ao longo da vida, em contextos diversificados, como os laborais e os comunitários. A EPS representa uma mudança nas concepções e nas práticas de capacitação de trabalhadores, constituindo-se em um processo que incorpora o ensino e a aprendizagem à vida cotidiana, na qual as práticas sociais ocorrem, o que modifica as estratégias educativas a fim de problematizar o próprio fazer, colocando os trabalhadores como produtores do próprio conhecimento, que se configura nas relações de trabalho. Partindo das vivências cotidianas, o processo de ensino-aprendizagem na PNEPS pretende superar a fragmentação disciplinar e ampliar os espaços educativos para além da sala de aula.

Estas concepções teóricas apresentadas por Ceccim e Ferla (2009) e Davani (2009) podem fundamentar a concepção da integração entre trabalho e ensino que

encontramos nos documentos legais, tanto do setor saúde, como da educação. A PNEPS é defendida pelos primeiros como uma proposta política para a saúde, que contempla a atenção, a gestão, o ensino e o controle social. Na segunda concepção, o trabalho é utilizado como técnica pedagógica ou reduzido à realidade a ser problematizada para a produção do conhecimento.

Nenhuma das concepções reconfigura o trabalho como inerente à produção da existência humana dos trabalhadores, no sentido da concepção marxiana do trabalho. Defendemos o trabalho como princípio educativo, partindo do fato de que todos os homens necessitam criar pelo trabalho a sua subsistência. Ele se coloca frente à natureza como um elemento dela própria e se apropria da matéria natural para constituir-se a si mesmo, estabelecendo o trabalho como elemento necessário à vida humana. Esta relação do homem com a natureza, na busca de seus meios de vida, é produzida historicamente, assumindo formas diferentes conforme os modos de produção da existência humana (FRIGOTTO, 2009).

Adiante, no Art. nº 41, § 2º, Inciso I da Lei 11.741, está definido que a educação profissional e tecnológica abrangerá os cursos de “formação inicial e continuada” ou qualificação profissional; no entanto, a terminologia usada tem significados diferentes nos campos da saúde e da educação. Não há destaque, nos arrazoados apresentados nos documentos do setor da educação, para o termo “formação continuada”, a não ser aquele próprio da língua portuguesa, em que o “continuado” diz respeito à continuidade, à qualificação não interrompida ao longo da vida profissional.

A formação continuada é largamente utilizada pelos profissionais da educação, principalmente pelos professores, para expressar a formação que ocorre ao longo da vida do ser humano-professor. Esta formação pode acontecer mediante diversas situações do cotidiano, que viabilizem aprendizagens para o exercício profissional docente. Contudo, em se tratando de formação acadêmica, a formação continuada precisa estar constituída por atividades devidamente organizadas para viabilizar a construção do conhecimento, de tal forma que os professores, como cidadãos e como docentes, possam avançar continuamente no seu desenvolvimento profissional mediante atividades de estudo e pesquisa, planejadas e realizadas como parte do desenvolvimento profissional.

Este sentido parece ser o que baseia o texto legal das políticas educacionais; no entanto, no campo da saúde, nos debates sobre o desenvolvimento de recursos

humanos, na história recente, constituíram-se dois paradigmas: o da Educação Continuada e o da Educação Permanente carregando, o segundo, a ideia de superação do primeiro. Assim, as políticas públicas de educação na saúde utilizam o termo “educação continuada” como representante de uma concepção de educação largamente utilizada na formação que utiliza a transmissão de conhecimento como estratégia pedagógica.

Sobre a utilização destes termos, o próprio Ministério da Saúde apresenta como suporte a reflexão teórica de Davini (2009) na edição da PNEPS. Para a autora, a Educação Continuada representa a continuidade de um modelo acadêmico com enfoque disciplinar, baseado em técnicas de transmissão, com fins de atualização, colocando a prática como campo de aplicação de saberes especializados, adquiridos academicamente, e com isso, estabelecendo-se o distanciamento entre teoria e prática. O formato de eleição da educação continuada são os cursos periódicos, dirigidos ao pessoal médico e, com menor ênfase, aos profissionais do nível médio, especialmente, aos trabalhadores da enfermagem.

A educação continuada, no campo da saúde, foi desenvolvida, historicamente, por categorias profissionais, sem considerar o trabalho em equipe ou a perspectiva da construção do conhecimento por grupos diversificados de trabalhadores. Além disso, é utilizada como sinônimo de “capacitação para o trabalho”, que deve ocorrer de forma contínua, no sentido do trabalhador estar sempre atualizado, especialmente no manejo de novas tecnologias, ou para resolver problemas pontuais dos serviços de saúde.

As estratégias de capacitação são, ainda, as mais utilizadas no setor saúde, simplificando a questão da educação no trabalho a um conjunto de métodos e técnicas com visão instrumental da educação, no qual os processos educativos visam ao alcance de objetivos pontuais, em caráter imediato e dependente de fontes específicas de financiamento. Ao contrário, a educação permanente, para Davini (2009), incorpora o ensino e o aprendizado à vida cotidiana do trabalho, no seu contexto real, modificando as estratégias educativas a partir da problematização do próprio fazer, com abordagem interdisciplinar, colocando os trabalhadores não mais como receptores, mas como produtores do próprio conhecimento.

Assim como as concepções de “trabalho” e “educação no trabalho” são diferentes entre os campos da educação e da saúde, o termo “formação continuada”, que persiste ao longo das reformulações na legislação da educação,

leva à compreensão diferente, se utilizados os referenciais do campo da saúde, ratificando o distanciamento existente entre estes dois campos quanto às particularidades da Educação Profissional em Saúde.

2.3 O trabalho em saúde como princípio pedagógico

A formação dos trabalhadores em saúde deve fazer parte de um movimento mais amplo de transformação social, e, para isso, não bastam mudanças curriculares ou financiamento de projetos isolados de qualificação profissional. É necessário que a formação profissional seja assumida por uma escola comprometida com as classes populares, através da mudança de suas práticas, sua estrutura e funcionamento, deixando de ser um espaço de simples adequação da força de trabalho aos requisitos da produção.

Baseamos nossa reflexão nas concepções teóricas de Pistrak (PISTRAK, 2011) sobre a “escola do trabalho”, uma escola responsável pela educação do povo para uma atuação social mais ativa e crítica. Pistrak é um dos criadores da “pedagogia socialista”: uma pedagogia centrada na ideia do coletivo e vinculada ao movimento mais amplo de transformação social. Sua obra é centrada na relação entre escola e trabalho; na proposta de auto-organização dos estudantes e na organização do ensino através do sistema de complexos temáticos, aspectos que nos ajudam a refletir sobre a formação dos trabalhadores em saúde.

Encontramos elementos da “escola do trabalho” na pedagogia histórico-crítica de Dermeval Saviani (RAMOS, 2010), cujo conceito básico é o “modo de produção”. Para Saviani, as formas de produção da existência humana vão gerando historicamente as novas formas de educação, e estas, por sua vez, influenciam o modo de produção correspondente. Esta visão tem como base o materialismo histórico, ou seja, a compreensão da história “a partir do desenvolvimento material, da determinação das condições materiais da existência humana”, como também a concepção histórico-social do ser humano, um homem que se faz nas relações sociais no decorrer da história.

No mundo contemporâneo, na sociedade capitalista em que vivemos, podemos utilizar os aspectos fundamentais da “escola do trabalho” de Pistrak para

refletirmos sobre a formação dos trabalhadores de saúde, na busca da transformação social a que almejamos.

À luz da pedagogia social, antes de se falar em métodos de ensino, é preciso demonstrar por que esta pedagogia é necessária, depois, que conteúdos devem ser ensinados para, só então ir à procura dos métodos. É finalidade da teoria dar o suporte necessário para optar, justificar tudo o que fazemos na escola. Para isso, é básica a “reeducação” do professor, a fim de torná-lo capaz, ele próprio, de criar, com bom método, baseado, politicamente, na pedagogia social. Um professor isolado poderá ser pouco criativo; porém, em coletividade, todos são criativos, daí a importância de que o professor identifique-se como um militante social ativo.

Ressaltamos aqui a importância da qualificação docente para a educação profissional em saúde que consta nas orientações da PNEPS. Segundo esta política, todos os cursos a serem realizados para trabalhadores de saúde do nível médio, no setor saúde, devem prever a capacitação dos professores, com a qual lhes deve ser oportunizado o desenvolvimento do espírito de grupo, fortalecendo o coletivo docente e, principalmente, oportunizando aos professores que sejam discutidos os aspectos teóricos da pedagogia social, pois, como alerta Pistrak, sem teoria o professor trabalha sem rumo, sem saber o objetivo a ser atingido.

O trabalho pedagógico também é destacado por Saviani, quando orienta que este se dá na distinção do que é conhecimento fundamental e acessório; portanto, o papel da escola é socializar o saber, de forma sistematizada. Este saber não é estável ou acabado; transforma-se continuamente, e esta transformação também depende de sua apreensão pelos sujeitos; por isso, o acesso à escola se impõe como uma necessidade da existência da própria ciência.

Saviani analisa a diferença do conhecimento em geral, que ocorre nas relações sociais, do conhecimento sistematizado que expressa, de forma organizada, o que surge nas práticas sociais e que propõe o domínio dos instrumentos de elaboração e sistematização. Este ocorre na escola e, por isso, a esta devem ter acesso os trabalhadores, sob pena de, apesar de continuarem produzindo o conhecimento, serem impedidos de ascenderem ao nível de elaboração do saber. Sem acesso dos trabalhadores à escola, o conhecimento continua a ser propriedade privada, a serviço do grupo dominante. O povo, ao ter acesso ao saber erudito, este passa a não ser mais um sinal distintivo de elites, superando a dicotomia entre cultura erudita e cultura popular. Saviani lembra que,

na pedagogia histórico-crítica, a educação sempre se refere ao desenvolvimento social e das classes: há a vinculação explícita entre interesses populares e educação. Se não há o desejo de transformação da sociedade, não é pedagogia histórico-crítica.

Assim como na “escola do trabalho”, a formação dos trabalhadores deve ser uma arma ideológica de transformação social, abandonando a série de disciplinas desconectadas do real e introduzindo as bases para a compreensão e explicação da realidade. Por exemplo, o estudo dos fenômenos naturais como a física e a química deve abandonar sua forma contemplativa, passando a ter como objetivo principal sua utilização pelo homem, frente à realidade. Além disso, é preciso transformar métodos, no sentido de que, além de conhecer a realidade, os trabalhadores sejam impregnados por ela, estudando os fenômenos nas suas relações, já que tudo é parte de um processo histórico geral.

Nas propostas de Pistrak, o trabalho na escola deve ser a base da educação, ligado ao trabalho social, à produção real, a uma atividade concreta, socialmente útil, sem o que perderá seu valor essencial. É necessário que a escola trabalhe na auto-organização dos alunos, a fim de que reflitam sobre “o que é preciso construir” e “como é preciso construir”. Para isso, é preciso rever com os trabalhadores a aptidão para trabalhar coletivamente, para analisar cada problema novo como organizador do trabalho e aptidão para criar formas eficazes de organização.

Pistrak destaca a importância da realização, pela escola, de trabalhos sociais que não exijam conhecimentos especiais. Estes podem ser considerados como uma ampliação das tarefas escolares, baseando-se no mesmo princípio da utilidade social como, por exemplo, limpeza e conservação dos jardins públicos, plantio de árvores ou conservação de belezas naturais. É possível estimular os trabalhadores em formação a participarem de atividades comunitárias de manutenção de jardins, hortas comunitárias, como também de atividades recreativas junto a clubes ou entidades esportivas existentes no território. É fundamental a integração dos serviços de saúde à dinâmica de vida local como forma de criar ambientes produtores de saúde. Este seria um dos aspectos da intersectorialidade, se assumirmos a saúde na sua concepção mais ampliada. A intersectorialidade deverá ser buscada não somente através da integração de instituições para a resolução de problemas, mas no sentido mais amplo, de concentração de forças para o desenvolvimento local. Atividades desta ordem são desejáveis e estimuladas nas

políticas de saúde; porém, devem ser contempladas nos processos formativos nos serviços de saúde, de forma que o trabalho social que não requer conhecimentos específicos constitua-se em princípio pedagógico no campo da educação profissional em saúde.

Pistrak nos ensina que este tipo de trabalho é mais adequado, e mais rico em possibilidades, quando acontece em pequenos povoados do que na cidade grande. A escola em pequenas localidades pode integrar-se aos serviços de modo a desempenhar um papel de polo cultural local. Para que isso ocorra, não deve haver somente a iniciativa de uma ou outra escola, ou de projetos específicos, mas é preciso a integração de todas as instituições sociais e organismos estatais, isto é, a “educação social” precisa penetrar de forma ampla nas instituições formadoras e ser explicitada nas políticas educacionais.

Pistrak diz que as oficinas são necessárias na escola, a fim de não limitar os alunos ao estudo, puramente teórico, do trabalho humano. No entanto, a oficina na escola deve cumprir certas condições: que se trabalhem os produtos mais conhecidos, a partir de matérias primas mais difundidas; os métodos e instrumental devem ser os mais variados possível, o que lhes facilitará a compreensão da produção industrial (relação entre técnicas e materiais).

O trabalho na oficina, na “escola do trabalho” de Pistrak subsidia nossa reflexão sobre as vastas possibilidades de criação técnica que podem ser ofertadas aos trabalhadores de saúde, visto que são muito variados os materiais e produtos que fazem parte do processo de trabalho dos profissionais do nível médio na área da saúde. São exemplos os técnicos em análises clínicas, patologia clínica, hemoterapia, enfermagem, prótese dentária, saúde bucal, nutrição, em cujos cursos estão incluídos, nos seus planos de ensino, atividades em laboratórios. Estas devem se constituir em oportunidade de ampliar a criatividade técnica dos alunos, possibilitando-lhes variar e combinar diferentes materiais trabalhados, de acordo com objetivos diversos. A ideia fundamental da oficina na escola é o estudo do trabalho, por isso a oficina da escola não pode produzir objetos sem utilidade prática.

Ressaltamos também a importância do trabalho do campo estar integrado ao ensino na formação dos trabalhadores de saúde. Especialmente os serviços de saúde existentes nas comunidades rurais devem possibilitar atividades pedagógicas no sentido de os alunos compreenderem melhor a economia e as condições de vida

dos trabalhadores do campo. São muitas as vivências dos trabalhadores de saúde quanto à ocorrência de doenças ocupacionais derivadas da precariedade do trabalho na agricultura, uso indiscriminado de agrotóxicos, dificuldades de acesso aos serviços de saúde. A reflexão sobre as intoxicações químicas ou acidentes com animais peçonhentos, por exemplo, deve incorporar a discussão sobre o processo de trabalho no meio rural, de forma integrada aos procedimentos assistenciais.

De maneira especial, as unidades básicas de saúde, com a estratégia de saúde da família, têm potencial para executar estas atividades pedagógicas, visto estarem mais integradas à dinâmica de vida local, em pequenas cidades ou lugarejos rurais, como também seus trabalhadores serem moradores das mesmas comunidades em que atuam. A unidade de saúde, constituindo-se em elemento pedagógico na formação de seus trabalhadores, poderá ampliar a sua aproximação à população sob a qual tem a responsabilidade da atenção à saúde, buscando responder de forma mais consistente aos problemas de saúde.

Assim como no campo, o trabalho em saúde nas grandes cidades também deve constituir-se em princípio pedagógico na formação dos trabalhadores de saúde. As unidades básicas de saúde, localizadas em concentrações populacionais urbanas, devem oportunizar a reflexão sobre o trabalho urbano, que pode ser identificado com o “trabalho na fábrica” de Pistrak.

Para Pistrak, é preciso analisar a fábrica¹¹, nas suas relações amplas e complexas, com a vida ambiente. A fábrica não pode ser um fenômeno isolado, mas ser como um núcleo em que se concentra um nó de fios que articulam fenômenos diversos, uma encruzilhada de numerosas estradas. A fábrica integra a questão técnica e da economia. É preciso estudar sua força motriz e, para isso, compreender fontes de energia, domínio energético mundial, estudo de matérias primas (seu controle), as questões entre a cidade e o campo, a fabricação de máquinas e ferramentas que levam à elevação do rendimento do trabalho. A fábrica deve suscitar também a compreensão das questões relativas ao produto fabricado: sua venda, consumo, mercado, comércio, cooperação. A fábrica precisa considerar o trabalhador como ponto de partida e toda a série de relações a partir dele: salário, sindicato, sua vida e suas relações. A fábrica é o esqueleto, a armadura de toda a

¹¹ Em nossa apropriação das ideias desse autor, a “fábrica” torna-se uma metáfora, no contexto deste trabalho, dos espaços de produção da atenção à saúde.

realidade, que deve ser o objeto central de atenção de uma formação de caráter social.

Pistrak destaca que o trabalho em oficina, com o qual identificamos o laboratório na formação dos trabalhadores de saúde, e o trabalho rural são as bases para a compreensão do trabalho na fábrica de forma mais ampla. Assim, propomos, com base na “escola do trabalho”, que o ensino dos trabalhadores de saúde contemple os aspectos relativos às condições de trabalho em saúde, a precariedade dos vínculos, assim como a mercantilização da assistência à saúde. Para isso, nos estudos sobre o tratamento de doenças, por exemplo, não basta a assimilação de procedimentos técnicos de diagnóstico e tratamento, é preciso superá-los no sentido de compreender o complexo de relações que determinam os protocolos assistenciais e o uso de determinados medicamentos ou equipamentos, a partir de sua macro-determinação econômica na sociedade capitalista em que vivemos.

A melhor compreensão do mundo do trabalho, especificamente do trabalho em saúde, poderá auxiliar os trabalhadores de saúde no fortalecimento de sua identificação como parte de uma classe social e, como afirma Pistrak, poderá estimular sua participação mais efetiva em sindicatos, associações ou partidos políticos.

Para uma formação norteada pela educação social, o trabalho improdutivo também deve fazer parte das propostas pedagógicas no campo da educação profissional em saúde. Baseamo-nos nas concepções de Pistrak quando define que “trabalho improdutivo” é o trabalho administrativo nos aparelhos de Estado ou nas fábricas, nas instituições sociais; o trabalho do educador e do médico sob todas as suas formas. A formação dos trabalhadores de saúde pode incorporar atividades deste tipo como úteis e necessárias, devendo ser integradas ao trabalho no campo, nos laboratórios e nas comunidades. Os planos de ensino, com base nos planos institucionais amplos de educação para a vida, como aponta Pistrak, devem contemplar atividades participativas na gestão do sistema de saúde, no gerenciamento dos sistemas de informações em saúde, assim como no planejamento e avaliação de ações educativas em saúde, a serem organizadas nas unidades de saúde ou nas instituições sociais existentes no território.

O trabalho improdutivo é vasto no setor saúde, mas os profissionais do nível médio só o realizam através de tarefas repetitivas como, por exemplo, o apontamento de procedimentos realizados, números referentes às pessoas

atendidas e dados pessoais dos usuários. Mesmo estas tarefas, que podem parecer estritamente burocráticas, devem ser integradas em propostas pedagógicas que visem ao desenvolvimento humano no seu sentido mais amplo, entendendo-se o homem como “ser do trabalho”. Os relatórios de procedimentos, por exemplo, podem gerar ricos subsídios para análise das etapas do processo de trabalho, o uso de materiais mais adequados ou a organização do almoxarifado do serviço. Da mesma forma, os registros, desde a coleta até o controle dos dados, deixam de ser áridos aos trabalhadores se eles aprenderem a utilizá-los como subsídios do planejamento das suas atividades diárias como, por exemplo, para identificar a faixa etária de maior demanda no serviço, prevalência de determinadas doenças no território, coberturas de pré-natal ou de exames preventivos de câncer de colo uterino alcançadas pela equipe. A discussão sobre os registros de demanda como, por exemplo, a constatação que as mulheres são os usuários mais frequentes dos serviços de saúde, suscita discussões sobre a condição da mulher na sociedade contemporânea e a repercussão dessa condição na vida local, na comunidade atendida.

É fundamental que a formação dos trabalhadores de saúde do nível médio, baseada na educação social de Pistrak, seja norteadada pela organização do trabalho, e que os alunos vivenciem a sua importância e utilidade em todas as atividades práticas. Para isso, todas as propostas de ensino devem contemplar os registros das atividades, a elaboração de relatórios que subsidiem as discussões sobre as atividades realizadas. É importante que todo o trabalho, desde o mais simples, tenha um plano de trabalho (espaço, tempo, pessoas envolvidas), constando as etapas de execução das atividades e a avaliação do que foi desenvolvido. A organização científica deve ser incorporada ao trabalho cotidiano como, por exemplo, nas ações educativas em grupo, vacinação de crianças ou idosos, assistência domiciliar e até mesmo nas unidades hospitalares. A introdução da organização científica do trabalho no dia a dia dos trabalhadores os levará, de maneira simples, passo a passo, à compreensão dos princípios teóricos gerais do trabalho.

Pistrak esclarece que o objeto do ensino não é a ciência pura, que a escola tem por finalidade a educação social, que só deve ser ensinado na escola o que pode ser útil na vida. A escola não deve negar o conhecimento científico, mas este deve ser ofertado aos alunos de modo que não sejam esquecidos, que se gravem profundamente, que sua necessidade seja incontestável. Os alunos devem

apropriar-se solidamente dos métodos científicos fundamentais para analisar as manifestações da vida e, para isso, é necessário o agrupamento das disciplinas, a fim de enfatizar um ou outro aspecto de uma em detrimento de outros, configurando a integração das disciplinas em torno de temas de estudo. No entanto, para essa integração, a instituição central deve fornecer a linha geral para a educação, permitindo que cada escola as adapte às suas condições.

O autor detalha o ensino a partir dos complexos (ou centros de interesse), os cuidados para a seleção dos temas, que devem ser procurados não na pedagogia pura, mas no plano social. Na formação dos trabalhadores de saúde, estes temas poderiam emergir do reconhecimento dos problemas de saúde locais, aproximando, assim, também neste aspecto, o trabalho em saúde das propostas da educação social. O reconhecimento e a vivência dos problemas locais, que devem ocorrer no processo de territorialização das unidades básicas de saúde, podem ser a base para o planejamento, execução e avaliação das ações de saúde, de forma comprometida, por parte dos trabalhadores, sendo, ao mesmo tempo, a base para o ensino no campo da educação profissional em saúde.

Um trabalho assim, por temas ou por complexos, como nos ensina Pistrak, só pode ser coletivo, com íntima solidariedade de trabalho entre todos os educadores, em que haja a subordinação de cada especialidade aos objetivos gerais do ensino.

Por fim, a característica essencial da “escola do trabalho” de Pistrak parece ser a auto-organização dos alunos, que consiste em prepará-los para a participação indispensável das massas na organização do Estado, sua participação direta, baseada em sua iniciativa pessoal. Para isso, a autonomia dos alunos deve ser inserida no quadro dos objetivos da educação. É preciso desenvolver coletivos na escola, não somente agrupamentos em um único espaço de formação, mas compreendendo-se o coletivo na sua concepção integral, que apresenta propriedades que não são inerentes ao indivíduo.

Os homens, em geral, formam coletivos quando estão envolvidos, unidos por determinados interesses, dos quais têm consciência e que lhes são próximos. O coletivo deve ser constituído a partir da transformação dos interesses individuais, das emoções, em fatos sociais, criando, assim, pelo próprio fato de existir, a auto-organização dos alunos. As tarefas do coletivo escolar devem ser todas, tudo deve ser compartilhado com os alunos: desde a limpeza da escola, passando pela alimentação, biblioteca, jornalzinho, até a administração financeira da escola. É

fundamental que os alunos participem também dos conselhos escolares, como algo sério, conscientes de sua responsabilidade, juntamente com os professores. De qualquer maneira, abrir os conselhos escolares aos alunos não significa renunciar às reuniões particulares dos docentes, pois estas são indispensáveis para não introduzir confusão no espírito dos alunos.

Destacamos este aspecto da auto-organização dos alunos, proposta pela “escola do trabalho” de Pistrak, para refletirmos sobre a formação dos trabalhadores de saúde no sentido do fortalecimento da participação popular. Talvez o aspecto referente à participação da população, em caráter deliberativo, nas questões de saúde, tenha sido uma das mais significativas conquistas da luta pela reforma sanitária. Apesar de estarem previstas atividades participativas dos trabalhadores nas políticas de saúde, estes aspectos não são contemplados nos processos formativos. São muitos os exemplos de normativas, portarias, protocolos em que constam termos como “fortalecer o controle social sobre os serviços”, “divulgar as instâncias de participação da comunidade”, “a equipe de saúde deve participar das instâncias participativas locais” e assim por diante. No entanto, a participação não é algo que possa ser prescrito; há a necessidade de que os processos formativos direcionados aos trabalhadores contemplem os aspectos da participação como prática social fundamental ao desenvolvimento do trabalho em saúde. Os trabalhadores precisam ser estimulados, cotidianamente, a práticas participativas nas suas equipes frente à gestão do sistema de saúde, como também, nas comunidades.

Em síntese, a partir de nossa reflexão sobre uma formação de trabalhadores de saúde identificada com as massas populares, propomos que os alunos sejam preparados para uma atuação mais crítica no sistema de saúde. Devem fazer parte das propostas pedagógicas a criação de espaços de discussão sobre o trabalho, sobre as relações sociais que o configuram, assim como proporcionar vivências no sentido dos alunos fazerem parte de espaços de participação mais ampliados, de caráter deliberativo como, por exemplo, os conselhos de saúde.

Entendemos, baseados na análise de Jairnilson Paim, que a ocupação desses espaços de participação no sistema de saúde poderia fazer o contraponto à burocratização do sistema, além do fortalecimento do controle público sobre o Estado, instituições, técnicos e burocratas. Para este autor, isso ainda não ocorre, pois, hoje, o controle social instituído não está sendo capaz de vencer as amarras

burocráticas criadas para que ele não dê certo. A cidadania débil fez com que os espaços de participação fossem tomados na defesa de interesses particulares (partidários, empresariais, clientelistas, religiosos, corporativos...). Assim, a sustentabilidade do SUS, para além do financiamento, e a sustentação do próprio “processo” da reforma sanitária brasileira devem ser de caráter institucional e político e dependem da articulação de forças que atravessem a sociedade civil e o Estado. Para isso, é preciso a constituição de novos sujeitos sociais e de uma consciência sanitária que promovam a desmedicalização da sociedade, o reforço à cidadania plena e à participação social (PAIM, 2008).

A formação profissional, seguindo esse caminho, deve ser produto da integração entre ensino e trabalho, das instituições escolares e de saúde e baseada em planos de educação mais amplos, superando os projetos isolados e emergenciais, ora vigentes, de qualificação de mão de obra para o mercado de trabalho.

A educação profissional em saúde, baseada na “escola do trabalho” de Pistrak, deve ir além do ensino conteudista, alcançando a formação do cidadão nos diversos aspectos da sua vida, proporcionando a realização de atividades produtivas no sistema de saúde, para que os estudos superem os aspectos puramente teóricos. É importante ressaltar que a participação ativa nos serviços deve ser no sentido de transformação do modelo de atenção à saúde, transpondo os limites da saúde baseada na cura e reabilitação de doenças para um modelo integral de atenção à saúde.

As etapas do método histórico-crítico da educação de Saviani podem também ser utilizadas nos processos formativos no campo da educação profissional em saúde. Primeiramente, há que se levar em conta a prática social de professores e alunos, que, segundo Saviani, são agentes sociais diferenciados. Na etapa da problematização, devem ser levantadas as questões que precisam ser resolvidas no âmbito da prática social e quais conhecimentos são necessários a ela. O reconhecimento do território como espaço de produção de saúde é um cenário profícuo para esta etapa. A seguir, deve haver a instrumentalização, ou a apropriação dos instrumentos teóricos e práticos indispensáveis ao equacionamento dos problemas detectados na prática social que, de acordo com o modelo integral de atenção à saúde, devem incorporar as ciências sociais; por fim, a catarse, quando se dá a efetiva incorporação dos instrumentos culturais, modificados para

instrumentos ativos de transformação social, e novamente a prática social. Assim, as etapas do método da pedagogia histórico-crítica de Saviani poderão contribuir para a efetiva integração entre os serviços de saúde e a formação dos trabalhadores.

Enfim, os aspectos referentes à preparação dos educandos para a participação ativa e crítica no mundo do trabalho parecem ser as contribuições mais efetivas da escola do trabalho de Pistrak e da pedagogia histórico-crítica de Saviani para a reflexão acerca da educação profissional em saúde, no sentido da transformação da realidade. Para isso, é fundamental a qualificação dos docentes no que diz respeito à criação de estratégias pedagógicas cuja lição principal é estudar a realidade para transformá-la.

3 OS SISTEMAS DE SAÚDE E DE EDUCAÇÃO E O PACTO FEDERATIVO

O Brasil se caracteriza como uma República Federativa, organizada em três entes federados: a União, os Estados e o Distrito Federal, e os Municípios, todos autônomos, de acordo com a Constituição de 1988. Outros países no mundo têm também este regime federativo, entre eles grandes nações como os Estados Unidos, a Rússia, o Canadá e a Índia, cujo federalismo apresenta configurações distintas, fundamentalmente, com relação à definição constitucional quanto aos poderes e às competências dos entes federados.

O sistema federativo no Brasil foi detalhado na Constituição de 1891, modificando-se no tempo em função dos períodos político-administrativos em que se alternaram ditaduras e regimes democráticos.

A Constituição de 1988 apresenta, como uma de suas características, a redemocratização do país, com descentralização fiscal e redefinição de competências e atribuições das esferas governamentais quanto à proteção social, estabelecendo relações, muitas vezes conflitivas, que transitam entre colaboração e competição (ARRETCHE, 2002 apud SARI, 2009).

No setor saúde, por dispositivo constitucional, o sistema é descentralizado, estando estabelecidas as atribuições federais, estaduais e municipais e a gestão única em cada nível de gestão. A rede de serviços de saúde deve ser organizada de forma regionalizada, tendo o município bem definida a sua responsabilidade em garantir o acesso da população aos serviços de saúde de forma universal.

A educação, por sua vez, está organizada por meio do regime de colaboração entre os entes federados, o que também está estabelecido na Constituição Federal de 1988. Porém, a universalização do ensino obrigatório depende de relacionamento solidário entre os sistemas de ensino, com implicações na definição de responsabilidades e financiamento, gerando, muitas vezes, competição em vez de colaboração.

As distintas formas de organização dos sistemas de saúde e de educação repercutem nas políticas setoriais, particularmente na Educação Profissional em Saúde, assim como geram desafios a serem enfrentados na busca da superação da fragmentação interna nestes dois campos, como também a da existente entre eles.

3.1 A organização dos sistemas de saúde e de educação

A materialidade da política nacional de saúde ocorre pela organização do Sistema Único de Saúde, estabelecido na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Federais 8080/90 e 8192/90, sendo definido como “o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações, mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990a), incluindo-se nesta definição as atividades dirigidas as pessoas, individual ou coletivamente, voltadas para promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças e agravos através de serviços ambulatoriais, de diagnóstico e hospitalares, ou domiciliares, mantidos pelos governos federal, estaduais ou municipais.

As ações a serem desenvolvidas na rede de serviços de saúde são de distintas complexidades e custos, desde ações educativas, vacinação e consultas na rede básica de saúde até cirurgias cardiovasculares e transplantes, realizados em grandes centros hospitalares. A concepção de saúde no SUS é a concepção ampliada, na qual estão contempladas ações ambientais e sanitárias, incluindo os ambientes de vida e trabalho, assim como o controle da produção e circulação de bens e serviços de interesse da saúde. São também de responsabilidade do sistema de saúde as instituições públicas voltadas para o controle de qualidade e produção de insumos, medicamentos, sangue e hemoderivados, como também equipamentos para a saúde (BRASIL, 1990a).

Está garantido na legislação que o SUS poderá recorrer à iniciativa privada, através de contratos e convênios, quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população, devendo obedecer às normas de direito público, aos princípios éticos e à regulamentação expedida pelos órgãos reguladores do SUS quanto às condições para seu funcionamento, controle e fiscalização. O SUS, portanto, não é composto somente por serviços públicos, mas também por uma ampla rede de serviços privados, principalmente hospitais e unidades de diagnóstico e terapia remunerados com recursos públicos destinados a saúde, o que permite que todos os serviços prestados no âmbito do SUS sejam gratuitos, sem que os usuários tenham de comprovar qualquer forma de contribuição financeira prévia (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008)

O sistema de saúde brasileiro, assim constituído, é fruto da própria história do Brasil como um Estado-Nação, segundo o resgate histórico que faz Tatiana Baptista (2005) sobre a estruturação dos serviços e a regulação do setor saúde.

As primeiras ações de saúde implementadas pelo governo do Brasil datam do Período Colonial, com a vinda da família real para o Brasil. Até então, não havia nenhuma regulamentação para a prática de saúde, e as intervenções eram realizadas segundo os costumes dos negros escravos e índios. No Período Colonial, a política tinha o interesse na manutenção da mão de obra saudável, a fim de manter os negócios da realeza.

A população era acometida por doenças tropicais, ainda desconhecidas dos médicos europeus, e recorriam às práticas médicas somente aqueles que tinham condições de pagar por ela. As ações de saúde, de caráter mais coletivo, foram demandadas pelas condições precárias de vida nas cidades, especialmente aquelas relativas a saneamento, fazendo com que fosse instalada, em 1808, a primeira escola de medicina do Brasil, em Salvador, e como consequência, o início da regulação da prática médica.

Foram construídos hospitais públicos e estabelecido o controle do Estado sobre algumas doenças nocivas à população, como a tuberculose, a hanseníase e as doenças mentais. As primeiras ações de saúde pública implantadas no Brasil seguiram o que ocorria na Europa, como o saneamento das cidades, especialmente as portuárias, em função das exportações. O foco das políticas públicas era o produto, ficando o tratamento das doenças reduzido à quarentena, na qual os doentes eram retirados do ambiente de trabalho a fim de não haver a propagação da doença. Com a proclamação da República, em 1889, inicia-se um novo ciclo na política de Estado, com o fortalecimento da burguesia cafeeira, cuja atuação necessitava de mão de obra livre das epidemias que se alastravam rapidamente entre os trabalhadores.

O início do século XX é marcado pelas políticas públicas de saúde fortemente destinadas ao saneamento e urbanização das cidades, além das ações de controle de doenças pela vacinação em massa, todas em caráter policaiesco. Este período é marcado também pela pesquisa, visando ao conhecimento acerca das doenças, a fim de combatê-las. O caráter coletivo das ações de saúde deixava descoberta a assistência individual, que só ocorria mediante pagamento e, por isso, alcançava baixa cobertura.

Na década de 20, segundo Baptista (2005), os países importadores exigiam muito mais rigor no controle sanitário dos portos para garantir a qualidade dos produtos e, no Brasil, o período foi marcado por revoltas populares reivindicando assistência médica. No contexto destes movimentos, Eloi Chaves propôs, em 1923, uma lei que regulamentava as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), uma espécie de seguro social, formadas e organizadas por trabalhadores e empresas de maior porte. O Estado não tinha qualquer participação nas CAP, restringindo-se à sua regulação. O trabalhador, na condição de segurado (que era a minoria), e suas famílias recebiam assistência médica, medicamentos, como também aposentadoria e pensão para os herdeiros.

A constituição das CAP foi um momento importante da configuração do sistema de saúde brasileiro, pois foi a iniciativa básica que viria a configurar, a seguir, todo o sistema de proteção social do Estado brasileiro, iniciado na década de 30. No período do primeiro governo Getúlio Vargas, há uma reorganização das elites no poder, com uma maior intervenção do Estado na sociedade e na economia, esta, agora, sob um projeto de industrialização que absorve a mão de obra vinda do campo e tendo, os trabalhadores, a regulação do trabalho para a sua proteção.

É neste cenário político-econômico que são criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), ampliando o papel das CAP. A organização do seguro do trabalhador não se dava mais pelas grandes empresas, passando a ser de responsabilidade dos institutos, constituídos pelas categorias profissionais como, por exemplo, marítimos e industriários. Assim, os IAP formataram um sistema público de previdência social mantido, principalmente, pelos trabalhadores, através das contribuições advindas dos seus vínculos formais de trabalho. Estava excluída deste sistema uma grande parcela de trabalhadores, cujo trabalho não era reconhecido, formalmente, pelo Estado, como os profissionais liberais e os trabalhadores rurais. A desigualdade estava estabelecida entre os trabalhadores formais e informais, como também entre os institutos, pois as categorias profissionais recebiam maiores ou menores benefícios em função da sua arrecadação e capacidade de organização, o que representava, na saúde, padrões distintos de assistência médica e hospitalar.

Na década de 50 houve grande expansão do processo de industrialização no Brasil, gerando, com isto, aumento de demanda pelos serviços de saúde e obrigando a previdência a implantar grandes hospitais, incorporando a lógica da

especialização nos serviços de saúde. O sistema de saúde previdenciário constituiu-se, assim, pela assistência especializada, sendo o hospital a referência central dos serviços de saúde. As ações de saúde pública mantinham-se de caráter universal, porém, com pouca potência, visto que o Brasil seguia a tendência mundial da superespecialização e da assistência individual. Esta dicotomia entre a assistência previdenciária e as ações de saúde pública manteve-se defendendo diferentes interesses e passando a mobilizar grande quantitativo de recursos em função de novos postos de trabalho, como a indústria de materiais e equipamentos hospitalares, ensino profissional, hospitais e ambulatórios.

Após o golpe militar de 1964, com a nova forma de organização do Estado brasileiro, persistiu a fragmentação entre as ações coletivas, de responsabilidade do Ministério da Saúde, e a medicina previdenciária, cujos institutos foram unificados em um único: o Instituto Nacional da Previdência Social, com o poder centralizado no Estado e mantendo o modelo de atenção à saúde de caráter individual e pouco resolutivo (BAPTISTA, 2005).

A implantação do seguro público de saúde, por intermédio do Instituto Nacional da Previdência Social, introduziu uma divisão de tarefas entre os provedores de serviços, na qual as ações básicas de saúde eram de responsabilidade do setor público e as ações ambulatoriais de média complexidade e hospitalares, de responsabilidade do setor privado. Esta divisão foi um dos temas centrais na luta por reformas na saúde, no final dos anos 80, tendo permanecido na legislação da saúde pós Constituição de 1988 (ARRETCHE; MARQUES, 2007).

No período da ditadura militar, a insatisfação da população com os serviços de saúde, de forma progressiva, somou-se à insatisfação geral da população em função do descompromisso dos governos militares com políticas públicas de desenvolvimento social. A crise política e institucional foi, assim, o cenário do movimento popular pela reforma sanitária.

Segundo Jairnilson Paim (2008a), a reforma sanitária brasileira precisa ser analisada levando-se em consideração a concepção de saúde: se um bem público ou uma mercadoria; do mesmo modo os serviços, que podem ser organizados a partir de necessidades ou a partir de demandas (espontânea ou dirigida). Esta fragmentação na concepção de saúde, se um direito de cidadania ou um serviço a ser prestado, foi uma das bases da luta popular por reforma, que permanece até hoje no bojo das discussões a cada mudança nas políticas públicas de saúde.

O movimento sanitário nasceu durante a ditadura militar, em um contexto em que movimentos sociais se mobilizaram por mudanças contra a própria ditadura e a crise na saúde. As bases do movimento sanitário eram o movimento popular de saúde, o movimento estudantil, a articulação entre os professores e pesquisadores de medicina social e saúde pública e profissionais de saúde, que o caracterizava como de base popular, com intensa vinculação com a academia. Nesse período, foram criados fóruns permanentes de debates e produção do conhecimento, tendo sempre como base a questão democrática da saúde e os determinantes sociais do processo saúde-doença (exemplos destes colegiados de discussão e produção do conhecimento são o CEBES, ABRASCO, Revista Saúde em Debate).

Com o processo de redemocratização do país, a partir de 1985, foram criados fatos sociais que configuraram a reforma sanitária brasileira não como uma política pública criada por governos ou partidos políticos, mas uma conquista histórica dos movimentos sociais, da sociedade.

Assim, o SUS, como uma política pública construída pelos movimentos sociais, tem sido um dos caminhos para a garantia dos direitos dos cidadãos, dever do Estado, constituindo-se no maior sistema público de saúde do mundo. Orienta-se pelo atendimento integral, descentralização e participação da comunidade. Seu ordenamento jurídico parte da Constituição Federal de 1988, Leis Federais 8080 e 8192/90 e, como diz Paim (2008b), não é um mero instrumento de repasses de recursos entre as esferas de governo, não é um sistema de saúde para os pobres, assim como não é uma política de governo ou caridade de algum ente partidário.

O SUS é inspirado nos princípios da dignidade da pessoa humana, saúde como direito social, igualdade, equidade, integralidade, preservação da autonomia, direito à informação das pessoas sobre sua saúde. Além das diretrizes constitucionais, o autor identifica alguns princípios do SUS, constantes na Lei 8080/90, também como diretrizes do SUS como, por exemplo, a divulgação de informações e a utilização da epidemiologia. Destaca como inovações do SUS a adoção do conceito ampliado de saúde e seus determinantes, a integralidade e a intersetorialidade. No entanto, o SUS é somente uma das respostas aos problemas e necessidades de saúde; outras respostas dizem respeito às políticas sociais, econômicas, políticas e culturais que são determinantes e condicionantes da saúde. Chama atenção, também, que o sistema de saúde brasileiro ainda não seja único e continue segmentado pela existência e fortalecimento do Sistema de Saúde

Suplementar e pela manutenção de serviços hospitalares e ambulatoriais privados, que são pagos após a prestação de serviços. É preciso destacar, no entanto, que a reforma sanitária brasileira não se limitava à construção do SUS, mas era a expressão de uma reforma social muito além das dimensões setorial, institucional ou administrativa (PAIM, 2008a).

Também Ligia Bahia analisa que o SUS é o principal foco de atuação e de formação de milhares de brasileiros e que suas concepções e organização institucional impactaram as políticas de desenvolvimento social, marcando a reconfiguração das relações entre Estado e sociedade, porém, ainda não venceu as desigualdades de acesso e utilização dos serviços. É uma construção complexa, analisada cotidianamente, especialmente nos aspectos de gestão, ficando em segundo plano a reflexão sobre o contexto de sua evolução. O país vem alcançando desenvolvimento econômico por meio de políticas de ajuste fiscal e de inclusão social pautada no aumento do poder de consumo da população mais pobre, mas andando na contramão das tendências mundiais de priorização de políticas sociais baseadas na oferta de serviços públicos, o que mantém os problemas das necessidades e demandas do setor saúde.

Apesar de o Ministério da Saúde, nos governos do presidente Lula, ter sido ocupado por ministros e suas equipes técnicas oriundos do movimento sanitário, isso não foi suficiente para dar prioridade ao setor saúde, o que pode ser traduzido pelos recursos financeiros destinados ao setor. O acesso universal foi enfrentado através de programas específicos como a expansão Estratégia de Saúde da Família, farmácia popular e Serviços Médicos de Urgência (SAMU). É possível perceber avanços neste período, se observada esta expansão de serviços de saúde, especialmente para populações de baixa renda, mas o subfinanciamento arrasta o curso das transformações estruturais necessárias à garantia do direito universal à saúde (BAHIA, 2010).

Apesar do compromisso constitucional com a garantia do acesso à saúde, de forma universal, em todos os níveis do sistema, ainda há lacunas estruturais, relacionadas ao financiamento e gestão do SUS, que necessitam ser supridas através da produção de condições políticas e institucionais que o coloquem na centralidade da política nacional de desenvolvimento do país. Estes são alguns desafios, apontados por Gadelha e Costa (2012), que precisam ser enfrentados: a base de financiamento da saúde; o modelo de gestão; a retomada da capacidade

organizativa nacional para coordenar as estratégias; e o isolamento setorial do SUS nos fóruns participativos de decisão.

Estes autores também destacam o subfinanciamento do sistema de saúde brasileiro, cujos quantitativos não são compatíveis com a ambiciosa agenda da saúde. O caráter deficitário do sistema é percebido no nível federal, mas também regional e local, sendo que o gasto público com a saúde no Brasil corresponde a cerca de 45% do total do gasto em saúde, o que é incompatível com um sistema universal que, para ser garantido, este percentual deveria ser próximo de 70%. Os autores destacam, a partir destes números, que, no Brasil, ainda coabitam um sistema universal e um sistema de saúde mercantil, em que o gasto privado é incompatível com a universalização do acesso.

Quanto ao modelo de gestão, o SUS enfrenta enormes desigualdades regionais, demandando uma melhor articulação do sistema em rede e desta com a saúde suplementar, necessitando, para isso, retomar a dimensão nacional na coordenação e indução da organização do sistema, sob pena deste permanecer fragmentado, refém de uma lógica particularista local. Do ponto de vista econômico, a complexidade da organização das unidades de serviços do SUS requer incorporação tecnológica, informatização e gestão pública comprometida com a qualidade do serviço público, o que ainda está longe de ser alcançado.

O fortalecimento da gestão federal do SUS, para os autores, é estratégico no sentido da atuação regionalizada efetiva, mas com uma visão nacional das iniquidades como, por exemplo, sustentar a incorporação tecnológica no SUS com base nas necessidades reais da população, superando o descontrole no uso de tecnologias existente atualmente, muito por conta do processo de judicialização da saúde. Por fim, os autores apontam como desafio do SUS o fortalecimento da gestão democrática do sistema, no sentido de colocar o SUS na centralidade das políticas públicas, necessitando, para tanto, que a democratização seja mais ampla, superando o caráter setorial e localizado que está sendo empreendido.

Para Noronha, Lima e Machado (2008), os principais princípios doutrinários e organizativos do SUS são:

- 1) Universalidade de acesso em todos os níveis de assistência, garantido que todos os cidadãos tenham o mesmo direito de acessar aos serviços de que necessitam, independentemente de complexidade, custo e natureza dos serviços envolvidos.

2) Igualdade na assistência a saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Este princípio reitera que não pode existir discriminação no acesso aos serviços de saúde, não sendo aceitável que somente alguns grupos, por motivos relacionados à renda, cor, gênero ou religião, tenham acesso a determinados serviços e outros não.

Este princípio, em função das grandes desigualdades sociais do Brasil, amplia-se para a equidade, com a qual necessidades diferenciadas de saúde devem orientar o acesso também diferenciado aos serviços e às ações assistenciais.

3) Integralidade da assistência que corresponde, nos termos da lei, ao conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema.

A integralidade demanda grande organização das equipes técnicas e dos gestores para que não haja dissociação entre a assistência que ocorre em todos os serviços ambulatoriais ou hospitalares.

4) Participação da comunidade: garantia de que a comunidade, por meio de suas entidades representativas, possa exercer o controle social da política de saúde, participando da formulação e acompanhamento das prioridades de saúde, assim como da fiscalização do cumprimento dos dispositivos legais e normativos do SUS e do controle e avaliação das ações e serviços executados nos diferentes níveis de governo.

A materialização desse princípio se expressa no âmbito do SUS pela constituição dos Conselhos de Saúde e pela realização das Conferências de Saúde, que representam um canal permanente de diálogo e interação entre os gestores, os profissionais de saúde e a população.

5) Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. A descentralização implica que governos estaduais e, principalmente os municipais, tenham maior responsabilidade e autonomia para decidir e implementar ações e serviços de saúde.

A descentralização, potencializada pela democratização do processo decisório, aumenta a capacidade de resposta dos governos em relação aos problemas de saúde de uma dada comunidade. No entanto, visto que os problemas

de saúde não se distribuem uniformemente na população, no território e no tempo, e envolvem tecnologias de diferentes especializações, complexidade e custo, a rede de serviços de saúde deve responder às necessidades locais, e para isso, é necessário que sejam definidas as prioridades locais de forma organizada e regionalizada. A regionalização e a hierarquização exigem que os usuários transitem entre serviços de diferentes complexidades e que possam, de forma organizada, retornar aos serviços de origem. Para os autores, a articulação de diferentes gestores para promover a integração da rede de serviços, que por vezes transcende os espaços político-administrativos de municípios ou estado, é uma questão bastante complexa e esbarra em uma série de dificuldades políticas e operacionais.¹²

A organização do sistema de saúde, conforme previsto na Constituição Federal, deve ser descentralizada, sendo os municípios os responsáveis pela assistência direta à população, devendo ser definidos fluxos regionalizados e hierarquizados para acesso dos usuários a todos os níveis de complexidade da atenção à saúde.

As atribuições de cada um dos níveis de gestão do SUS, federal, estadual e municipal, regulamentadas na Lei 8080/90, dão ao governo federal a responsabilidade pela formulação das políticas nacionais e a transferência de recursos para os estados e municípios, fazendo com que as políticas dos governos locais sejam fortemente dependentes dos recursos do Ministério da Saúde. Este modelo de descentralização do sistema de saúde brasileiro é caracterizado pela autoridade e responsabilidade de financiamento concentradas no governo federal, cuja distribuição de recursos ocorre de duas formas: por critérios populacionais ou por transferência de recursos federais do orçamento público, cuja base de arrecadação é diretamente proporcional ao nível de riqueza das regiões brasileiras.

Este formato de repasse de recursos, segundo Arretche e Marques (2007), foi uma evolução trazida pela Constituição de 1988, visto que o sistema de transferências, até então, estava em conformidade com a produção de serviços médicos-assistenciais. Este mecanismo privilegiava os procedimentos mais complexos e os serviços mais bem equipados. É importante destacar que esta

¹² Os princípios do SUS, neste ponto do texto, têm o intuito de apresentar as suas bases doutrinárias e como está organizado o sistema de saúde. Entretanto, a reflexão sobre os princípios e diretrizes do SUS aparece como elemento de reflexão ao longo da tese.

mudança na forma de repasse dos recursos ocorreu somente com relação ao financiamento da atenção básica, permanecendo da mesma forma o pagamento de serviços hospitalares.

Assim, atualmente, ainda permanece a mesma lógica de financiamento dos serviços hospitalares, justamente os serviços que são ofertados à população pelo setor privado, em caráter complementar ao SUS. A descentralização ainda é representada pela municipalização somente da atenção básica, sem a provisão nem a gestão da assistência hospitalar, que permanece centralizada no governo federal (ARRETCHE; MARQUES, 2007).

No setor da educação, utilizamos a definição de Saviani (2004) quanto a “sistema”: uma forma intencional de organizar os meios visando a atingir os fins educacionais preconizados em âmbito nacional. Para o autor, a formulação de uma política nacional de educação implica em sistematização, pois não é possível operacionalizar uma política sem determinar em que condições isso ocorrerá. Para Saviani, há vinculação direta entre a organização setorial da educação e as suas políticas, porém, nesta etapa de nossa reflexão, discutiremos os elementos organizacionais da educação, a fim de relacionarmos com o setor saúde.

No setor da educação, está estabelecida na Constituição a obrigatoriedade do regime de colaboração entre os sistemas de ensino federal, estadual e municipal, visando, de acordo com Souza, Ramos e Deluiz (2007), a minimizar a fragmentação da educação nacional, com o acréscimo importante dos sistemas municipais, sem, contudo, definição muito clara sobre a incumbência dos estados nesse regime. Esta questão, segundo os autores, foi corrigida a seguir, por emenda, no ano de 1996, ficando estabelecida a responsabilidade prioritária dos municípios com o ensino fundamental e educação infantil, e dos estados com a responsabilidade prioritária sobre o ensino fundamental e médio. As formas de colaboração deveriam ser definidas por estados e municípios, a fim de garantir a universalização do ensino obrigatório, o que foi ratificado no texto da LDB. As responsabilidades expressas nestes documentos definem o papel da União, com funções supletiva, normativa e organizadora da educação nacional, porém, sem a mesma responsabilização dos demais entes.

É claro o papel central que ocupam os municípios nas pactuações necessárias à operacionalização do ensino fundamental e da educação infantil no cumprimento da obrigatoriedade da garantia de acesso a essas etapas da educação

básica. O mesmo ocorre com os estados com relação ao ensino médio. Entretanto, a legislação deixa uma lacuna com relação à colaboração intergovernamental quanto à oferta da educação profissional.

Também Sari (2009) aponta que a distribuição de responsabilidades entre os entes federados mantém-se polêmica, visto que, segundo a Constituição Federal, é de responsabilidade de estados e municípios definir as formas de colaboração para assegurar a universalização do ensino obrigatório. A LDB, por sua vez, normatiza que as responsabilidades devem ser proporcionais à população a ser atendida e aos recursos disponíveis em cada uma dessas esferas. A legislação aponta também que os estados são responsáveis pelo ensino médio e os municípios pela educação infantil, sendo o ensino fundamental uma competência concorrente, ou seja, uma responsabilidade compartilhada entre estados e municípios. Assim, a falta de oferta do ensino fundamental é de responsabilidade de ambos os entes federados, não podendo ser excluída a responsabilidade da União, por ser esta a instância redistributiva e supletiva em relação às demais.

Os termos utilizados nos textos legais como, por exemplo, “prioritário”, “assegurar” e “ofertar” podem gerar interpretações diversas que, por sua vez, podem gerar tensões internas ao setor. Acresce-se a isso a distribuição de recursos federais, os quais financiam as ações “prioritárias” dos estados e municípios: ensino médio para o primeiro e fundamental para o segundo. Este cenário pressupõe articulação político-institucional, de forma estreita, entre os entes federados, o que pode ser potencializada por instituições intergestores para a elaboração compartilhada de planos regionais para o setor de educação, obedecida a regulamentação federal.

A necessária articulação entre os entes federados para a efetiva operacionalização da colaboração entre eles não ocorre de forma pacífica. Isso, para Sari (2009), deve-se à falta de exercício democrático e cultura política hierárquica da sociedade brasileira, o que torna difíceis os processos de negociação entre as partes, predominando as decisões tomadas no nível federal ou estadual e impostas aos municípios. A interdependência entre os sistemas, para a autora, é entendida como subordinação e, muitas vezes, transversalizada por relações partidárias e clientelistas entre os governos.

Sobre este tema, Sousa, Ramos e Deluiz (2007) também questionam sobre a exclusão dos municípios da pactuação existente entre estados e União, no caso das

demandas sociais por educação profissional, visto que as necessidades são mais nitidamente identificáveis no âmbito municipal. As demandas dos municípios poderiam ser supridas, em caráter colaborativo, através de instrumentos legais como convênios, acordos, termos de cooperação, assim como com a elaboração de planos compartilhados, também citados por Sari (2009), salientando a importância da definição entre os entes sobre o financiamento da educação.

Sobre a questão distributiva do financiamento, Sari afirma que, historicamente, os estados repassam encargos aos municípios sem a devida correspondência de recursos financeiros ou preocupação com a garantia da qualidade do ensino, somente visando ao enxugamento da máquina administrativa. Por outro lado, ocorrem, muitas vezes, disputas pelo ensino fundamental ou municipalizações aligeiradas, quem compromete a qualidade do ensino e acarretam desperdício de recursos e ocupação desordenada de prédios escolares ou distribuição indevida dos trabalhadores da educação, entre outros problemas.

No caso da Educação Profissional, pesquisa realizada por Sousa, Ramos e Deluiz (2007), no Rio de Janeiro, ilustra que, entre os municípios fluminenses analisados, a educação profissional não vem sendo priorizada, o que, por um lado, cumpre os dispositivos reguladores no que diz respeito à competência municipal, mas, por outro lado, demonstra o não cumprimento do regime de colaboração entre os entes federados. Especialmente com relação ao financiamento, os municípios são claramente deficitários em recursos que possibilitem a execução dos projetos de educação profissional, quanto a materiais pedagógicos, qualificação dos docentes, caracterizando-se, como ação típica municipal, nesta área, a criação da infraestrutura local referente a espaço físico, material pedagógico geral e, em alguns casos, alimentação dos alunos.

A pesquisa também demonstrou que os municípios consideram-se não contemplados pelas políticas nacionais de financiamento da Educação Profissional, pela inexistência de convênios, bem como pouco contemplados também por financiamentos estaduais. Chama atenção que a lacuna de financiamento público aos municípios é suprida pela disseminação de parcerias dos municípios com o setor produtivo.

3.2 O controle social na gestão dos sistemas de saúde e de educação

Faz parte das diretrizes constitucionais do SUS a participação dos cidadãos em todas as fases das políticas de saúde, assim como em diferentes espaços no sistema de saúde. A conquista da garantia constitucional de participação popular no setor foi fruto das lutas pela reforma sanitária, empreendidas pelo movimento sanitário, especialmente na década de 1980. De forma organizacional, a participação popular está assegurada pela criação dos conselhos e conferências de saúde, que, desde a sua criação, têm sido configurados de forma distinta no Brasil, em função da diversidade política e cultural do território nacional.

A descentralização do setor saúde, também estabelecida como uma diretriz constitucional, se por um lado, possibilita espaços de participação adequados às características locais, também proporciona a formação de colegiados de participação, nitidamente configurados pela defesa de interesses corporativos ou empresariais.

No estado do Rio Grande do Sul, um dos marcos importantes no processo de implementação do SUS foi a criação do Conselho Estadual de Saúde, em 31 de janeiro de 1994. Podemos perceber um período de quatro anos para a regulamentação da participação da sociedade no controle social da saúde, se considerarmos que a regulamentação do SUS teve seu início com a promulgação das Leis Federais 8080 e 8142, no ano de 1990 (BRASIL, 1990a; 1990b). Dos marcos regulatórios do setor saúde, talvez os referentes à participação da sociedade no planejamento, acompanhamento e avaliação das ações públicas em saúde sejam os mais relevantes no tocante à transformação do modelo de atenção à saúde, visto que traz em si a concepção de saúde como direito de cidadania.

A participação da sociedade em funções “deliberativas, normativas e fiscalizadoras, assim como de formulação estratégica, atuando no acompanhamento, controle e avaliação da política estadual de saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros” (RIO GRANDE DO SUL, 1994), traduz conquistas empreendidas pelo movimento sanitário brasileiro na busca dos direitos dos cidadãos. Porém, este é somente um dos passos formais da democratização do setor saúde, visto que este se legitima somente no cotidiano do exercício de cidadania.

O CES/RS, na sua composição inicial, com 52 entidades representadas, foi formado por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, sendo esta uma representação paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. Nesta composição inicial, somente um sindicato de trabalhadores contempla a participação de trabalhadores do nível médio (Sindicato dos Trabalhadores em Instituições de Saúde) e, ainda assim, como parte dos trabalhadores em instituições de saúde, que, no início da década de 90, se constituía basicamente de hospitais e ambulatórios.

Assim, a configuração CES/RS reproduz a divisão social do trabalho, em que a organização dos profissionais graduados se dá por entidades de categorias profissionais, enquanto os trabalhadores de menor escolaridade são representados por um sindicato de trabalhadores, cujas funções são puramente operacionais. Podemos observar que a constituição do CES/RS demonstra a desigualdade de forças para as disputas empreendidas nesse colegiado: o capital representado por instituições como a FIERGS (Federação das Indústrias do Estado do Rio Grande do Sul), FEDERASUL (Federação das Associações Comerciais do Rio Grande do Sul), FARSUL (Federação da Agricultura do Estado do Rio Grande do Sul) e os trabalhadores, representados basicamente pelos seus conselhos regionais, de forma fragmentada e corporativa.

É possível observar que, na formação inicial do CES/RS, ao mesmo tempo em que há a garantia formal do controle social no SUS, através de participação paritária entre prestadores de serviço, profissionais e usuários, há a desigualdade de forças na disputa pela democratização do setor saúde.

Os avanços na participação da sociedade para o controle social do SUS podem ser identificados quando a Lei 10 097/94 estabelece que as instituições, membros do CES/RS, terão liberdade para indicar seus representantes, sendo estes nomeados pelo Governador do Estado, como também está expressa a garantia das deliberações do CES/RS a serem homologadas pelo gestor estadual, no prazo máximo de 30 dias. Importante também a definição de que a instância máxima de deliberação é a plenária do conselho, assim como a constituição da mesa diretora que será votada, de forma direta, pelos conselheiros. A definição do presidente do CES/RS, desde a sua criação, ocorre por votação direta da plenária, situação que ainda hoje é perseguida por grande parte dos conselhos estaduais e municipais de

saúde, já que a legislação assegura a presidência do conselho ao gestor do setor saúde.

Por ocasião da criação do CES/RS, o governador do estado na época, (Alceu Collares-PDT), vetou vários pontos da lei que foram mantidos pela Assembleia Legislativa, especialmente os constantes no artigo VIII, referentes à gestão financeira do setor saúde, como o acompanhamento da movimentação financeira, destino dos recursos orçamentários da Secretaria da Saúde, avaliação dos serviços privados a serem contratados pelo Estado, estabelecimento de critérios e valores constantes nas tabelas de remuneração de serviços. Outros pontos importantes vetados pelo governador, e mantidos pelo legislativo, foram os referentes à descentralização, em que o CES atua na formação e desenvolvimento dos conselhos regionais e municipais de saúde.

Quando da elaboração do Regimento Interno do CES, três meses após a sua criação, foi estabelecido como sua finalidade regulamentar competências e atribuições, bem como definir seu funcionamento nos aspectos operacionais. No seu artigo 2º, ao definir o caráter deliberativo, normativo e fiscalizador do CES, o texto destaca a competência do conselho em controlar a política estadual de saúde, “especialmente nos seus aspectos econômicos e financeiros”. Este destaque parece refletir as disputas travadas entre governo e controle social, já na criação do conselho, quando o governador havia vetado várias competências do CES quanto às deliberações relativas ao financiamento do SUS.

O Capítulo II, que trata das competências do conselho, é composto por 18 incisos, sendo que oito deles referem-se ao controle financeiro do sistema de saúde, diretamente relacionados à compra de serviços complementares ao SUS, de caráter privado.

Os incisos II, III, IV e XV referem-se diretamente à competência do CES em elaborar contratos, avaliar unidades de saúde, aprovar valores referentes a celebração de parcerias entre o setor público e privado. Os incisos X, XI, XII tratam de semelhante responsabilidade, sendo estes relativos à previsão e execução orçamentária da Secretaria da Saúde.

No conjunto das competências do CES, é nítida no texto a importância dada aos aspectos financeiros na gestão do sistema de saúde. É importante refletir que esta prerrogativa assegurada ao controle social no SUS emerge de um contexto social e político, nos primeiros anos de vigência da lei Orgânica do SUS, em que a

participação da sociedade na formulação e acompanhamento da política pública era algo apenas emergindo naquele momento. De qualquer maneira, é clara a disputa pela deliberação financeira, visto fazerem parte do CES instituições diretamente interessadas no repasse de recursos do SUS para o setor privado.

A Constituição Federal assegurou a garantia do direito à saúde a todos os cidadãos. No entanto, a capacidade da rede de serviços para atender a todas as necessidades era incipiente, demandando a participação complementar do setor privado para a garantia da universalidade do sistema de saúde, o que levava a disputa por recursos públicos.

Ainda hoje, o controle social exercido pelo CES/RS, no âmbito da Política de Educação Permanente em Saúde, mantém-se na lógica da análise de projetos e na disputa por seu financiamento, apesar dos esforços de alguns dos seus membros em fortalecer a participação da sociedade na defesa da qualidade da formação dos trabalhadores. Esta constatação é feita pela participante do CES/RS nesta pesquisa, conforme alguns fragmentos da sua fala apresentados a seguir.

Embora exista uma política de educação, a educação ainda não conseguiu permear espaço do controle do social, ela passa assim do tipo, de uma forma marginal pelo Conselho, e a forma como o Conselho se ocupa dos projetos que vem via CIES que são os espaços que fazem interlocução nos projetos de educação permanente, educação profissional no estado do Rio Grande do Sul. Os projetos que passam no Conselho, embora se faça um debate do projeto, não se faz um debate da concepção da educação permeada neles, nem um debate de quem está executando esse projeto de educação (P1).

Esse debate (formação técnica de trabalhadores) não passa especificamente pelo Conselho, ela entra no bojo dos projetos da CIES e o debate se dá nessa questão dos fluxos, da preocupação do gasto, de como é que está sendo produzida essa demanda de capacitação [...] se preocupa como é que está se dando, como é que esses cursos chegam até a CIES, quem é que demandou, se tem participação da comunidade, se está dando respostas pra necessidades da região, mas não tem ainda como monitorar... é uma questão que a gente está se debruçando, como construir uma rede de monitoramento para que esses projetos sejam acompanhados desde a sua elaboração até a sua execução na comunidade (P1).

Esta fragilidade da participação da sociedade no controle social do SUS é vivenciada em diferentes momentos e setores, reproduzindo-se também no tocante às políticas públicas de educação profissional, como apontado pela entrevistada.

A mesma constatação é feita pelos gestores da Política de Educação Permanente em Saúde no Estado, ao realizarem análise da política. Plein et al (2010) destacam a participação social no desenvolvimento da PNEPS e esclarecem

que os movimentos sociais foram eleitos como eixo temático nas discussões em que foram configuradas as CIES. Foram identificados os movimentos sociais existentes no estado e qual era a sua participação nas instâncias formais de controle social. No entanto, esta aproximação caracterizou um momento de implementação da PNEPS, não se constituindo em efetiva integração em várias regiões do estado, sendo esta a mesma dificuldade encontrada na condução de outras políticas públicas de saúde.

Os autores analisam como positiva a aproximação da gestão estadual com os movimentos sociais e demonstram que esta ocorreu com vistas à ocupação dos espaços deliberativos na gestão; porém, esta conquista de espaço permanece somente na análise de projetos isolados de educação permanente. Em 2009, segundo os autores, foi importante a estruturação dos fluxos de projetos entre as CIES e o CES/RS, alcançando-se um “ritmo de regularidade e constância, com o Conselho contribuindo tecnicamente na análise de projetos, além de trazer sugestões para a realização das ações” (PLEIN et al, 2010, p. 28).

Podem ser percebidos avanços, no sentido de colocar em discussão o tema da Educação Profissional em Saúde nos espaços de controle social, mesmo que de forma tangencial à apreciação de projetos. Esta pode ser uma etapa histórica necessária até que seja alcançada a problematização mais efetiva desta política pública no tocante à origem de tais projetos, o que eles significam na disputa pela qualificação dos serviços, o que representa um dos pilares da garantia do direito universal à saúde. Este é um caminho “belo e doloroso” vivenciado pelas instâncias participativas de controle social.

É grande o desafio de formar trabalhadores para um contexto tão complexo como o sistema de saúde brasileiro, que, baseado na integralidade, demanda cidadãos trabalhadores também integrais na sua existência, com potencial de se relacionarem uns com os outros, profissionais e usuários, numa relação intersubjetiva constante, mediada pelas condições materiais do trabalho.

Nas discussões nas instâncias de controle social, temos colocado em pauta questionamentos como: é possível formar cidadãos integrais a partir de políticas públicas dicotomizadas entre saúde e educação, entre ensino médio e ensino profissional? Especialmente com relação ao nível médio, como formar trabalhadores sujeitos de transformação em um cenário de precarização do trabalho, no qual existem ainda muitos profissionais sujeitos a contratos irregulares de trabalho? Como promover intervenções críticas e propositivas em um processo de trabalho

que se encontra corrompido por interesses alheios ao cidadão que demanda assistência e que é, enfim, o objetivo final da assistência? (MACHADO et al, 2010).

Entendemos que estas são algumas questões problematizadoras que podem auxiliar na superação das discussões puramente operacionais que são empreendidas nos espaços de controle social no SUS, o que é observado pela participante desta pesquisa, membro do CES/RS, como também pelas análises realizadas por membros da gestão da PNEPS no Rio Grande do Sul.

No setor da educação, a participação social é citada no Artigo nº 206, Capítulo III, da Constituição Brasileira, que trata da “gestão democrática do ensino público, na forma da lei” o que, operacionalmente, ocorre pela criação de conselhos de educação em todos os níveis do sistema de ensino, porém, sem o caráter essencialmente deliberativo do setor saúde.

O CEED-RS, primeiramente previsto na Constituição Estadual de 1935, foi criado pelo Decreto nº 6.105, de 25 de novembro de 1935, e teve seu primeiro regimento interno aprovado pelo Decreto nº 6.192, de março de 1936. Pela nova Constituição de 10 de novembro de 1937, foi novamente instituído o CEED, pelo Decreto-Lei nº 1.163, de 31 de agosto de 1946, sofrendo alterações em 1956, e tendo a sua instalação possível em 24 de fevereiro de 1962. As Leis nº 4.724, de 10 de janeiro de 1964, e 7.490, de 27 de abril de 1981, determinaram a composição, o funcionamento e as atribuições do Conselho. A Lei nº 9.672, de 19 de junho de 1992, alterada substancialmente pela Lei nº 10.951, de 28 de novembro de 1995, determinou a consolidação do CEED.

Atualmente, o CEED/RS é regido pela Lei nº 11.452, de 28 de março de 2000, que dispõe sobre sua composição, funcionamento e atribuições.

Na apresentação institucional do CEED, em sua página na internet, está descrito que, a partir de meados da década de 70, com o advento de novas tecnologias, o mundo sofreu profundas alterações políticas, econômicas e sociais que pautaram o conhecimento na agenda mundial e, nesse contexto, o Conselho Estadual de Educação assume uma função estratégica por tratar-se de órgão fiscalizador, consultivo, deliberativo e normativo do Sistema Estadual de Ensino. Atualmente, o CEED/RS é composto por 22 membros. Todos os segmentos da comunidade escolar e setores que, de alguma maneira, envolvem-se com Educação têm assento no Conselho, assim como também o Poder Executivo.

O CEED/RS identifica-se como um colegiado com representatividade democrática, que possibilita debates e, portanto, encaminhamentos mais próximos das necessidades da comunidade escolar. As representações garantem a pluralidade de ideias, aproximando o Conselho do "chão da escola" que é onde acontece o ato de ensinar e aprender (CEED, 2013).

O caráter normativo do CEED/RS é ressaltado quando está colocado como uma das suas primeiras atribuições a fixação de normas para o funcionamento, o reconhecimento e a inspeção de estabelecimentos de ensino, assim como pela responsabilidade em organizar todos os níveis do sistema de ensino, aprovar os regimentos de todos os estabelecimentos, fiscalizá-los e avaliar a qualidade do ensino no Estado.

Estas atribuições confundem-se com as próprias do executivo, por parte da Secretaria Estadual de Educação, que tem também estas responsabilidades, como pode ser constatado na fala seguinte.

O Conselho está bem preocupado com a qualidade desses cursos porque eles têm se proliferado bastante, então o Conselho tem um grupo pequeno, entre as atribuições do Conselho de fiscalizar, mas hoje, como nós temos um grupo pequeno, precisamos da Secretaria da Educação, então através dos órgãos regionais da Secretaria da Educação, que colaboram muito com o Conselho pra fazer essa fiscalização (P2).

O cumprimento das funções referentes ao sistema de ensino é feito, operacionalmente, pelo CEED/RS, na forma de tramitação de processos, cujos fluxos são bem definidos. A capacidade executiva do CEED/RS, diferente do que ocorre no setor da saúde, é garantida pela remuneração dos conselheiros através do pagamento de "jetom".

A centralidade do enfoque normativo do CEED/RS fica evidenciada também nas falas das representantes do CEED/RS nesta pesquisa, como a seguir.

[...] a gente tem que cumprir tudo que tá na legislação né... Quanto aos cursos de educação profissional em qualquer área não é tem que cumprir o que determina o Catálogo Nacional de Cursos Técnicos. Esse Catálogo diz quais os cursos, e o que eles devem desenvolver, os temas, a infraestrutura que deve apresentar para cada um dos cursos, então, toda a nossa análise é em função dessas exigências (P2).

[...] as nossas normas, elas são na maioria de credenciamento, recredenciamento, elas são normas antigas, e nós estamos agora no período do quinquentenário neste conselho [...] nós estamos reestruturando as normas existentes para readequar aos tempos de hoje [...] a maioria das nossas reformulações, elas se dão através do dia a dia, das necessidades

do dia a dia que nós vimos, que vão chegando as situações e nós vamos nos adequando, da mesma forma quando sai uma normativa nacional, nós temos que, no Rio Grande do Sul, falar sobre, não é? Nós temos que versar sobre, ou nós nos manifestamos ou seguimos o que diz a nacional [...] (P3).

Importante destacar que as participantes referiram-se à legislação, às normativas nacionais e estaduais, assim como citam a demanda do sistema como a base do trabalho cotidiano do CEED/RS ao responderem sobre as bases que sustentam as discussões nas comissões do Conselho, especificamente, a Comissão de Educação Profissional. A pergunta foi formulada no sentido de provocar a discussão mais conceptual sobre a formação dos trabalhadores de saúde. Entretanto, nenhuma manifestação enfatizou este aspecto, reforçando a impressão que se tem a partir do texto legal referente à organização e funcionamento do conselho.

3.3 As políticas de formação de trabalhadores em saúde a partir da educação e da saúde

As transformações do setor saúde brasileiro, ocorridas após a Constituição de 1988, como conquistas do movimento sanitário, levaram à reestruturação do setor saúde, como também geraram tensionamento nas instituições quanto à necessidade de políticas de formação profissional dos trabalhadores. Os treinamentos em serviço, realizados até então, segundo Pereira (2005), apresentavam grandes fragilidades em função da inexistência de integração ensino-serviço e da falta de certificação válida pelo sistema de ensino, como também da pouca preocupação com o desenvolvimento intelectual dos trabalhadores. A crítica aos treinamentos em serviço era, especialmente, em função da forma mecanizada com que os trabalhadores eram treinados, tornando-os somente aptos a realizarem tarefas pontuais, sem a reflexão crítica sobre o seu trabalho ou sobre a produção do cuidado em saúde. A superação deste modelo de formação poderia ser alcançada através de práticas educativas, a fim de estimular a capacidade de pensar e planejar ações de saúde.

Na década de 80, os intensos movimentos no sentido da municipalização da saúde demandaram desafios às forças políticas reunidas em torno da reforma sanitária, sobre o perfil do trabalhador de saúde necessário ao cumprimento das premissas da reforma, como a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção à saúde. Essa década, marcada pelo processo de democratização da sociedade brasileira e pelo processo constituinte, deu origem a duas matrizes de formação profissional em saúde no interior do setor público, tendo como discussão central a articulação entre trabalho, educação e saúde. A primeira matriz organizou-se em função da proposta da educação politécnica no interior da Fiocruz, com atuação voltada para a formação de novos quadros para o campo da ciência e tecnologia, assim como para o novo sistema de saúde que estava sendo desenhado na época. A proposta era integrar a formação geral com a formação técnica no ensino médio, ambas contempladas no currículo com cargas horárias equivalentes. Essa proposta da Fiocruz rompia com a orientação constante na Lei 5692/197, que privilegiava a formação técnica. A segunda matriz organizava-se em torno da estratégia de integração entre ensino e serviço originando, na área da enfermagem, o Projeto Larga Escala, direcionado, fundamentalmente, para a qualificação do grande contingente de trabalhadores atuando nos serviços de saúde, sem a devida formação profissional (LIMA, 2010).

O projeto Larga Escala tinha o objetivo de profissionalizar os trabalhadores de saúde do nível médio e elementar, visto serem estes a maioria nos serviços de saúde. Foi construído, em caráter interinstitucional, pelo Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Cultura, Ministério da Previdência e Assistência Social e Organização Pan-americana de Saúde (OPAS).

Julio Cesar França Lima, ao estudar a profissionalização na enfermagem, destaca a proposta pedagógica do Projeto Larga Escala, defendida pela enfermeira Izabel dos Santos, que previa a formação dos trabalhadores do nível médio e elementar engajados na força de trabalho, com base na integração ensino-serviço e na descentralização dos cursos para os diversos municípios brasileiros. Para sua operacionalização, o projeto necessitava de flexibilidade, entre outros componentes, da carga horária, tempo de formação e corpo docente. Para Izabel dos Santos, era preciso formar trabalhadores em massa e com qualidade, considerando que os trabalhadores tinham dificuldades para frequentar a escola todos os dias, assim como os serviços não podiam prescindir do seu trabalho diário. É importante

destacar também que a experiência dos alunos nos locais de trabalho era o elemento principal na determinação do conteúdo ensino-aprendizagem. Naquele momento, a articulação com o ensino supletivo materializava a integração interinstitucional entre os ministérios da saúde e da educação.

O autor destaca ainda que, concomitantemente à construção do projeto político-pedagógico para a formação dos trabalhadores da enfermagem, foi sendo construída também a infraestrutura permanente de apoio ao Projeto Larga Escala nos estados, que se efetivou com a estruturação de Escolas Técnicas ou Centros Formadores, reconhecidas pelo sistema de ensino. Esta construção histórica ocorreu num cenário de intensos embates políticos e institucionais no sentido dos estados financiarem a formação dos seus trabalhadores, no bojo de suas responsabilidades com a atenção à saúde de sua população.

O Projeto Larga Escala ficou conhecido como uma proposta alternativa de formação profissional com grande flexibilidade, que possibilitou processos formativos em diferentes contextos do Brasil. O Larga Escala teve o grande mérito de reconhecer as experiências das instituições de saúde e articulá-las com escolas do sistema de ensino. Estas tiveram a responsabilidade da certificação profissional, da preparação dos instrutores da rede de serviços, da seleção de material pedagógico e da avaliação do processo como um todo. Muitos dos centros formadores dos estados vieram a se constituir, adiante, nas ETSUS. Um critério de priorização para a implantação do projeto Larga Escala nos estados foi a existência de escola técnica, vinculada a serviços de saúde, e de condições político-institucionais de integração entre as secretarias de educação e de saúde (PEREIRA, 2005).

Muitos avanços podem ser constatados, atualmente, na organização e gestão dos serviços de saúde, na melhoria de indicadores de saúde, na participação dos cidadãos nos processos decisórios do setor saúde, mas permanecem ainda grandes desafios a serem enfrentados, e um deles se concentra na formação dos trabalhadores de saúde. Há grandes dificuldades para a qualificação de um sistema de saúde que vá ao encontro das soluções para os problemas de saúde da população, pois a superação do modelo de atenção à saúde requer também transformações nos processos de trabalho em saúde que, por sua vez, são fruto de um modelo de sociedade.

Segundo Amâncio Filho e Almeida (1995), os temas sobre as dificuldades do sistema de saúde quanto à qualificação de pessoal já apareciam de forma constante

nos fóruns que discutiam viabilidades para operacionalizar um sistema de saúde que, sem discriminação, pudesse proporcionar acesso e cobertura eficiente ao conjunto da população. Especificamente sobre o pessoal de nível médio, a preocupação que se desenhava era, e continua sendo, com relação à qualificação profissional de grande contingente de trabalhadores que não possuem a devida formação para o seu exercício profissional.

Além das dificuldades de caráter quantitativo da força de trabalho em saúde, Sant'anna et.al. (2007/2008) apontam que, após a institucionalização do SUS, foi necessário redesenhar as competências profissionais dos trabalhadores da saúde conforme o conceito ampliado de saúde, que também se encontrava em pleno processo de reformulação trazido pelo movimento da reforma sanitária.

A área de recursos humanos passou a ter mais visibilidade após a VIII Conferência Nacional de Saúde, que demandou a realização de conferências específicas sobre a questão dos recursos humanos em saúde. Já no mesmo ano, 1986, foi realizada a I Primeira Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Esta demanda, segundo Vieira (2005), surgiu das reivindicações dos trabalhadores em função das suas condições de trabalho como, por exemplo, a falta de incentivos para a qualificação profissional, a própria visão burocrática da área de RH e a baixa remuneração. Naquele momento, era premente, também, a discussão sobre a reorganização das práticas em saúde, assim como a mudança das suas bases jurídicas, visto o processo de implantação do SUS que, naquele momento, estava se desenhando.

O projeto Larga Escala foi defendido na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, como também na Conferência de Recursos Humanos, ocorrida no mesmo ano, como uma nova estratégia pedagógica de formação de trabalhadores de saúde, já inseridos nos serviços, em função de sua impossibilidade de se afastarem para frequentarem cursos regulares. Além da adequação da formação às necessidades específicas dos trabalhadores de saúde, as discussões travadas na época também apontavam que os cursos regulares não respondiam às necessidades dos serviços públicos de saúde, apontando que o Ministério da Saúde deveria orientar esse tipo de formação, o que foi, em parte, contemplado no texto da Constituição Federal de 1988 (RAMOS, 2010)

Na II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, realizada em 1993, momento em que o sistema de saúde estava sendo organizado sob a

regulação das Leis Orgânicas da Saúde nº 8080 e 8142/90, a pauta dos trabalhadores estava mantida, visto que as discussões continuavam sobre a falta de uma política de recursos humanos para a saúde, plano de cargos e salários que contribuísse para a organização do SUS naquele momento. A problemática da qualificação dos trabalhadores ficava sob a responsabilidade dos serviços de saúde, e as questões relativas a políticas mais amplas como, por exemplo, os planos de cargos e salários, não foram contempladas, de acordo com as necessidades dos trabalhadores, na regulação da descentralização do SUS. No final da década de 90, o contexto da reforma do Estado formulada no governo Fernando Henrique Cardoso, que se baseava na substituição da gestão burocrática pela administração pública gerencial, oportuniza a flexibilização das relações de trabalho, e este tema ganha força novamente, o que gera o aparecimento, na saúde, de vínculos e remunerações diferentes (VIEIRA, 2005).

A expressão “gestão do trabalho”, gradativamente, substitui o termo “política de RHS”, sendo este originário da administração, cujo conceito reduz o trabalhador a sua funcionalidade nas organizações, da mesma forma que os recursos materiais. Esta concepção da administração é insuficiente para conceituar o trabalho em saúde nas suas diversas dimensões - qualificação, regulação, planejamento, gestão, negociação, avaliação -, pois estas colocam o trabalho como um processo social e o trabalhador como protagonista da atenção à saúde, tendo a gestão do trabalho um papel estratégico na organização do sistema de saúde e não como uma atividade burocrática do setor de pessoal. Segundo Vieira (2005), somente com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGETS), fica clara a responsabilidade do gestor da saúde na condução das políticas de formação e desenvolvimento de trabalhadores, definindo a educação permanente como estratégia fundamental para refletir sobre as suas práticas e influenciá-las.

Esta demanda por formação profissional, especialmente no nível médio, gerada pelas transformações do setor saúde, encontra ressonância na LDB, na qual as reformas curriculares visam à reorientação das práticas pedagógicas, passando da organização disciplinar para a construção de competências (RAMOS, 2002).

A formação por competência dos trabalhadores de saúde, que está estabelecida na LDB, e também na PNEPS, encontra críticas como, por exemplo, em Frigotto, Ciavatta e Ramos (2005a). A noção de competência contempla, além da aquisição de conhecimentos gerais e específicos, as habilidades do saber-fazer,

assim como atributos pessoais, atitudes e valores dos trabalhadores, transcendendo a formação profissional, tornando-se pressuposto da eficiência produtiva e categoria ordenadora das relações sociais do trabalho, tanto interna como externamente às relações produtivas. A noção de competência individualiza os trabalhadores, justificando o sucesso no trabalho a partir de características individuais, capacidades, exigindo deles um processo contínuo de aprimoramento de suas tarefas, criando a ideia de pertencimento do trabalhador mais à sua empresa do que à sociedade ou à categoria a que pertence.

No caso dos processos de formação dos trabalhadores de nível médio da área da saúde, são predominantes os treinamentos, as capacitações para reprodução de tarefas específicas, bem como o caráter mecânico deste tipo de formação, levando o trabalhador a desenvolver um trabalho fragmentado e repetitivo. Esta constatação traduz a história das políticas públicas relativas à formação dos trabalhadores, que ocorrem sob a hegemonia das classes empresariais e, por isso, são estruturadas sobre as necessidades do capital (PEREIRA; RAMOS, 2006).

Assim, o modelo de formação dos trabalhadores de saúde constante nas políticas de saúde e educação, está conformado por um modelo de sociedade regido pelo modo de produção capitalista, processo este que Mézaros (1981), ao discutir a teoria da alienação de Marx, pode nos ajudar a compreender.

Segundo a teoria da alienação de Marx, as sociedades são configuradas a partir dos atos dos indivíduos que buscam realizar seus próprios fins, os quais, por sua vez, são frutos do sistema de produção dominante. Os indivíduos, ao internalizarem as pressões externas, adotam as perspectivas gerais da sociedade de mercadorias como sinônimo de suas próprias aspirações, contribuindo, assim, para uma dada concepção de mundo, gerada pelas relações sociais de produção alienadas sob o capitalismo. A educação é parte desta sociedade e transcender essas relações sociais implica concebê-la no quadro geral de uma educação socialista.

Mézaros aponta que a educação formal está profundamente integrada à totalidade dos processos sociais, e o sistema educacional formal só funciona se estiver de acordo com a estrutura educacional geral da sociedade. Assim, a crise da educação é indicativa do conjunto dos processos sociais dos quais é constitutiva. O grande debate, portanto, deve dar-se sobre o sentido das instituições (inclusive as

educacionais): se servem aos homens ou às relações de produção alienadas. A contestação da educação deve-se dar no sentido mais amplo, sobre os mecanismos de interiorização, por meio dos quais a alienação e a reificação predominam sobre a consciência dos indivíduos.

As instituições e suas políticas, tanto no campo da saúde, como no da educação são afetadas, como aponta Mézaros (2008), pelas determinações gerais do capital, estando intimamente integradas em todos os processos sociais, funcionando em sintonia com as determinações educacionais gerais da sociedade como um todo. A educação trata-se, portanto, de um processo de “internalização” pelos indivíduos, e as instituições formais são uma parte deste sistema global de internalização, não sendo capazes, por si só, de fornecerem uma alternativa emancipadora radical.

Assim, as políticas para a educação profissional em saúde são construídas, de forma gradativa, em um cenário de contradições internas existentes nos aparelhos do estado e não têm sido suficientes para formar trabalhadores no sentido de superar o modelo curativo e biologicista de atenção à saúde, pois este também é fruto de um modelo de sociedade. É por isso que, segundo Mézaros, as soluções, no âmbito educacional, não podem ser apenas formais, por parte das instituições, mas essenciais, ou seja, devem compreender a totalidade das práticas educacionais da sociedade estabelecida. O que precisa ser alterado fundamentalmente é todo o sistema de internalização em todas as suas dimensões. Mudanças verdadeiras e radicais na educação só podem ser alcançadas através de instrumentos que rompam a lógica mistificadora do capital. Por outro lado, reparos institucionais, passo a passo, como os que correm nas políticas de formação nos campos da saúde e da educação, significam ficarmos aprisionados na lógica autocentrada do capital, que exclui a ampla maioria da humanidade do âmbito de ação como “sujeitos”, condenando-os para sempre a serem “objetos”, em nome da suposta superioridade da elite tecnocrática ou empresarial.

Esta ideia é ratificada por Frigotto, Ciavatta e Ramos (2005b), ao analisarem a trajetória histórica de construção das políticas de educação profissional no Governo Lula, quando afirmam que este caminho foi marcado por intensos conflitos, no terreno da contradição. Os autores fazem uma reflexão sobre as propostas de governo e concluem que, apesar das expectativas e de alguns avanços pontuais, não houve efetiva democratização da educação nesse governo.

O Ministério da Educação, no início do Governo Lula, comprometeu-se a corrigir distorções de conceitos e práticas do governo anterior, que dissociaram a educação profissional da educação básica, cuja operacionalização ocorreria através da revogação do Decreto 2.208/97, a fim de possibilitar novamente a integração entre o ensino médio e ensino técnico, como estabelecido na LDB, no seu artigo 36. A profissionalização ofertada, de forma integrada a um ensino médio unitário e politécnico, seria o estímulo necessário para uma profunda revisão da LDB. Entretanto, a revogação do Decreto 2.208/97 e a edição do Decreto 5154/2004, regulamentando artigos da LDB referentes ao ensino médio, não provocaram a mobilização esperada por uma transformação mais estrutural da educação brasileira. Apesar disso, alguns estados demonstraram interesse na implementação do Ensino Médio Integrado, passando o Ministério da Educação a assessorá-los e assegurado financiamento federal para as propostas, através da assinatura de convênios que, operacionalmente nunca foram efetivados. Na realidade, somente o estado do Paraná seguiu adiante com a proposta financiada pelo próprio estado (FRIGOTTO; CIAVATTA; RAMOS, 2005b).

É importante destacar os embates teóricos empreendidos para a implementação de ações de tamanha complexidade política e pedagógica, pois, segundo os autores citados acima, para o ensino médio integrado, não basta a sobreposição de disciplinas gerais e específicas, ou a agregação de mais tempo de estudos para o conhecimento profissional após o ensino médio. É preciso que a relação entre conhecimentos gerais e específicos ocorra ao longo do curso, sob os eixos do trabalho, da ciência e da tecnologia, de forma indissociável.

Estes embates teóricos empreendidos no Ministério da Educação, no CNE, como também em instâncias participativas nos sistemas estaduais de ensino, são traduzidos na formulação de pareceres e decretos, que ora avançam, ora retrocedem, no sentido da manutenção ou da transformação do modelo de formação dos trabalhadores.

Para Frigotto, Ciavatta e Ramos (2005b), no Decreto 5.154/2004, não há avanço nas concepções pedagógicas relativas ao ensino médio, o que pode ser percebido pelo texto legal. Ao ser usada a expressão “simultaneamente” ao referir a possibilidade da educação profissional ser ofertada ao longo do ensino médio, fica clara a ideia, na lei, de “independência” entre os cursos, exatamente o que os movimentos progressistas da educação queriam superar.

Pode ser considerado um avanço na lei a possibilidade de a educação profissional ser ofertada de forma integrada ensino médio, em um único curso, com matrícula única, mas permanece no texto a ideia de que os conteúdos são distintos. A separação entre formação para o trabalho e formação geral, no ensino médio, mantém a dicotomia entre as concepções educacionais, fortalecendo uma formação para o trabalho intelectual e outra para o trabalho braçal.

Ciavatta e Ramos (2012, p.17) também analisam as reformas da educação e afirmam que a educação contemporânea no Brasil segue tendências internacionais, no sentido de formar personalidades “flexíveis para a adaptação à realidade instável e incerta”. Destacam que a relação entre trabalho e educação que consta nos documentos oficiais retratam os embates que ocorrem no âmbito das relações sociais, “sendo parte da luta hegemônica entre capital e trabalho”. Estas autoras também apontam que o projeto original da LDB era baseado na formação omnilateral como utopia educacional revolucionária dos trabalhadores, tendo o trabalho como princípio educativo, conforme o programa marxiano de educação e as ideias de Gramsci; porém, o projeto esvaziou-se no contexto da reforma do Estado, realizada no Governo FHC.

Para as autoras citadas acima, as reformas empreendidas foram mais significativas no ensino médio, em que a educação profissional foi separada do ensino médio geral, explicitando, claramente, a direção política e cultural que a classe dominante queria dar à sociedade. Ficou evidenciada a política curricular como estratégia ideológica de formação dos sujeitos para a sociabilidade contemporânea, formação essa reduzida aos aspectos operacionais da preparação para o trabalho.

Mészáros diz que esta concepção estreita da educação e da vida intelectual tem o objetivo de manter o proletariado “no seu lugar” e nos ajuda a compreender os entraves com que nos deparamos no dia a dia no sentido de construir uma educação profissional em saúde com aspirações emancipatórias.

A divisão social do trabalho, em que os homens são divididos entre as ações de pensar, planejar, dirigir e aquelas somente de executar, parece ser pauta permanente nos embates históricos que ocorrem no cenário de elaboração e implementação das políticas públicas, e pode ser percebida nas falas dos participantes desta pesquisa.

As representantes do CEED/RS, ao serem questionadas sobre as suas concepções de Educação Profissional, foram enfáticas no compromisso dos entes formuladores das políticas educacionais em preparar os estudantes para o mercado de trabalho.

[...] além das normativas que existem, o que a gente tem, de um desenho da educação profissional, é que quem busca são as pessoas que buscam essa qualificação, porque nós, cada vez mais, temos visto pessoas que, por muitas vezes, já têm uma formação de nível superior, mas na academia fizeram um curso, saíram, e não tiveram um mercado de trabalho e viram, no curso técnico, uma possibilidade de entrarem no mercado de trabalho até, por muitas vezes, com salário mais elevado, com condições de manter a família não é? A entrada é mais rápida, porque o curso técnico tem duração, às vezes, de um ano, um ano e meio, dois anos, dependendo do curso. Então, esse profissional [...], a partir do momento que ele já tá capacitado, ele pode entrar no mercado de trabalho. Isso tem trazido cada vez mais o público jovem e pessoas também, a partir dos quarenta anos, que estavam fora do mercado de trabalho [...]. (P2)

Fica claro que a compreensão de P2 sobre a formação para o trabalho deve ser rápida para atender às exigências do mercado, e esta é justamente a demanda com que se depara o CEED na regulação da oferta de cursos no estado do Rio Grande do Sul. Não é percebido, na fala, nenhum questionamento sobre esta situação, mas o reconhecimento, por parte da participante da pesquisa, que, neste aspecto, o CEED cumpre a responsabilidade de normatizar o que está estabelecido nacionalmente.

Esta participante apresentou também resposta que reflete a dicotomia entre pensar e fazer na formação dos trabalhadores, assim como aponta a importância do acesso dos trabalhadores às políticas federais de educação profissional, conforme a seguinte fala:

[...] no Brasil, creio que no Rio Grande do Sul também, a falta de mão de obra, eu não gosto muito de usar o termo mão de obra, mas a falta de capacitação técnica, ainda é muito presente, então o que tem acontecido é essa busca, as pessoas buscam qualificação pra melhorar seu rendimento ou fazer o caminho inverso. Com esse curso técnico na área, inclusive, que eu vou querer atuar numa academia, me capacito, faço, consigo uma renda, e com essa renda faço um curso superior e assim vou cada vez mais me qualificando. É isso que nós temos... um desenho da educação profissional no estado e que tem uma crescente muito grande, com essa política do governo federal, que veio nos últimos anos trazendo a qualificação e o curso técnico, inclusive financiamento para curso técnico nas áreas, é muito grande a procura, muito grande. E até fico triste porque a manifestação e a divulgação desses cursos não é tão grande como deveria porque a partir do momento que o Sistema S agora já está com as capacitações [...] pelo governo federal em cursos gratuitos, ou com financiamento, deveria ser

mais divulgado. Mas o que a gente vê, além das normativas, que é previsto em lei e, eu como pessoa, como profissional, eu vejo muito crescimento na área técnica, que é uma crescente que não tem mais volta (P2).

Esta manifestação, ocorrida no ano de 2013, enaltece o caráter compensatório das políticas do governo federal para a educação profissional, cuja superação foi pretendida, pelos setores progressistas, por ocasião da reforma da educação. Segundo a análise de Frigotto, Ciavatta e Ramos (2005), os programas federais de educação profissional¹³ somente reafirmam o não cumprimento, pelo governo, da garantia de acesso dos jovens, à educação básica.

A referência à importância do Sistema S na formação profissional, que faz P2, também é criticada pelos mesmos autores, quanto ao uso do fundo público pelas organizações privadas, o que tende a fortalecer o viés assistencialista deste tipo de iniciativa. O termo “mão de obra” utilizado nos remete ao século passado, no qual a centralidade da formação profissional era formar a “mão de obra” necessária para o desenvolvimento econômico.

A fala de outra representante do CEED/RS é muito semelhante, em termos conceituais, à fala anterior, sobre a educação profissional, como demonstrado a seguir.

[...] eu acho que os cursos técnicos vieram pra suprir uma necessidade do mercado, né, continua uma lacuna que os profissionais graduados não estavam desempenhando certas funções... que eu acho que os técnicos vieram pra suprir. E com esse grande incentivo, muitos cursos gratuitos, facilitou a vida da classe mais desprovida de condições de frequentar um curso superior né, então o pessoal está se qualificando muito, como técnico, e se dedicando como técnico e muitos nem vão procurar um curso superior (P3).

É possível perceber as mesmas concepções entre os membros da Comissão de Educação Profissional do CEED/RS entrevistados sobre a formação dos trabalhadores, que é reduzida à preparação para o mercado de trabalho e destinada aos pobres, perpetuando a divisão social do trabalho.

¹³ Os autores analisam a Escola de Fábrica e o PROJOVEM: o primeiro como um programa de inclusão social, voltado para os estudantes excluídos do mercado de trabalho e que pretende estimular as empresas a praticarem a responsabilidade social. O segundo, destinado a jovens de 18 a 24 anos, com o objetivo da sua reinserção na escola e preparação para o mundo do trabalho. Estas políticas têm como característica serem desarticuladas de outras, no sentido da melhoria da condição social das famílias, o que as define como políticas compensatórias, destinadas aos jovens que não tiveram acesso a uma educação básica de qualidade.

Também sobre as concepções de Educação Profissional que sustentam a as discussões no CES, a participante P1, representante deste conselho, da mesma forma, enfatiza o papel do estado em cumprir as políticas federais. Reafirma a Educação Permanente em Saúde como adequada à formação dos trabalhadores da área da saúde, dando ênfase à importância dos espaços de participação popular e controle social. É o que está apresentado abaixo.

[...] a questão da gestão do trabalho da educação em saúde... Ela já é pensada desde a sua concepção em 2005-2006, e ela se constitui enquanto política já pensando numa qualificação dos trabalhadores de nível médio e também os trabalhadores, o desenvolvimento dos trabalhadores em serviço. Embora exista uma política de educação, a educação ainda não conseguiu permear espaço do controle do social, ela passa assim, de uma forma marginal pelo Conselho... é a forma como o Conselho se ocupa dos projetos, que vem via CIES, que são os espaços que fazem interlocução nos projetos de educação permanente, educação profissional no estado do Rio Grande do Sul. Os projetos que passam no Conselho, embora se faça um debate do projeto, não se faz um debate da concepção da educação permeada neles, nem um debate de quem está executando esse projeto de educação (P1).

Assim como na manifestação sobre a concepção de saúde, a representante do CES/RS trata conceptualmente de educação profissional em saúde como um produto da sua inserção no CES. Sua fala sempre é transversalizada pela organização e funcionamento do conselho. Quando se refere à análise dos projetos de Educação Permanente em Saúde, destaca que a discussão se dá mais quanto à forma e aspectos legais do que propriamente sobre as concepções e posições dos proponentes.

O uso repetido do termo “projetos”, por P1, como na fala apresentada a seguir, traduz a operacionalização da Educação Permanente em Saúde no Estado do Rio Grande do Sul que ocorre, justamente, desta forma: como projetos isolados de formação profissional, apresentados por instituições de ensino que mantêm cursos técnicos e/ou de qualificação profissional, de forma regular, e que apresentam seus projetos às CIES, visando ao financiamento federal para a sua realização.

[...] esses projetos chegavam e eram avaliados diretamente na plenária do Conselho, se cria uma estratégia de fluxo de trabalho pra esses projetos passarem na Comissão de Educação Permanente que já existia desde 2006/2007 no Conselho Estadual de Saúde... Para que uma comissão estadual pudesse avaliar os projetos e pudesse apresentar critérios de avaliação e aprovação desses projetos na plenária do Conselho. Esse

debate foi feito, se criou dentro da Comissão de Educação Permanente do Conselho um grupo de trabalho que avaliava os projetos e fazia um diálogo com a CIES, que era a Comissão Institucional de Ensino e Serviço do estado do Rio Grande do Sul, e constatou, entre os projetos avaliados, a grande diversidade de concepção tanto de saúde como educação que esses projetos traziam. Muitos projetos sequer falavam em Sistema Único de Saúde e em controle social, tratavam apenas a questão da doença, e isso essa comissão foi colocando em suas orientações para a mesa diretora e esse debate, a partir de 2008, começou a permear minimamente o debate dos projetos na plenária do Conselho. Mas até hoje muitos projetos encaminhados pelas regionais de saúde, pelos municípios, sofrem muito com essa questão da concepção de saúde neles embutidos, tanto da educação profissional, quanto da qualificação de trabalhadores. E, ao meu ver, muito mais da educação profissional, até porque o primeiro debate que está se fazendo de uma qualificação profissional mais pública se faz com a criação da ETSUS em 2007. Então aí que começa um debate no estado do Rio Grande do Sul da questão da educação profissional como responsabilidade do estado então (P1).

Esta fala traduz a operacionalização da PNEPS no Estado do Rio Grande do Sul que ocorreu, primeiramente, no sentido de organizar a tramitação de projetos de curso entre os colegiados de deliberação como as CIES a CIB e, após, as discussões sobre as concepções de saúde que sustentavam esses projetos.

Com base em Ciavatta e Ramos (2012), afirmamos que não basta, para a educação profissional, a realização de projetos isolados, destinados à população pobre, meramente reduzidos ao ensino para a realização de tarefas e preparação para o mercado de trabalho. Entendemos que os conhecimentos específicos de uma profissão não são suficientes para a compreensão das relações sociais de produção e das condições para superá-las. A política de educação dos trabalhadores e sua regulamentação, no Brasil, expressam as marcas de um Estado comprometido com os interesses burgueses. Também Frigotto, Ciavatta e Ramos (2005b), ao apontarem avanços nas discussões sobre educação profissional, destacam que são feitas acomodações nos textos legais que tornam distantes as mudanças conceituais, éticas, políticas e pedagógicas no campo da educação profissional em saúde.

3.4 O pacto federativo e os desafios do SUS e do regime de colaboração na educação

Para a reflexão sobre as tensões existentes entre as políticas de saúde e de educação no Rio Grande do Sul, faz-se necessária a discussão sobre o federalismo, visto que a estruturação do regime federativo no Brasil é um dos determinantes da diferenciação acentuada entre os estados brasileiros na distribuição de receitas, no padrão das políticas públicas e, no caso da saúde e da educação, na grande diversidade na forma e provimento dos direitos dos cidadãos.

Segundo Abrucio (2010), o federalismo significa uma complexificação do processo decisório e de sua legitimação, visto que entram em ação muitos atores e cenários distintos, contendo potencialidades democráticas pela aproximação entre governos e comunidades, respeito às peculiaridades locais e regionais e pela negociação como eixo central do processo político. No entanto, podem ocorrer problemas de conciliação entre interesses gerais e locais, assim como dificuldades em coordenar esforços numa mesma política ou competição desmedida entre os entes.

O federalismo brasileiro apresenta elementos de cooperação e competição, sendo predominantemente de caráter cooperativo.

No campo da saúde, os serviços estão organizados em um sistema, o SUS, tido como uma experiência de federalismo cooperativo, cuja organização está definida na Lei Federal 8080 (BRASIL, 1990), da qual derivam regulamentações e normativas estaduais e municipais. É um sistema constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e pelas fundações mantidas pelo poder público, podendo o setor privado fazer parte desta organização, em caráter complementar, desde que obedeça aos seus princípios organizativos e doutrinários. No SUS, há diretrizes nacionais a serem cumpridas em todo o território, assim como estão definidos os critérios para repasse de recursos da União para estados e municípios.

A descentralização do setor saúde no Brasil permite a transferência de recursos financeiros diretamente para estados e municípios, rompendo com a lógica de convênios, amplamente utilizada até então, sendo cada ente federado é

responsável pela sua utilização de acordo com o seu perfil epidemiológico e necessidades de saúde.

A Lei 8080/90 sofreu uma recente regulamentação, através do Decreto 7508/2011, especificamente no tocante à organização do sistema de saúde, planejamento em saúde, assistência à saúde e à articulação interfederativa (BRASIL, 2011). Este ato regulatório ratifica a descentralização do SUS, estabelecendo definições como, por exemplo, “região de saúde”, “portas de entrada do sistema”, “rede de atenção à saúde”, fortalecendo o sistema de saúde como um conjunto de ações de saúde, desde o nível de promoção até o reabilitador, de responsabilidade compartilhada entre os níveis de governo, de forma regionalizada e hierarquizada, com participação da iniciativa privada, de forma complementar, no cumprimento da universalidade do acesso a saúde.

Diferente da Lei 8080/90 e das suas normas operacionais subsequentes, o Decreto 7508/2011 não apresenta nenhum artigo específico relativo à formação dos trabalhadores, tratando, de forma genérica, o planejamento de ações no SUS como um processo que deve ser integrado e ascendente. Aponta, no Capítulo IV, relativo à assistência à saúde, que esta deve ter como base a integralidade da atenção mediante fluxos na rede de serviços de diferentes níveis de complexidade. Importante a reafirmação do modelo integral de atenção à saúde, embora não haja nenhuma referência à formação dos trabalhadores para alcançar este modelo ou sobre a articulação intersetorial entre saúde e educação. No entanto, faz referência ao necessário cumprimento da legislação vigente sobre aspectos específicos da organização do sistema, no qual está incluída a PNEPS.

Segundo Frutuoso (2010), o SUS rompeu com a concepção de cidadania vinculada à inserção no mercado de trabalho, constituindo-se em uma prática exitosa de atuação interfederativa que dispõe de instrumentos relacionais, permitindo-lhe realizar uma gestão colegiada e participativa que pode ser reproduzida em outros setores como a segurança pública, a assistência social e a educação. A relação entre os entes federados no SUS é mediada pelos colegiados de gestão dos quais fazem parte os estados e municípios – a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no nível federal, e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) nos estados, cuja atuação é acompanhada pelas instâncias de controle social, como os Conselhos de Saúde, nos três níveis de gestão.

Com relação à formação dos seus trabalhadores, o SUS está orientado pela PNEPS, portaria resultante de amplas discussões sobre a necessidade de reformulações na qualificação dos trabalhadores do SUS e na qual estão estabelecidos os critérios para repasse de recursos federais aos estados e municípios para a qualificação profissional em saúde a partir de projetos a serem construídos, de forma compartilhada, entre as instituições de saúde, instituições formadoras e movimentos sociais, de acordo com as especificidades locais. Estão estabelecidas as instâncias colegiadas deliberativas a serem organizadas em todos os estados, das quais devem fazer parte todos os atores envolvidos com a formação dos trabalhadores de saúde: universidades, centros formadores, escolas de nível médio, escolas de saúde pública, serviços de saúde (gestores e trabalhadores da rede).

No seu Artigo 1º, a PNEPS se adequa ao Pacto pela Saúde e está destacado que a sua implementação deverá estar de acordo com as especificidades regionais conforme as necessidades detectadas pelas comissões intersetoriais, que devem contemplar, ademais, a capacidade instalada para a oferta institucional de cursos na área da saúde. A intersectorialidade aparece também como uma das bases da condução local da política de formação dos trabalhadores, através dos Colegiados de Gestão Regional¹⁴, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES). Estes colegiados são os responsáveis, em cada região, pelas deliberações sobre os planos de saúde e, a partir da PNEPS, deverão contemplar a EPS como parte do planejamento na sua esfera de gestão do SUS.

As CIES são colegiados intersetoriais estratégicos na gestão do trabalho e da educação no setor saúde, pois são constituídas de representantes das instituições de ensino, dos serviços e dos movimentos sociais. As CIES representam as forças sociais da região, e a sua maior ou menor mobilização repercute na qualidade das discussões e decisões dos gestores do setor saúde. As CIES são responsáveis pelas prioridades de formação dos trabalhadores, em cada região, sendo que estas prioridades devem fazer parte dos planos de saúde estaduais.

A criação de comissões intersetoriais para a formulação de políticas estaduais, assim como para acompanhar a execução de processos formativos

¹⁴ Colegiados de Gestão são instituições colegiadas formadas por representantes dos níveis regional e municipal do sistema de saúde que têm a responsabilidade de deliberar sobre o planejamento regional do SUS.

destinados aos trabalhadores, encontra seu marco histórico na Constituição Brasileira de 1988, no seu Art. 200, que atribui ao SUS a competência de ordenar a formação de recursos humanos para a saúde, seguindo-se da Lei Orgânica da Saúde - Lei 8080/90 (BRASIL, 1990), em cujo seu Art.14, está estabelecido que deverão ser formadas comissões permanentes de integração entre as instituições de ensino e de serviços de saúde, visando ao planejamento e à avaliação dos processos formativos em todos os níveis.

O tempo histórico percorrido desde a Constituição até a PNEPS, em 2007, inclui diferentes movimentos de avanço e retrocesso nas políticas de gestão da educação na saúde, fruto dos próprios movimentos de concretização da reforma sanitária brasileira. A reflexão, de forma intersetorial, sobre o trabalho em saúde, no nível local, com condições operacionais de executar processos formativos e, especialmente, contar com recursos federais para isso é um processo que depende do fortalecimento da descentralização do setor saúde e do incremento do controle social no SUS. Porém, estes princípios constitucionais do SUS não são cumpridos de forma linear por todos os governos, especialmente, a participação da sociedade no SUS, que se legitima com maior ou menor intensidade na dependência dos projetos de governo e na potência dos movimentos sociais.

No estado do Rio Grande do Sul, a implementação da PNEPS foi discutida e aprovada na CIB em 22 de agosto de 2007, ficando a estrutura institucional constituída de 19 CIES, correspondentes às Coordenadorias Regionais de Saúde, com o compromisso de assessorar tecnicamente os Colegiados de Gestão Regional (COGERE) na construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde. Importante destacar que, dentre as responsabilidades das CIES nas regiões, talvez a mais significativa seja a articulação entre as instituições de saúde e as instituições formadoras. A aproximação entre essas instituições tem em vista a adesão das escolas e universidades a uma proposta de transformação na formação dos trabalhadores, como também o reconhecimento da rede de serviços como parte da formação, através do acompanhamento e avaliação dos processos formativos instituídos pela PNEPS.

Ainda está estabelecido na PNEPS que o COGERE, como coletivo representante dos níveis estadual e municipal da gestão do SUS, deve incorporar as prioridades sugeridas pelas CIES nos Planos de Gestão Regional e estes, por sua vez, devem ser discutidos e homologados na CIB. Uma questão central nos embates

advindos das disputas por recursos federais é a participação dos COGERE na pactuação referente à distribuição de recursos para cada região, o que ocorre cotidianamente na CIB e é um ponto de grande tensão entre os gestores.

Além da definição das prioridades de formação, a PNEPS propõe o acompanhamento das ações de educação desenvolvidas na gestão e a proposição de alterações, correções e redirecionamento dos processos formativos em execução.

Outro embate se configura a partir desta ação regulatória, pois o que está estabelecido no campo da saúde confronta-se com o setor da educação, que mantém seus próprios colegiados e mecanismos de regulação. Especialmente as grandes instituições formadoras, ao terem seus projetos de EPS aprovados em todas as instâncias de deliberação, ao executarem seus projetos, deparam-se com os processos institucionais, que se confrontam com o estabelecido na PNEPS, pois já possuem colegiados formados para o acompanhamento e avaliação das suas atividades, cuja composição é diferente do COGERE, embora tenha o mesmo caráter deliberativo. Muitos dos critérios de avaliação utilizados nas instituições formadoras são diferentes dos utilizados pelo setor saúde como, por exemplo, o modelo de atenção à saúde que sustenta o curso ou o controle social a ser desempenhado pelos conselhos de saúde.

As CIES, da mesma forma, devem ser formadas por gestores dos setores da saúde e da educação, instituições que mantêm cursos regulares na área da saúde, instituições representantes dos trabalhadores de saúde, assim como por representantes dos movimentos sociais. Esta última representação parece constituir-se na maior dificuldade de composição da CIES, pois a prática participativa nos conselhos de saúde é uma grande dificuldade ainda enfrentada na organização do sistema de saúde.

São atribuições da CIES cooperar com os COGERE nas decisões sobre as prioridades em saúde e na construção dos planos regionais de saúde, articular as instituições de saúde e de educação, aproximando esses dois campos de forma cooperativa e solidária, visando a transformação do modelo de formação dos trabalhadores de saúde. É atribuição estratégica das CIES a sensibilização dos gestores dos setores da saúde e da educação para a importância da ampliação da capacidade pedagógica na região, se incorporados os serviços de saúde como campos de formação dos trabalhadores.

A configuração, tanto das CIES, como dos COGERE, deve seguir a regionalização do SUS, obedecendo aos limites da pactuação regional realizada no setor saúde. Neste ponto, reside outro entrave institucional, visto que as regiões de saúde, desenhadas a partir das necessidades regionais, como também da capacidade instalada dos serviços de saúde, não correspondem ao desenho institucional do sistema estadual de ensino, o que dificulta a representação nos colegiados, tanto dos COGERE, como das CIES.

No seu caráter operacional, as CIES necessitam contar com uma secretaria executiva, que deve ter uma estrutura administrativa para o seu funcionamento. No cumprimento deste ponto, o que normalmente ocorre é a utilização da estrutura das Coordenadorias Regionais de Saúde, das quais fazem parte os seus representantes no colegiado. A utilização de estrutura estadual do setor saúde, de alguma forma, coloca maior poder do Estado na condução dos processos decisórios da CIES.

A partir da PNEPS, também é reconfigurada a CIB, pois, para a deliberação sobre as questões da gestão do trabalho e educação na saúde, a CIB necessita contar, de forma permanente, com uma comissão de apoio, composta por um representante das CIES do estado, um representante dos gestores municipais e estadual de saúde e um representante também do segmento dos trabalhadores de saúde e dos movimentos sociais. Esta comissão permanente da CIB é a interlocutora entre as CIES regionais e a CIB e também a responsável por integrar as propostas advindas das diferentes regiões do estado. Novamente, aqui, interpõem-se as dificuldades referentes aos desenhos administrativos regionais, que não são correspondentes entre os setores de saúde e de educação.

A CIB, também com relação à PNEPS, é o cenário de disputas pelos recursos financeiros advindos do nível federal, que são pactuados nesta instância deliberativa, assim como são definidos os critérios para a sua execução.

Após o cumprimento de todos esses fluxos, que vão desde o levantamento das necessidades regionais até a pactuação sobre recursos e critérios de avaliação dos processos formativos, todas as decisões devem ser submetidas à apreciação e aprovação do CES, órgão deliberativo no Estado que garante a representação paritária da sociedade na condução do SUS.

No estado do Rio Grande do Sul, as CIES têm diferentes composições, de acordo com as especificidades locais, havendo, na maioria delas, a participação da sociedade em todas as discussões, o que já configura o controle social efetivado

desde a instância regional. Isso facilita a tramitação dos projetos no CES, não abolindo, no entanto, os embates próprios do nível estadual do sistema de saúde, especialmente com relação às decisões sobre a distribuição de recursos.

Nos artigos 20, 21 e 22 da PNEPS, estão estabelecidas as atribuições do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde quanto à articulação com o setor da educação, em todos os níveis, chamando atenção para a importância da integração com as instituições de ensino que mantêm cursos na área da saúde, no sentido de transformar os seus processos formativos, adequando-os às necessidades do sistema de saúde, estimulando-os a uma postura de corresponsabilidade sanitária.

No seu Anexo III, a PNEPS é específica em relação à formação dos trabalhadores de saúde do nível médio, sendo este anexo intitulado “Diretrizes e Orientação para a Formação dos Trabalhadores de Nível Técnico no Âmbito do SUS”. Segundo a política, o nível técnico é estratégico para a qualificação da assistência prestada à população, tendo em vista o papel que desempenham em todo o sistema de saúde. A política ratifica a importância das instâncias deliberativas regionais, formadas por instituições de saúde, de ensino e de controle social, na operacionalização da PNEPS, como produto de articulação e diálogo entre esses entes.

Está estabelecido que as instituições preferenciais para o recebimento dos recursos federais serão as ETSUS, nas suas diferentes configurações, seguindo-se de outras escolas habilitadas formalmente para o desenvolvimento de cursos técnicos. Neste caso, o acompanhamento e avaliação dos cursos são de responsabilidade também das ETSUS. Os planos dos cursos a serem ofertados deverão atender as condições estabelecidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Técnico na área da saúde.

No projeto de curso a ser discutido nas CIES, chama atenção a orientação para a organização curricular, que deve conter detalhadamente os momentos de “concentração” e de “dispersão”, sendo este último desenvolvido no local de trabalho do aluno trabalhador. Outro elemento exigido é com relação à metodologia pedagógica a ser utilizada para a formação em serviço, assim como o projeto deve prever como se dará o acompanhamento das turmas “descentralizadas”.

Outros elementos operacionais para a realização de cursos técnicos são exigidos, como estrutura física e corpo docente para a realização da formação,

coordenação técnica e pedagógica, como também a portaria estabelece o detalhamento necessário a ser apresentado na planilha de custos do curso. Além destes, outros elementos são solicitados, de caráter puramente burocrático, porém, chama atenção a exigência de que o curso deve ter aprovação do CEED para a sua execução. Neste ponto, há também um distanciamento entre as políticas dos campos da saúde e da educação, visto que, nesse último, já há ampla regulação sobre a oferta de cursos. No entanto, em muitos aspectos, com exigências que divergem da PNEPS, como, por exemplo, a formação de turmas constituídas por alunos de municípios diferentes, que terão a supervisão de suas atividades formativas no seu local de trabalho, nos momentos de dispersão. Esta modalidade de oferta não encontra sustentação em nenhuma normativa ou orientação no campo da educação.

Ponto importante nas orientações da PNEPS para a formação do nível técnico é a obrigatoriedade de, no mínimo, 88 horas para a capacitação pedagógica dos docentes, visto que a modalidade de curso prevê a participação de docentes dos serviços de saúde, responsáveis pela supervisão dos alunos nos seus locais de trabalho, além daqueles docentes responsáveis pelos momentos de concentração em sala de aula.

Também está estabelecido no Anexo III da PNEPS (BRASIL, 2007), com relação à formação dos trabalhadores do nível médio, que estes devem ser formados “no” e “para” o trabalho, em escolas formais, cujas propostas pedagógicas devem ser baseadas na aprendizagem significativa, visando à transformação do modelo de atenção à saúde, com base na concepção da produção social do processo saúde-doença.

A atuação das ETSUS sustenta-se basicamente nesta portaria, que tem sido a base para as discussões sobre as necessidades de formação de trabalhadores do nível médio na área da saúde, visto que no estado não há nenhum curso técnico em saúde em escolas federais, como também é praticamente insignificante o número de escolas estaduais que mantêm cursos técnicos em saúde. A formação destas categorias de trabalhadores é realizada fundamentalmente pela rede privada de ensino, sem nenhuma articulação com o sistema de saúde, traduzindo o distanciamento existente entre as políticas públicas de saúde e de educação, contribuindo para esta situação a inexistência de um sistema nacional de educação em contradição com a existência de um sistema nacional de saúde, o SUS.

O aparato jurídico-institucional do sistema de saúde está estabelecido. No entanto, ainda que há enormes desafios a serem enfrentados em função da contradição entre o ideal e o real, como a insuficiência de financiamento, a gestão do trabalho em saúde e o fortalecimento da participação da sociedade na formulação e acompanhamento das políticas públicas. No campo da assistência, o SUS ainda precisa enfrentar o avanço da rede privada, especialmente com relação ao acesso aos serviços de média e alta complexidade, o que obriga boa parte dos usuários a recorrerem a planos privados de saúde. O modelo federativo brasileiro deve ser considerado, também, na reflexão sobre os problemas do SUS, pois contribui para a centralização da arrecadação de recursos, definindo o Ministério da Saúde como maior formulador de políticas, obstaculizando que estados e municípios sejam conformados como base da estruturação do sistema.

As dificuldades de integração entre políticas e ações, internas ao sistema de saúde, para Plein et al (2010), são devidas à concepções de saúde que não contemplam o sujeito na sua complexidade, a ponto de assisti-lo em uma realidade estática, desconsiderando que os sujeitos são singulares e sempre em transformação.

Para articular políticas internamente nos serviços de saúde, é preciso fundar um movimento de olhares, de práticas que devem ser compartilhados entre as diferentes estruturas administrativas. Este movimento, que já é difícil no setor saúde, complexifica-se mais ainda se considerada a importância da integração intersetorial com as instituições formadoras. Esta interlocução é fundamental na busca da formação de trabalhadores comprometidos com os princípios do SUS desde o início da sua formação. Neste sentido, no estado do Rio Grande do Sul, por ocasião da organização institucional da PNEPS, foram realizados encontros específicos, em cada região, entre os gestores e trabalhadores de saúde e os seus pares do sistema de ensino. Também nestes espaços, o amadurecimento das discussões segue mesmo caminho, em que o começo se dá pela discussão de projetos específicos de formação, demandando a ampliação das discussões para questões mais conceituais (PLEIN et al., 2010).

A educação, no modelo federativo brasileiro, reflete as desigualdades inter e intrarregionais decorrentes das diferentes situações econômicas dos entes federados e a distribuição das competências previstas constitucionalmente, resultando em distintas condições de oferta. A perspectiva federativa da

descentralização traz consigo uma forma de organização na qual os entes federados têm maior autonomia. No entanto, à maior descentralização corresponde uma maior desigualdade, que só pode ser mediada por ações supletivas de caráter central, gerando tensão entre centralização e descentralização. Compreender esta tensão, assim como as formas de colaboração entre a União, os estados e municípios, é fundamental para entender a política educacional. Diferente do setor saúde, na educação, um sistema nacional enfrenta dificuldades para ser viabilizado, pois não foram estabelecidas diretrizes comuns para a educação nem na Constituição Federal, nem na LDB/1996. A solução encontrada foi a criação do “regime de colaboração”, aumentando as redes de ensino de duas para três: federal, estadual e municipal (OLIVEIRA; SOUSA, 2010)

A criação de um sistema nacional de educação, segundo Abrucio (2010), tem uma forte inspiração no modelo do SUS. Entretanto, deve considerar algumas questões visando a atender às suas peculiaridades: uma política mais distributiva de recursos; criação de instrumentos de fortalecimento da gestão municipal como a criação de incentivos pelo alcance de metas; fortalecimento da cooperação entre estados e municípios e entre estes; fortalecimento de associações municipais ou outros arranjos territoriais informais; criação de arenas verticais de negociação semelhantes às CIT e CIB da saúde; utilização do Plano Nacional de Educação para fixar, além dos objetivos gerais, instrumentos e metas de gestão educacional, a fim de dar suporte para um sistema nacional de políticas públicas. O autor propõe a criação de um sistema nacional de educação que tenha padrões nacionais de qualidade, cujo norte seja um efetivo regime de colaboração.

Também Souza, Ramos e Deluiz (2007) destacam a importância de instâncias de pactuação no setor da educação, nos moldes de CIB e CIT, como espaços participativos de barganha e deliberação conjunta entre os entes federados, apesar da existência do CONSED (Conselho Nacional de Secretários de Educação) e da UNDIME (União Nacional de Dirigentes Municipais de Educação).

A importância do regime de colaboração na educação, no sentido de integrar as instâncias federadas, também é apontada por Cury (2010), quando afirma que o regime de colaboração, seja em termos de conteúdos ou de mecanismos, é sempre difícil, lento e necessariamente negociado. Para o autor, o regime de colaboração pressupõe normas e finalidades gerais por meio de competências privativas, concorrentes e comuns, e a LDB o traduz por meio do estabelecimento de princípios

e normas gerais da educação. No entanto, o alcance de suas metas fica minimizado se não houver um consórcio articulado e compromissado entre os entes, assim como um regime fiscal e financeiro que atenda de fato ao pacto federativo.

É importante ressaltar que a descentralização, na forma de organização de um sistema único, como no caso da saúde, ou no regime de colaboração na educação, pressupõe participação dos cidadãos nos processos decisórios, e esta é uma importante reflexão a ser feita quanto às tensões existentes entre as políticas de saúde e educação para a formação de trabalhadores. Enquanto no setor saúde, a participação se dá através dos conselhos de saúde, que têm caráter permanente e deliberativo, em todos os níveis de gestão, com importante participação dos usuários, de forma paritária, na educação, segundo Luce e Sari (2010), os conselhos estaduais ainda têm um caráter técnico-pedagógico, em detrimento da participação social. No estado do Rio Grande do Sul, apesar dos avanços das políticas educacionais, estas ainda respondem de modo insuficiente às demandas da sociedade atual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação e o funcionamento das ETSUS têm sido um processo de intensos embates no campo da saúde quanto ao modelo de formação dos trabalhadores do nível médio que se traduzem em enfrentamentos internos ao setor, como também se ampliam para o setor da educação, visto a necessária interlocução entre ambos.

Uma escola que propõe uma formação profissional, no próprio trabalho, apesar de haver o entendimento de que isso é possível, na regulação da educação, trata-se de uma ideia que encontra resistências nos dois campos. Os obstáculos encontrados são muitos, de ordem conceptual, política e organizacional.

O setor saúde sustenta a formação profissional em saúde na PNEPS com o argumento constitucional de que o SUS tem responsabilidade no ordenamento da formação dos seus trabalhadores e, para isso, formula políticas, normatiza a oferta, avalia os processos e financia projetos de formação profissional. O setor da educação, por sua vez, tem a responsabilidade da formulação das políticas educacionais, da organização dos sistemas de ensino e, também, internamente, enfrenta tensões oriundas das concepções que baseiam as políticas de educação profissional.

Esta pesquisa procurou responder questões relativas a este distanciamento existente entre as políticas de saúde e de educação, na área da Educação Profissional em Saúde, buscando compreender até que ponto estas políticas são capazes de responder às necessidades de formação o que, por sua vez, repercute na atenção à saúde da população.

Neste cenário contraditório, analisamos as políticas de Educação Profissional a partir do contexto da ETSUS-RS, ampliando a reflexão para os sistemas de saúde e educação, em cujos arranjos organizacionais materializam-se as referidas políticas.

O estudo foi realizado ao longo do curso de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana - PPFH, que acolheu o nosso projeto de investigação teórica sobre o emaranhado material advindo do cotidiano dos serviços, na gestão de políticas públicas de Educação Profissional em Saúde.

Este trabalho teve início pela reflexão teórica proporcionada pelas disciplinas do programa, com as quais nos aproximamos das concepções marxianas de formação do homem como indivíduo omnilateral, constituído historicamente pelas relações sociais. Nesta construção teórica, o trabalho em Marx e as concepções de Gramsci sobre a formação de intelectuais foram fundamentais para assumirmos um modelo de formação para os trabalhadores da saúde.

O estudo das políticas públicas nos levou à compreensão das políticas de Educação Profissional, tanto do setor saúde como da educação, como produtos do Estado capitalista e de que a superação do modelo de formação profissional passa pela superação do modelo de sociedade. O “Estado-Relação” de Poulantzas foi o argumento teórico que sustentou nossa análise sobre as tensões entre os campos da saúde e da educação que, apesar do distanciamento entre as suas políticas, são a tradução material de um mesmo Estado, contraditório, em que é constante a disputa de forças internas, o que leva a um movimento histórico de avanços e retrocessos.

Outros referenciais teóricos também apontados ao longo da tese, como a Escola do Trabalho de Pistrak e a pedagogia histórico-crítica de Saviani, possibilitaram-nos propor um modelo de formação para os profissionais de saúde do nível médio, a partir do trabalho como princípio pedagógico, levando-nos ao alcance dos objetivos deste estudo.

Entendemos as políticas de saúde e de educação como produtos de cada tempo histórico. Encontramos na política de saúde uma profunda mudança de concepção de saúde, gestada no movimento sanitário das décadas de 70 e 80. Saúde e doença deixam de ser compreendidas como estados separados, mas e passam a ser vistas como um processo resultante da dinâmica de vida em sociedade. Esta concepção de saúde, ao ampliar-se, também amplia a ideia de como se organizam os serviços e sob quais bases conceptuais devem ser formados os trabalhadores de saúde.

Apesar da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS – contemplar este avanço conceptual, ainda permanece hegemônico o modelo médico de atenção à saúde, no qual a assistência ofertada baseia-se na demanda clínica, que se movimenta no sentido contrário ao desenvolvimento da cidadania. A operacionalização da PNEPS se reduz à oferta de projetos de educação profissional

em nível de qualificação, desenvolvidos por escolas que, de forma isolada, disputam recursos financeiros específicos.

No campo da educação, a construção histórica das políticas de educação profissional, após a LDB, mostra intensos embates no setor entre os defensores da formação para o trabalho de forma integrada ou não ao ensino médio. Esta é mais uma situação em que se percebe a materialidade da disputa conceptual e política quanto à formação dos trabalhadores: se devem ser formados no sentido do seu desenvolvimento integral, se devem ter o domínio das bases científicas do trabalho, ou se o trabalhador deve continuar sendo um cidadão qualificado somente para a realização de tarefas específicas e prescritas. Esta dicotomia conceptual é verificada na legislação referente à Educação Profissional, que ora avança para o ensino médio que integra formação geral e profissional e ora retrocede para o distanciamento entre elas.

As políticas de Educação Profissional, tanto do setor saúde como da educação, são ainda transversalizadas pela dinâmica da sociedade do capital, na qual o Estado alinha-se na defesa dos interesses do setor privado, tanto na prestação de serviços, como na formação dos trabalhadores de saúde. Esta formação, no nível médio, no Rio Grande do Sul, permanece, na maioria dos casos, sob a responsabilidade de escolas privadas, que disputam com vantagem os recursos públicos do nível federal, visto que a elas, os procedimentos burocráticos são mais facilitados. Este é um obstáculo operacional que ratifica o modelo de formação alienante do trabalhador de saúde, operado pelo setor privado, cenário em que as ETSUS ainda têm pouca potência no sentido da superação desse modelo.

A análise dos sistemas de saúde e de educação nos possibilitou demonstrar o distanciamento existente entre estes dois setores, também no tocante à sua organização institucional. O regime federativo implica em organizações distintas entre os dois setores, assim como ratifica as desigualdades regionais.

Os sistemas de saúde e de educação são regidos por dispositivos constitucionais que não os aproximam. Enquanto a saúde tem uma rede organizada e hierarquizada, com gestão única e definida em cada um dos entes federados, o setor da educação está estruturado no regime de colaboração entre estados e municípios, no qual, especificamente, o ensino médio é campo de disputas, mais com relação ao financiamento do que com relação à responsabilidade de cada um dos entes na educação.

A participação social nos sistemas está garantida pela constituição de conselhos de saúde e de educação ainda muito distantes do seu papel de controle social, garantido na Constituição Federal. Na saúde, a deliberação sobre a EPS ainda permanece no nível de análise de projetos, e, na educação, o Conselho exerce um papel centralmente normativo na regulação de políticas públicas nacionais.

Ambos os colegiados não apresentam ainda potência suficiente para fazerem o enfrentamento com o setor privado ou o tensionamento necessário à transformação dos modelos de atenção à saúde ou de formação dos seus trabalhadores.

Assim, o caminho metodológico percorrido permitiu demonstrar nossa hipótese, a partir da análise de documentos legais e escuta dos agentes formuladores das políticas de EPS, membros dos Conselhos de Saúde e de Educação. Confirmamos nossa hipótese de que as contradições dos campos da saúde e da educação refletem-se nas políticas públicas, dificultando a transformação dos modelos de atenção e de formação dos trabalhadores do nível médio.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz. A dinâmica federativa da educação brasileira; diagnóstico e propostas de aperfeiçoamento. In: OLIVEIRA, Romualdo Portela; SANTANA, Wagner. *Educação e Federalismo no Brasil: combater as desigualdades, garantir a diversidade*. Brasília: UNESCO, 2010.

AMÂNCIO FILHO, Antenor; ALMEIDA, José Luiz Telles de. Ensino profissionalizante em saúde. *Boletim Técnico do Senac* - v. 21, n. 1, jan./abr. 1995.

ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. Condicionantes Locais da Descentralização das Políticas de Saúde. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (org.). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2007. p. 173-204.

BAHIA, Ligia. O Sistema de Saúde Brasileiro no Século XXI: narrativas, mitos e críticas. In: GUIMARÃES, Cátia; BRASIL, Isabel; MOROSINI, Márcia Valéria. *Trabalho, Educação e Saúde: 25 anos de formação politécnica no SUS*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010. p. 73-87.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. O Direito à Saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: ESCOLA POLITÉCNICA JOAQUIM VENÂNCIO (org.). *Textos de Apoio em Políticas de Saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p.11-42.

BARATA, Rita Barradas. Desigualdades sociais e saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2006. p.457-486.

BATISTELLA, Carlos. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Anamaria D'Andrea. *O Território e o Processo Saúde Doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.51-86.

BRAGA, Ialê Falleiros. *Entidades empresariais e a política nacional de saúde: da cultura de crise à cultura da colaboração*. 2012. 186 f Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012. Orientador: Sarah Escorel, Ligia BAHIA.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. 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 União*, Brasília, DF, 20/09/1990a.

_____. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências

intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31/12/1990b.

_____. *Lei 11.751*. Ministério da Educação. Altera dispositivos da Lei 9394, de 20/12/96, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para redimensionar, institucionalizar e integrar as ações da educação profissional técnica de nível médio, da educação de jovens e adultos e da educação profissional profissional e tecnológica. *Diário Oficial da União*, 17/07/08.

_____. Ministério da Saúde. *Resolução 196/96* do Conselho Nacional de Saúde/MS. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, 10 de outubro de 1996.

_____. Ministério da Educação e Desporto. *Lei nº 9394*, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário [da] Republica Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 23 dez. 1996.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 198*, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário [da] Republica Federativa do Brasil*, Brasília, DF, fev.2004. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 648/* de 28 de março de 2006, *Série Pactos pela Saúde*, vol.4, p.63, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 1996*, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. *Diário [da] Republica Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 ago.2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde, 2009; v.9. Brasília: Ministério da Saúde. 2009. 64p.

_____. Ministério da Saúde. *Decreto 7508*, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. DF, 2011.

_____. Ministério da Educação. *PRONATEC*. Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego. 2012. Disponível em <<http://pronatec.mec.gov.br/index.php>>. Acesso em: 16 set. 2013.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina (ORG). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p.15-38.

CAMPELLO, Ana Margarida de Mello Barreto; LIMA FILHO, Domingos Leite. Educação Profissional. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França Lima

(ORG). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: ESPJV, 2009. p.175-182.

CARVALHO, Antônio Ivo de; BUSS, Paulo Marchiori. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In: GIOVANELLA, Ligia et al. (org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008. p. 247-281.

CASTRO, Ana Luisa Barros de; FAUSTO, Maria Cristina Rodrigues. A Política Brasileira de Atenção Primária à Saúde. In: MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faris; LIMA, Luciana Dias de. (org.). *Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 173-196.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação Permanente em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França Lima (org.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: ESPJV, 2009. p.162-68.

CHAUÍ, Marilena. *Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas*. Sob o signo do neoliberalismo. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2006. p. 311-339.

CIAVATTA, Maria; RAMOS, Marise. A “era das diretrizes”: a disputa pelo projeto de educação dos mais pobres. *Revista Brasileira de Educação*. v. 17, n.49, jan-abr 2012. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/rbe/rbe/rbe.htm>>. Acesso em: 09 ago. 2013.

CONSELHO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO. *CEED/RS*. [s.d]. Disponível em <<http://www.ceed.rs.gov.br/portal/index.php>>. Acesso em 01 ago. 2013.

CURY, Carlos Roberto Jamil. A questão federativa e a educação escolar. In: OLIVEIRA, Romualdo Portela; SANTANA, Wagner. *Educação e Federalismo no Brasil: combater as desigualdades, garantir a diversidade*. Brasília: UNESCO, 2010.

CZERESNIA, Dina. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: CZERESNIA, Dina (org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 38-53.

DAVINI, Maria Cristina. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde, 2009; v.9. Brasília: Ministério da Saúde. 2009. p. 39-63.

EVANGELISTA, Olinda. Algumas indicações para o trabalho com documentos. Departamento de Estudos Especializados em Educação, Centro de Ciências da Educação. Universidade Federal de Santa Catarina. Texto para discussão no *GEPETO- Grupo de estudos sobre Política, Educação e Trabalho*. Florianópolis/SC. Ago. 2003.

FRIGOTTO, Gaudêncio. Trabalho. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França Lima (org.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: ESPJV, 2009. p.399-404.

FRIGOTTO, Gaudêncio; CIAVATTA, Maria; RAMOS, Marise (org.); FERREIRA, Eliza Bartolozzi; GARCIA, Sandra; CORRÊA, Vera. *Ensino Médio Integrado: concepção e contradições*. São Paulo: Cortez, 2005a. 175p.

_____. A política de educação profissional no Governo Lula: um percurso histórico controvertido. *Educação e sociedade*. v.26; n.92. Campinas, SP. Out. 2005b. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-73302005000300017>> Acesso em 10 jul. 2013.

FRUTUOSO, Jurandi. A gestão do Sistema Único de Saúde. In: OLIVEIRA, Romualdo Portela; SANTANA, Wagner. *Educação e Federalismo no Brasil: combater as desigualdades, garantir a diversidade*. Brasília: UNESCO, 2010.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; MALDONADO, José Manoel Santos de Varge. Complexo Industrial da saúde: dinâmica de inovação no âmbito da saúde. In: GIOVANELLA, Ligia et al (ORG). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 247-281.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; COSTA, Laís Silveira. Saúde e Desenvolvimento Nacional: a gestão federal entre 2003 e 2010. In: MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. *Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 61-90.

GIOVANELLA, Ligia et al. (org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

GRAMSCI, Antônio. *Cadernos do Cárcere: Os intelectuais. O princípio educativo. Jornalismo*. Edição e tradução Carlos Nelson Coutinho; coedição, Luiz Sergio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004. v. 2.

KUENZER, Acacia Zeneida. A educação profissional nos anos 2000: a dimensão subordinada das políticas de inclusão. *Educação e Sociedade*. Campinas, v. 27, n. 96, out. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org>>. Acesso em: 28 jun. 2013.

LIMA, Julio Cesar França. *Política de saúde e formação profissional dos trabalhadores Técnicos de Enfermagem*. 2010. 438 f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana) – Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

LUCE, Maria Beatriz; SARI, Marisa Timm. O regime de colaboração na educação do Rio Grande do Sul. In: OLIVEIRA, Romualdo Portela; SANTANA, Wagner. *Educação e Federalismo no Brasil: combater as desigualdades, garantir a diversidade*. Brasília: UNESCO, 2010.

MACHADO, Maria Helena. Trabalho e emprego em saúde. In: GIOVANELLA, Ligia et al (ORG). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed.FIOCRUZ, 2008. p.309-330.

MACHADO, Maria Élide et al. A Formação do Técnico de Enfermagem para o SUS: a proposta da ETSUS/RS. In: VIAL, Sandra; PLEIN, Fátima de Barros; MACHADO, Maria Élide (COORD). *A Política de Educação Permanente em Saúde: avanços e desafios*. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul/ Escola de Saúde Pública, 2010. p. 124-32.

MÉSZAROS, Istvan. *Marx: a teoria da alienação*. Rio de Janeiro, Zahar, 1981. p. 261-279.

_____. *A educação para além do capital*. 2. ed. São Paulo. Boitempo. 2008. 124p.

MINAYO, Maria Cecília S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407 p.

MOROSINI, Márcia Valéria. *Educação e Trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010. 202p.

NORONHA, Jose Carvalho de; LIMA Luciana Dias de; MACHADO Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Ligia et al (org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 435-72.

OLIVEIRA, Romualdo Portela de; SOUSA, Sandra Zákia. Introdução. In: OLIVEIRA, Romualdo Portela de; SANTANA, Wagner. *Educação e Federalismo no Brasil: combater as desigualdades, garantir a diversidade*. Brasília: UNESCO, 2010.

PAIM, Jairnilson. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, Gustavo Corrêa; LIMA, Julio Cesar França (org.). *Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ. EPSJV, 2008a. p. 91-122.

_____. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Ligia et al. (org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2008b. p. 547-72.

PEREIRA, Isabel Brasil. Políticas de Saúde e Formação do Trabalhador. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org.). *Textos de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2005. p. 117-142. (Série Trabalho e Formação em Saúde).

PEREIRA, Isabel Brasil; RAMOS, Marise Nogueira. *Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 120 p.

PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França Lima. Educação Profissional em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França Lima (org.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: ESPJV, 2009. p.182-89.

PIRES, Denise. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, Maria Tereza (org.). *Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

PISTRAK, Mosey Mikhaylovich. *Fundamentos da escola do trabalho*. Tradução de Daniel Aarão Reis Filho. 3. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

PLEIN, Fátima de Barros et al. A educação permanente em saúde no Estado do Rio Grande do Sul: construindo encontros e apontando desafios. In: VIAL, Sandra; PLEIN, Fátima de Barros; MACHADO, Maria Élide (coord.). *A Política de Educação Permanente em Saúde: avanços e desafios*. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul/ Escola de Saúde Pública, 2010. p.09-35.

POULANTZAS, Nicos. *O Estado, o Poder e o Socialismo*. 4. ed. São Paulo, Graal, 2000. 272p.

RAMOS, Marise. *A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?* 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002. 320p.

_____. *Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, UFRJ, 2010. 290p.

_____. O Projeto Unitário de Ensino Médio sob os princípios do Trabalho, da Ciência e da Cultura. In: FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M.(ORG.). *Ensino médio: ciência, cultura e trabalho*. Brasília, DF MEC /SEMTEC, 2004. p. 37-52.

_____. A educação tecnológica como política de Estado. In: OLIVEIRA, Ramon de (ORG). *Jovens, ensino médio e educação profissional: políticas públicas em debate*. São Paulo: Papirus, 2012. 272 p.

_____. *Projetos de desenvolvimento no Brasil contemporâneo e desafios da educação profissional em saúde*. 2013. Mimeo.

RIO GRANDE DO SUL. *Lei Estadual n.º 10.097* de 31 de janeiro de 1994. Cria o Conselho Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e estabelece outras providências. 1994.

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual de Educação. *Resolução nº 276*, de 29 de janeiro de 2004. Estabelece procedimentos complementares aos pedidos de credenciamento de instituição de ensino e de autorização para funcionamento de curso técnico e de especialização de nível técnico. 2004a.

_____. *Resolução nº 279*, de 06 de outubro de 2004. Estabelece normas para a organização e realização de estágio de alunos da Educação Profissional Técnica de Nível Médio. 2004b.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Educação. Educação Profissional. Escolas Técnicas. *Relação das Escolas Técnicas*. Posição em 01/02/2012. Disponível em <<http://www.educacao.rs.gov.br>> Acesso em 01 ago. 2013.

_____. *Lei nº 11.452*, de 28 de março de 2000. Altera disposições da Lei nº 9.672, que dispõe sobre a composição, funcionamento e as atribuições do Conselho Estadual de educação, e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul*, de 20 de abril de 2000.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. *História da Enfermagem e sua relação com a saúde pública*. Goiânia: AB, 1999. 112p.

RODRIGUES, José. Educação Politécnica. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França Lima (org.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: ESPJV, 2009. p.168-74.

SANT'ANNA et al. A influência das políticas de educação e saúde nos currículos dos cursos de educação profissional técnica de nível médio em enfermagem. *Trab. Educ. Saúde*, v. 5 n. 3, p. 415-431, nov. 2007/fev. 2008.

SARI, Marisa Timm. *Regime de Colaboração Intergovernamental na Educação: a experiência do Rio Grande do Sul*. 2009. 199 f. Dissertação (Mestrado em Educação). - Faculdade de Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2009.

SAVIANI, Dermeval. *A nova lei da educação: trajetórias, limites e perspectivas*. 9. ed. Campinas, SP: Autores Associados, 2004. 242p. (Coleção Educação Contemporânea).

SAVIANI, Dermeval. Trabalho e Educação: fundamentos ontológicos e históricos. *Revista Brasileira de Educação*, v.12, n.34, p.152-180, jan-abr. 2007.

SOUZA, Donaldo Bello de; RAMOS, Marise Nogueira; DELUIZ, Neise. *Educação Profissional na Esfera Municipal*. São Paulo: Xamã, 2007. 80p.

STAUDT, Dirce. A interdisciplinaridade em atenção básica à saúde. *Boletim da Saúde*. v.22, n.1, p. 75-84, jan./jun. 2008.

TEIXEIRA, Carmen Teixeira (ORG); PAIM, Jairnilson Silva; VILLASBOAS, Ana Luiza. *Promoção e Vigilância da Saúde*. CEPS- ISC. Salvador, BA. 2002. 128p.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. *Estado capitalista e política social*. Association Latinoamericana de medicina social. Editorial Universidad de Antioquia. Departamento de Publicaciones. Julho de 1987.

TEIXEIRA, Marcia; OLIVEIRA, Roberta Goldim de; ARANTES. Mudanças nas políticas do Trabalho e da Educação em Saúde no Governo Lula. In: MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faris; LIMA, Luciana Dias de. (org.). *Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p.197-225

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dario Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p.531-562.

VIEIRA, Mônica. A Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org.). *Textos de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2005. p. 99-116. (Série Trabalho e Formação em Saúde).