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

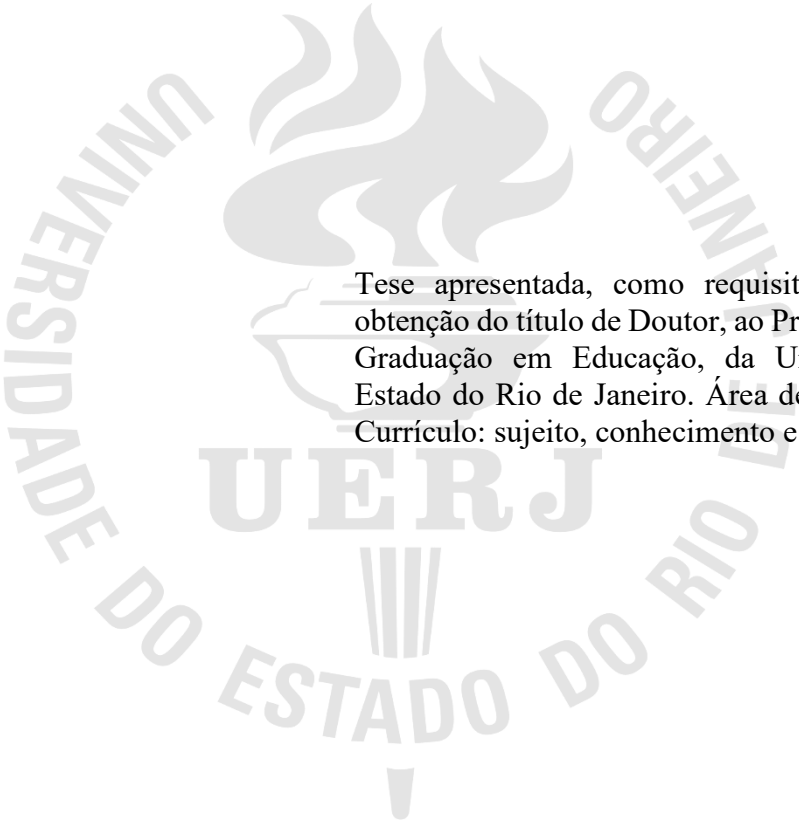
Carlos Eduardo Colpo Batistella

Herança e promessa na política curricular do Profaps: a subjetivação dos técnicos da saúde nos discursos da integração ensino-serviço e da profissionalização

Rio de Janeiro
2020

Carlos Eduardo Colpo Batistella

Herança e promessa na política curricular do Profaps: a subjetivação dos técnicos da saúde nos discursos da integração ensino-serviço e da profissionalização



Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Educação, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Currículo: sujeito, conhecimento e cultura.

Orientadora: Prof.a Dra. Alice Casimiro Lopes

Rio de Janeiro

2020

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

B333 Batistella, Carlos Eduardo Colpo.
Herança e promessa na política curricular do Profaps: a subjetivação dos técnicos da saúde nos discursos da integração ensino-serviço e da profissionalização / Carlos Eduardo Colpo Batistella. – 2020.
263 f.

Orientadora: Alice Casimiro Lopes.
Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Educação.

1. Educação – Teses. 2. Ensino profissional – Teses. 3. Currículos – Mudança – Teses. I. Lopes, Alice Casimiro. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Educação. III. Título.

es CDU 373.6

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

_____ _____

Assinatura Data

Carlos Eduardo Colpo Batistella

Herança e promessa na política curricular do Profaps: a subjetivação dos técnicos da saúde nos discursos da integração ensino-serviço e da profissionalização

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Currículo: sujeito, conhecimento e cultura

Aprovada em 23 de março de 2020.

Banca Examinadora:

_____
Profa. Dra. Alice Casimiro Lopes (Orientadora)
Faculdade de Educação – UERJ

_____
Profa. Dra. Elizabeth Fernandes de Macedo
Faculdade de Educação – UERJ

_____
Profa. Dra. Monica Vieira
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fiocruz

_____
Profa. Dra. Francini Lube Guizardi
Fiocruz Brasília

_____
Prof. Dr. Túlio Batista Franco
ISC - UFF

Rio de Janeiro

2020

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos aqueles que se engajam na educação
para ampliar as formas de significar o mundo
e descobrir o que ainda não sabem existir.

AGRADECIMENTOS

À Renata, amor da minha vida, com quem sonho e me reinvento;

Aos meus filhos Vitor Hugo, Alexandre e Joana, pelo incentivo constante e pela oportunidade de aprender enquanto se ensina;

Aos meus pais, cujo amor não se mede;

À minha orientadora Alice Casimiro Lopes, principal responsável pela inquietação intelectual que me acompanhou ao longo deste processo. Sua dedicação e seriedade na condução do grupo de pesquisa e a confiança depositada em meu trabalho aumentou bastante minha responsabilidade. Agradeço sobretudo por nos mostrar (com Laclau) que perder o chão pode ser uma oportunidade de aprender a nadar;

À Elizabeth Macedo, com quem tanto aprendi e ainda me surpreendo, pelo apoio e inspiração em tantos momentos dessa trajetória. Agradeço também pela oportunidade de realização do estágio de doutoramento sanduíche no Projeto CAPES/FCT "Currículo, Política e Cultura";

Aos professores Francini Guizardi e Túlio Batista Franco, por terem aceito o convite e estabelecido um diálogo instigante com a temática e as questões que minha investigação propõe;

À Mônica Vieira, minha querida amiga, pela leitura cuidadosa e o diálogo estabelecido; pelas muitas conversas sobre a vida, o trabalho e os trabalhadores da saúde;

À professora Adriana Cavalcanti Aguiar, por ter composto a suplência da banca;

Às professoras Rosanne Evangelista Dias e Rita Frangella, pelas iluminadas e sempre bem humoradas discussões sobre o campo do currículo e a formação docente;

A todos colegas do grupo de pesquisa de Políticas Curriculares com quem tive o privilégio de conversar, aprender e me divertir. Um grupo tão grande quanto dinâmico, tão amplo, quanto acolhedor. Um grupo em trânsito, com o qual me sinto comprometido;

À profa. Isabel Menezes, coordenadora em Portugal do Projeto CAPES/FCT "Currículo, Política e Cultura" e minha orientadora na Faculdade de Educação da FPCEUP/UPorto, pelo aprendizado e o doce acolhimento no grupo de investigação;

Aos colegas do Grupo de Investigação "Políticas, Comunidades e Participação" – PCP e demais integrantes do Centro de Investigação e Intervenção Educativas – CIIE, da Universidade do Porto, pelos ricos momentos de troca de conhecimentos, experiências de pesquisa e afetos.

Aos colegas do Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde (LAVSA/EPSJV) e do Núcleo de Tecnologias Educacionais (NUTED/EPSJV), onde desenvolvi a maior parte de minha trajetória profissional;

Aos queridos colegas do Setor de Gestão de Pessoas da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Alexsander Mendes Macedo, Carla Monique de Souza, Mayrilan Rolin dos Reis e Shirley Tricarico, pela atenção, cuidado e competência demonstradas em diversos momentos desse processo;

Aos amigos e colegas da EPSJV, companheiros de trabalho e de luta pela saúde e pela educação, com quem aprendi e sigo aprendendo;

Agradeço aos funcionários e à coordenação do PROPED pelo apoio e presteza nas solicitações administrativas e acadêmicas;

À Fundação Oswaldo Cruz e à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, pelo apoio e suporte dados em todo processo;

À Universidade do Estado do Rio de Janeiro, instituição que pulsa e vibra pela força transformadora da inclusão;

Ao Programa de Pós Graduação em Educação – ProPEd, pela excelência na pesquisa e na formação;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES e à Fundação para a Ciência e Tecnologia – FCT (Portugal), pelo apoio nesta investigação.

Não há aqui, então, uma negação da herança, um dizer não à herança, uma destruição da herança, um deixar de lado a herança. Trata-se, sobretudo, da diferença entre uma herança quieta, imóvel, e uma herança que há de se movimentar e que nos empurra para um outro lugar, para um lugar que nós não sabemos, para um lugar não conhecido, para o lugar do não-conhecimento.

Carlos Skliar - Derrida & a Educação (2005, p.22).

RESUMO

BATISTELLA, Carlos Eduardo Colpo. **Herança e promessa na política curricular do Profaps:** a subjetivação dos técnicos da saúde nos discursos da integração ensino-serviço e da profissionalização. 2020. 263 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

Esta tese tem como temática central as políticas curriculares de educação profissional de nível médio em saúde, e compreende a investigação dos processos de subjetivação dos técnicos a partir dos discursos hegemônicos no Profaps. Assumindo uma perspectiva pós-estrutural, busco na Teoria do Discurso de Laclau e Mouffe e na desconstrução de Derrida os aportes para entender a política como ontologia do social. Com a apropriação destes registros ao campo do currículo, principalmente pelos trabalhos de Alice Casimiro Lopes e Elizabeth Macedo, as políticas curriculares são interpretadas como luta pela significação do que vem a ser o currículo, a educação e a saúde. Detenho meu interesse na investigação de duas formações discursivas que hegemonizaram a formação técnica em saúde nas últimas décadas e que emergem (im)possibilitadas pelo antagonismo ao discurso flexneriano e ao trabalho não qualificado: a integração ensino-serviço e a profissionalização. Como textualidades da política, foram investigados documentos assinados na esfera oficial, revistas jornalísticas de comunidades políticas e publicações acadêmicas. Na reativação das contingências que propiciaram a sedimentação destes discursos, destaco a herança como condição de emergência do Profaps e a estrutura de promessa como parte de uma lógica política que busca suturar a falta constitutiva da objetividade social. Argumento que tais discursos não promovem aquilo que pretendem afirmar. Pelo contrário, ao atribuírem à formação o poder fantasmático de realizar a mudança do modelo de atenção e a profissionalização, insistem em dar um conteúdo normativo para o currículo e subjetivam os técnicos como agentes improváveis da mudança do modelo de atenção, como trabalhadores subordinados e profissionais competentes nos marcos do gerencialismo. Afirmo que a integração ensino-serviço na formação de técnicos é sustentada pela construção discursiva da impossibilidade de os trabalhadores ausentarem-se de suas atividades para os processos formativos, constituindo-se num arranjo precário que disputa os espaços da rotina dos serviços e privilegia a dimensão prática do saber-fazer. Argumento que o discurso da profissionalização envolve um messianismo escatológico que anuncia a emancipação, a eficiência e a qualidade via desenvolvimento de competências. Por meio de uma operação metonímica, a profissionalização é reduzida à formação, apagando ou excluindo as demais dimensões dessa significação. A tentativa de superar a matriz disciplinar favorece a articulação do discurso da integração ensino-serviço com a pedagogia das competências, hegemonizando os sentidos da profissionalização. Na defesa da mudança na formação, as tradições da saúde coletiva e do modelo biomédico gerencialista são deslocadas, articulando-se em defesa da normatividade dos currículos e da centralidade dos conhecimentos. Questiono a possibilidade de se estabelecer fundamentos epistemológicos e identitários capazes de suturar, de uma vez por todas, a adequação de conteúdos e de perfis profissionais às necessidades de saúde. Defendo, pelo contrário, que a política não deve ser entendida apenas como a produção de um centro, a fixação de um sentido, mas também como produção da instabilidade, de linhas vazantes de significado, de novas articulações hegemônicas e novas possibilidades de ser profissional.

Palavras-chave: Políticas curriculares. Integração Ensino-Serviço. Profissionalização. Profaps. Teoria do Discurso. Capacitação profissional. Identidades profissionais.

ABSTRACT

BATISTELLA, Carlos Eduardo Colpo. **Heritage and promise in Profap's curricular policy:** the subjectivation of health technicians in the discourses of teaching-service integration and professionalization. 2020. 263 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

This thesis has as its central theme the curricular policies of middle-level professional education in health, and comprises the investigation of the processes of subjectivation of technicians from the hegemonic discourses in Profaps. Assuming a post-structural perspective, I seek in the Discourse Theory of Laclau and Mouffe and in the deconstruction of Derrida the contributions to understand politics as ontology of the social. With the appropriation of these records to the field of curriculum, mainly by the works of Alice Casimiro Lopes and Elizabeth Macedo, curricular policies are interpreted as a struggle for the meaning of what is the curriculum, education and health. I hold my interest in the investigation of two discursive formations that have hegemonized technical training in health in recent decades and that emerge (im)made possible by antagonism to flexnerian discourse and unskilled work: integration education-service and professionalization. As textualities of politics, documents signed in the official sphere, journalistic journals of political communities and academic publications were investigated. In reactivating the contingencies that provided the sedimentation of these discourses, I highlight the inheritance as an emergency condition of Profaps and the promise structure as part of a political logic that seeks to suture the constitutive lack of social objectivity. I argue that such discourses do not promote what they intend to affirm. On the contrary, by attributing to training the fantasmatic power of performing the change of the care model and professionalization, they insist on giving a normative content to the curriculum and subjective technicians as unlikely agents of change of the care model, subordinate workers and competent professionals in the frameworks of managerialism. I state that the teaching-service integration in the training of technicians is supported by the discursive construction of the impossibility of workers absent from their activities for the formative processes, constituting a precarious arrangement that disputes the spaces of the routine of services and privileges the practical dimension of know-how. I argue that the discourse of professionalization involves an eschatological messianism that announces emancipation, efficiency and quality through skills development. Through a methonicmic operation, professionalization is reduced to training, erasing or excluding the other dimensions of this meaning. The attempt to overcome the disciplinary matrix favors the articulation of teaching-service integration discourse with the pedagogy of skills, hegemonizing the meanings of professionalization. In the defense of change in training, the traditions of collective health and the managerial biomedical model are displaced, articulating in defense of the normativity of curricula and the centrality of knowledge. I question the possibility of establishing epistemological and identity foundations capable of suture, once and for all, the adequacy of professional contents and profiles to health needs. I argue, on the contrary, that politics should not be understood only as the production of a center, the fixation of a sense, but also as production of instability, of lines leaking meaning, new hegemonic articulations and new possibilities of being Professional.

Keywords: Curricular policies. Teaching-Service Integration. Professionalization. Professional training. Profaps. Discourse Theory. Professional training. Professional identities.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abemp	Associação Brasileira de Enfermeiros e Massagistas Práticos
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
Abrasco	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACE	Agentes de Combate às Endemias
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRD	Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
BNCC	Base Nacional Curricular Comum
CAGED	Cadastro Geral de Empregados e Desempregados
Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CD	Cirurgião Dentista
CEB	Câmara de Educação Básica
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEE	Conselho Estadual de Educação
CEFOR	Centro Formador
CENDRHU	Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos

CFE	Conselho Federal de Educação
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CIES	Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNCT	Catálogo Nacional de Cursos Técnicos
Cofen	Conselho Federal de Enfermagem
CONACS	Confederação dos Agentes Comunitários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
EPTNMS	Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Saúde
ETSUS	Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde
FBH	Federeção Brasileira de Hospitais
Febraplan	Federação Brasileira de Planos de Saúde
IDA	Integração Docente-Asistencial
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MEC	Ministério da Educação

MPT	Ministério Público do Trabalho
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
Opas	Organização Panamericana de Saúde
PAC-Saúde	Programa de Aceleração do Crescimento na Saúde
PDRI	Projetos de Desenvolvimento Rural Integrado
PECS	Programas de Extensão de Cobertura
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PLE	Projeto Larga Escala
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
Profae	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Enfermagem
Profaps	Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde
Proformar	Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde
Promed	Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
RET-SUS	Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores do SUS
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SEMTEC	Secretaria de Ensino Médio e Tecnológico

SGTES	Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TD	Teoria do Discurso
THD	Técnico de Higiene Dental
TSB	Técnico de Saúde Bucal
UNI	Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde
Ver-SUS	Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 15

1 **A POLÍTICA CURRICULAR EM PERSPECTIVA DISCURSIVA** 34

1.1 **Política como ontologia do social** 34

1.1.1 A teoria do discurso de Ernesto Laclau: antagonismo, demandas e articulação 40

1.1.2 A desconstrução em Derrida: indecidibilidade e tradução 47

1.2 **Políticas curriculares como prática de significação** 55

1.3 **Contingência e processos de subjetivação: as identidades sob rasura** 65

2 **FORMAÇÕES DISCURSIVAS NAS POLÍTICAS CURRICULARES EM SAÚDE** 75

2.1 **O discurso anti-flexneriano: a ameaça que nos une** 77

2.2 **O discurso da integração ensino-serviço (e suas substituições metonímicas)** ... 88

2.2.1 IDA, UNI, UNIDA, Educação Permanente: emergência e sedimentação do discurso de integração 88

2.2.2 A estrutura de promessa da integração: messianismo 101

2.2.3 De princípio à condição: quando a integração ensino-serviço se converte no *ensino em serviço* 107

2.3 **Profissionalização: a promessa sonegada** 119

2.3.1 A profissionalização nos limites das abordagens sociológicas: para além do essencialismo 121

2.3.2 Disputas pela significação do profissional nas políticas curriculares de formação em saúde 126

3 **POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL TÉCNICA DE NÍVEL MÉDIO EM SAÚDE** 142

3.1 **A espectralidade da política** 142

3.1.1 A formação profissional em saúde significada como problema e objeto da política 145

3.1.2 O Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde - PPREPS 148

3.1.3 O Projeto Larga Escala (PLE) 152

3.1.4 O Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Enfermagem (Profae) 159

3.1.5 A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) 170

3.2 **Profaps: herança, demandas, redes políticas** 174

3.2.1 O contexto de emergência da política: demandas e articulações 175

3.2.2 Financiamento e ações de fortalecimento das ETSUS 181
3.2.3 A proposta pedagógica: princípios, competências e diretrizes 186
3.2.4 As experiências de implementação 193
3.2.5 De que herança? 195
4 **SUBJETIVAÇÃO DOS TRABALHADORES TÉCNICOS NOS DISCURSOS DO PROFAPS** 197
4.1 **Vocacionalismo, subordinação e a ética do cuidado: os caminhos da subjetivação** 197
4.2 **Integração ensino-serviço e o trabalho reduzido à prática: os trabalhadores como agentes de mudança** 206
4.3 **Em busca do trabalhador eficiente: a profissionalização nas derivas do profissionalismo** 217
CONSIDERAÇÕES FINAIS 230
REFERÊNCIAS 241
APÊNCICE - Documentos consultados 260

INTRODUÇÃO

Na terrível batalha do ser humano com a natureza (e com os próprios humanos), muitas explicações foram dadas ao adoecimento, muitas observações realizadas, muitos conhecimentos produzidos. Do temor e fascínio pelo incompreensível à busca tecnológica pela vida prolongada/eterna, o ser humano traçou uma árdua luta contra as doenças e aventurou-se a sondar os caminhos para a promoção da saúde. Rezas e práticas, mapas e teorias, rituais e condutas, fármacos e técnicas foram desenvolvidas. Errante, sua trajetória está longe de qualquer linearidade. Muitas crenças, filosofias e hipóteses mantêm-se válidas e procuram desvendar os mistérios da saúde perfeita. A medicina, prática milenar de múltiplas racionalidades e tradições, herança de curandeiros, desvenda o corpo e suas relações: descreve e registra, contabiliza e interpreta, experimenta e prescreve, organiza. Da clínica à medicina social, o poder médico afirma-se como discurso que dá sentido e objetividade ao social. Intervém nas cidades, estabelece obrigatoriedades, controla os pobres, faz política.

Fonte de poder normativo e disciplinador, o conhecimento médico se estabelece na estreita relação entre saber/poder que remonta as escolas Ayurvedas de Charaka e Sushruta, na Índia; a escola de Cós de Hipócrates, na Grécia; a Isfahan de Ibn Sina (Avicena), na Pérsia. Nelas, o acesso e o estudo dos cânones, a observação e a prática supervisionada preparavam os iniciados. A institucionalização da prática médica, no final do século XVIII, logo exige a definição de critérios e normas de controle do exercício profissional (FOUCAULT, 1982). Assim como o desenvolvimento da própria ciência, a formação de novos médicos - e de todas as atividades profissionais derivadas - passa a objeto de preocupação das sociedades e corporações. O debate em torno *do quê* e *como* ensinar ocupa os corredores das universidades e as antessalas governamentais. Configuradas como objeto da política, as propostas curriculares no campo da saúde carregam, pois, os *rastros*[1] de sentidos de múltiplas intervenções e

[1] "Tendo aparecido pela primeira vez no livro publicado em 1967, *Gramatologia* para dar conta do movimento da escritura*,* noção derridiana que aponta para aquele transbordamento do conceito de linguagem, o rastro é um quase-conceito ou indecidível que nasce da necessidade do pensamento aprender a operar em diferença radical ao sistema filosófico tradicional. Ao passo que este privilegia conceitos, como os de verdade, origem, presença, essência, unidade, totalidade, consciência, em detrimento ao seus "opostos" – falsidade, não-origem, ausência, inconsciência, o pensamento de Jacques Derrida propõe a impossibilidade de conceitualização: o rastro é um operador textual derridiano que, desprovido de "conceito", estrutura os textos do filósofo de maneira dinâmica e atua na e pela diferença que não poderia ser pensada senão através do rastro. A diferença, que constitui um sistema, isto é, um sistema de diferenças não pode mais ser pensada como um sistema entre coisas diferentes que antes de serem confrontadas já existiam em si mesmas, como coisas presentes a si mesmas. Toda presença mostrar-se-á, sempre, como um efeito do diferenciamento" (HERMES, 2013, p.235). Essa noção merecerá maior atenção no capítulo 3.

perspectivas que disputaram e disputam a significação sobre as formas de conceber e produzir saúde/doença e cuidado.

Também eu me vi a debater estes temas e a percorrer os corredores com a ansiosa busca de respostas. Minha graduação em odontologia na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – um tanto atípica, reconheço - foi pontuada pela aproximação com as propostas da saúde coletiva, perspectiva que se fortalecia com a implementação das Ações Integradas de Saúde (AIS) e a organização de um sistema unificado de saúde.

Formado em meio à efervescência do processo de redemocratização, minha graduação foi concluída nos anos em que o SUS foi criado; vivi intensamente o debate de ideias que o movimento sanitário promovia para dar sustentação teórica, técnica e política à desejada mudança do modelo de atenção. Da universidade à especialização em saúde pública na ENSP/Fiocruz, fui articulando de modo mais consistente as questões filosóficas e políticas que me mobilizavam. Anos mais tarde, já como professor na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), a docência na formação de jovens e de adultos trabalhadores de nível médio da saúde acrescentou a essa trajetória os desafios da construção interdisciplinar dos saberes, da reflexão sobre aprendizagem e avaliação, os questionamentos da divisão técnica e social do trabalho e as incertezas da construção curricular. Minha experiência/trajetória no planejamento e avaliação de disciplinas, cursos, na discussão do projeto político-pedagógico da escola, no desenho de materiais didáticos e propostas curriculares nacionais foi produzindo um incômodo crescente com os aspectos prescritivos do currículo, a sua pretensão de universalidade e de normatização da subjetividade dos estudantes. Foram muitos os momentos de discussão em que me vi – e a meus colegas - buscando responder à questão de que profissional devíamos formar, qual o perfil adequado/necessário/apropriado ao contexto de consolidação do SUS? Que conhecimentos permitiriam tal formação? Quais os arranjos metodológicos mais potentes para seu desenvolvimento e, ao mesmo tempo, abertos às múltiplas experiências educativas?

Esse dilema permanece na pauta dos debates mais acalorados. No mais das vezes, tende a se encaminhar para uma definição de atributos desejáveis ao trabalhador – uma identidade –, com a qual corresponderia uma proposta curricular e um processo pedagógico que, quase invariavelmente, se converte em uma seleção de conhecimentos e experiências supostamente capazes de promover tal construção identitária. Penso, no entanto, que é justamente aí, nessa tentativa de fechar, de fixar de uma vez por todas a identidade dos trabalhadores da saúde, seja qual for a sua ocupação, que reside o problema com o qual procuro me ocupar nesta investigação.

Não se trata de deixar de fazer a pergunta, mas, sobretudo, de reconhecer a impossibilidade de se obter uma resposta única, definitiva, geral e aplicável a todos os contextos, de modo independente das contingências. Trata-se de "refutar a possibilidade de que esses fundamentos sejam dados previamente por algum princípio racional que se sobreponha à política e à argumentação pelo razoável" (LOPES e BORGES, 2015). Busco, portanto, estabelecer uma crítica à essencialização nos currículos da saúde e à ideia de que possam ser encontrados fundamentos definitivos e necessários à formação nas diferentes atividades profissionais da área.

Não estou alheio ao desconforto que uma crítica desta natureza pode proporcionar, uma vez que o questionamento à normatividade dos currículos em uma área cujo objeto último é a preservação da vida, não tende a ser recebido sem graves objeções. Ainda que reconheça que a correta execução das técnicas, a sensibilidade no cuidado, a complexidade do diagnóstico e a capacidade de decidir eticamente a melhor conduta demandam a mobilização de uma série de conhecimentos, habilidades, práticas, valores que não podem ser negligenciados - sob o risco de se promover a iatrogenia e a irresponsabilidade no exercício profissional -, não há nenhuma garantia de que os currículos sejam capazes de promovê-los, tampouco de que estas práticas sejam as melhores ou que se apliquem inquestionavelmente a todas as situações e contextos.

Convém lembrar que a própria filosofia da ciência vem produzindo o questionamento da ideia de verdade científica nestes termos, seja por meio da falseabilidade popperiana, das rupturas paradigmáticas de Thomas Kuhn, da epistemologia de Gaston Bachelard, dos regimes de verdade foucaultianos ou mesmo da ecologia de saberes de Boaventura Santos. Do mesmo modo, o próprio campo da saúde tem sido espaço de embate entre diferentes visões e perspectivas sobre a saúde e a doença, bem como sobre as relações entre estas e os modelos de desenvolvimento.

Ainda que os conhecimentos e técnicas representem sedimentações[2] importantes no processo de significação dos campos profissionais, sua relativa estabilização decorre de

[2] Em sua teorização, Ernesto Laclau recupera as noções husserlianas de *sedimentação* e *reativação*, desenvolvendo-as em direção distinta daquela perspectiva fenomenológica. Para Husserl, a prática de uma disciplina científica envolve uma rotinização em que os resultados de investigações anteriores tendem a ser tomados como verdadeiros. A relação com eles tende a ser reduzida a uma simples manipulação, e a intuição em que esses resultados se deram originalmente é totalmente esquecida. Para Laclau, o momento da instituição original do social é o momento em que se mostra sua contingência, uma instituição que só é possível através da repressão de alternativas que estavam igualmente abertas: "Na medida em que um ato de instituição é bem-sucedido ou exitoso, tende a produzir-se um "esquecimento das origens"; o sistema de possibilidades alternativas tende a desaparecer e os traços da contingência original serem apagados. Desta forma, o instituído tende a assumir a forma de uma mera presença objetiva. Este é o momento da *sedimentação*. É importante ver que este apagamento envolve uma ocultação. Se a objetividade é baseada na exclusão, os traços desta exclusão estarão sempre presentes de uma forma ou de outra. O que acontece é que

processos hegemônicos, articulados em meio a relações de poder que atuaram/atuam na expulsão das demais alternativas presentes no momento político do antagonismo. Se acompanharmos a filosofia política de Ernesto Laclau e Chantal Mouffe (LACLAU e MOUFFE, 2015a; MOUFFE, 2015), questionando o privilégio dos aspectos ônticos da política (referente às práticas e instituições), e apostarmos na revitalização das dimensões ontológicas da política, "vinculadas ao espaço público no qual vigoram os antagonismos e conflitos que constituem as sociedades" (LOPES, 2011, p.28), os modelos de cuidado e de intervenção na saúde resultam precários, em permanente disputa. Consequentemente, a formação profissional também se apresenta como resultante de processos de hegemonização.

Ainda assim, poderíamos nos perguntar: o que está sendo garantido com a tentativa de fixação de identidades nos currículos da formação técnica em saúde? Ou, dito de outra forma, quais os efeitos da normatização curricular realizada *em nome* da qualidade, da segurança, da eficiência ou da mudança das práticas?

Vejo algumas interpretações possíveis para a abordagem destas questões: uma primeira, que concebe, tal como discutido por Canguilhem (2005, 2006), Foucault (1980, 1982, 1984, 1988) e Judith Butler (2009, 2017), a normatividade dos currículos em saúde como iteração da perspectiva biologicista e mecanicista do modelo biomédico. A formação em saúde, assim, estaria implicada na reinstauração das normas de inteligibilidade socialmente instituídas, na disciplinarização dos corpos, no controle do desejo, na medicalização da saúde e na normalização do social. A formação profissional, por sua vez, representaria um "enquadramento normativo" (BUTLER *apud* MACEDO, 2017), uma senha de acesso ao "domínio privado do conhecimento como conteúdo" que garantiria o reconhecimento (MACEDO, 2017) no interior da profissionalidade.

Uma segunda perspectiva interpretativa, não necessariamente descolada da anterior, vincula o controle normativo dos currículos da formação profissional à instalação de novas tecnologias de política na reforma do Estado, como sugere Stephen Ball. Assim, a normatividade apresenta-se como um instrumento a favor da expansão do gerencialismo em

---

a sedimentação pode ser tão completa, o privilégio de um dos pólos da relação dicotômica ser tão efetivo, que o caráter contingente deste privilégio, sua dimensão original de poder, não resulta imediatamente visível. É assim que a objetividade é constituída como mera presença" (LACLAU, 2000, p.51). Para Laclau, as formas sedimentadas de "objetividade" constituem o campo do "social", enquanto o momento do antagonismo, em que se faz plenamente visível o caráter indecidível das alternativas e sua resolução através de relações de poder é o que constitui o campo "político". A *reativação*, portanto, consistiria não em um retorno às origens, mas na redescoberta de novos antagonismos, do caráter contingente da pretendida objetividade, a compreensão histórica dos atos originais de instituição: "a dessedimentação do social consiste em mostrar sua essência política" (LACLAU, 2000, p.223).

saúde, na medida em que reduz a educação profissional ao ensino de competências e ao desenvolvimento de um profissionalismo de tipo liberal.

Como modelo de gestão, o gerencialismo opera sob a lógica da eficiência dos serviços, produzindo efeitos na subjetividade dos trabalhadores e na organização dos processos de trabalho. A contratualização de resultados, expressos em indicadores de produtividade e avaliações de desempenho dos sistemas de saúde, promove a substituição do planejamento local, baseado nas necessidades e singularidades de cada contexto, pelo cumprimento de metas baseadas em parâmetros objetivos e mensuráveis. Tal modelo de gestão sustenta um currículo pautado na mesma lógica de identidades fixas e ao mesmo tempo é sustentado por práticas que supõem que o planejamento racional e estruturado é a base da qualidade da formação e, consequentemente, dos serviços a serem oferecidos à população.

Nos termos de Dardot e Laval (2015, p.283), essa perspectiva favorece o desenvolvimento de uma nova "racionalidade neoliberal como uma razão governamental (...) uma articulação estratégica entre formas de governo da conduta dos outros com formas de autogoverno", um "sistema normativo que ampliou sua influência ao mundo inteiro, estendendo a lógica do capital a todas as relações sociais e a todas as esferas da vida" (DARDOT; LAVAL, 2016). Na produção de subjetividades empreendedoras de si, a concorrência torna-se a norma de conduta do sujeito-empresa e a responsabilização individual pelas consequências de suas escolhas produz a internalização do controle e a sedimentação dessa lógica. Nos currículos da formação profissional, o estabelecimento de marcos de competências – conhecimentos, habilidades, valores e atitudes – cria condições de mercado para a expansão dos cursos privados. Do mesmo modo, ao elevar a qualificação de milhares de profissionais, a ampliação da oferta nas instituições públicas tende a favorecer a concorrência, atração e a mobilidade desses trabalhadores no mercado de trabalho.

Uma terceira força na disputa dos projetos normativos de currículo para a formação em saúde é aquela que se vincula à trajetória de lutas da saúde coletiva pela mudança do modelo de atenção à saúde. Os projetos críticos, assentados na apropriação das ciências sociais e humanas ao campo da saúde, produziram uma releitura política e social de campos disciplinares como a epidemiologia, o planejamento e a própria clínica. Em termos laclaunianos, a constituição de sua identidade enquanto movimento sanitário se dá no antagonismo ao modelo privatista biomédico, no combate à formação flexneriana[3], caracterizada pela abordagem

[3] Abraham Flexner publica em 1910 um estudo sobre a educação médica norte-americana, cujo título - *Relatório Flexner* - consagra o nome de seu autor, que termina por revolucionar o conceito de universidade em todo o mundo. De acordo com Naomar de Almeida Filho, no Brasil, no entanto, devido à omissão ou

individual, biologicista, medicalizante e voltada à especialização precoce. Como contraponto, projeta a formação de profissionais críticos, generalistas, voltados para a atenção integral à saúde. Na tentativa de fixação de novas identidades, esta perspectiva também aposta na construção de um currículo *capaz de*, seja por meio da adoção de currículos integrados, pela seleção de "conteúdos orientados para a realidade social" (SAIPPA-OLIVEIRA *et al,* 2011), seja pela valorização do cotidiano como "lócus privilegiado de construção da integralidade em saúde" (PINHEIRO; MATTOS, 2003).

De certa forma, essas questões já estavam presentes no período de criação do SUS. Até aquele momento, ou mais precisamente, até o início da década de 1980, a formação de trabalhadores de nível elementar, auxiliar e técnico na saúde era feita por meio de treinamentos realizados em serviço, de modo episódico, em cursos de curta duração, voltados ao domínio de técnicas específicas. Com a emergência do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), buscou-se a reorganização do modelo de atenção e a recomposição das práticas de saúde, na perspectiva de substituição do modelo biomédico, hospitalocêntrico, de ênfase individual e curativa, pelo modelo da saúde coletiva, baseado na atenção integral à saúde e no enfrentamento intersetorial e interdisciplinar dos determinantes sociais do processo saúde-doença.

Nesse contexto, a formação dos trabalhadores da saúde adquire dimensão estratégica, figurando como tema de debates e conferências, mobilizando diferentes demandas pela atualização e organização de currículos que busquem responder à questão dos perfis profissionais a serem formados. O discurso da necessidade de mudança na formação dos profissionais da saúde reverberou amplamente, com efeitos sobre a elaboração de referenciais e diretrizes curriculares nacionais, a emergência de programas formativos e a produção de políticas específicas. Diversos sentidos foram postos em circulação na disputa pela significação da reforma curricular.

---

ocultamento dos eixos principais do relatório reformador de Flexner – entre eles, a denúncia do isolamento e autossuficiência das faculdades de medicina em relação à instituição universitária – sua recepção não teve tamanho entusiasmo. Pelo contrário: "Flexner teria produzido uma matriz disciplinar e pedagógica que veio a se chamar de Modelo Flexneriano (alguns autores chegam a falar de um paradigma biomédico flexneriano). Do ponto de vista conceitual, reiteradamente identificam-se, no modelo flexneriano, diversos elementos (ou defeitos): perspectiva exclusivamente biologicista de doença, com negação da determinação social da saúde; formação laboratorial no Ciclo Básico; formação clínica em hospitais; estímulo à disciplinaridade, numa abordagem reducionista do conhecimento. Do ponto de vista pedagógico, o modelo de ensino preconizado por Flexner é considerado massificador, passivo, hospitalocêntrico, individualista e tendente à superespecialização, com efeitos nocivos (e até perversos) sobre a formação profissional em saúde. Do ponto de vista da prática de saúde, dele resultam os seguintes efeitos: educação superior elitizada, subordinação do Ensino à Pesquisa, fomento à mercantilização da medicina, privatização da atenção em saúde, controle social da prática pelas corporações profissionais". (ALMEIDA FILHO, 2010, p.2235).

Apesar da relevância conferida aos técnicos nos textos das políticas, a expansão e diversificação dos postos de trabalho e a "explosão" das matrículas não se fizeram acompanhar de um processo de qualificação mais ampla. A deterioração das condições de trabalho, a diminuição da proteção jurídica dos trabalhadores e a frustração de suas expectativas de reconhecimento se somaram às intensas disputas quanto aos sentidos da profissionalização nas políticas curriculares. Para diversas categorias, a integralização da formação tem sido sistematicamente inviabilizada. A prioridade dada à oferta de cursos introdutórios (de 40 h) ou de módulos iniciais (em média de 400 h), em detrimento da formação técnica de nível médio[4], por exemplo, indica que a interpretação da política não cessa, que não há um sentido original a reivindicar, mas uma disputa constante pela sua significação.

Estas observações preliminares integram os pressupostos desta pesquisa, cujo objetivo é investigar os processos de subjetivação dos trabalhadores técnicos da saúde a partir dos discursos da integração ensino-serviço e da profissionalização enunciados no âmbito da política curricular do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio da Área da Saúde (Profaps).

Considerando as noções de articulação discursiva (hegemônica) entre demandas como uma equivalência marcada pela diferença e (im)possibilitada pelo antagonismo, como proposto pela teoria do discurso de Laclau e Mouffe, busco compreender como as políticas curriculares de formação técnica têm procurado fixar as identidades dos trabalhadores técnicos da saúde. Nesse sentido, tenho como fio condutor deste percurso as seguintes questões: Quais as demandas envolvidas na hegemonização destes discursos? Como se deu a formação das fronteiras antagônicas? O que estes discursos procuram resolver? Contra o que se posicionam? Em torno de que significante se deu a articulação equivalente das demandas? Como se deu a expansão das cadeias de equivalência? Qual sua unificação simbólica? Como operam os discursos hegemônicos? Quais os seus efeitos? Que sentidos que foram afirmados ou excluídos dos processos de articulação?

Baseado na identificação de uma falta – o modelo de atenção integral à saúde - o discurso da mudança na formação articula um conjunto amplo de demandas que, nas políticas curriculares para a formação profissional de nível médio é representado nos discursos da integração ensino-serviço e da profissionalização. Argumento que os processos de subjetivação

[4] A carga horária mínima das habilitações técnicas na área da saúde é de 1200 horas (BRASIL, 1999b, 2008, 2012c). No campo da educação profissional de nível médio em saúde, a perspectiva da formação técnica e a consequente habilitação profissional tem sido motivo de disputas entre gestores e trabalhadores de diversas categorias. Esse ponto será explorado mais à frente, no capítulo 3.

que operam por meio desses discursos tendem a projetar identidades fixas para os trabalhadores, sejam elas a do profissional competente ou a do trabalhador crítico. Entendo que os efeitos das políticas curriculares engendradas por estes discursos não só não cumprem o que anunciam como acabam por bloquear outras possibilidades, favorecendo uma profissionalização restrita.

Operando no campo do currículo, este estudo pretende contribuir para a desconstrução dos discursos que hegemonizam as políticas de formação técnica de nível médio em saúde, buscando de-sedimentar as lógicas que sustentam as práticas curriculares e interpretar os sentidos de profissionalização que subjetivam os trabalhadores técnicos em formação.

Para tanto, apoio-me nas abordagens pós-estruturais e pós-fundacionais da Teoria do Discurso (TD) de Ernesto Laclau e da filosofia da diferença de Jacques Derrida, apropriadas ao campo do currículo pelos estudos de Alice Casimiro Lopes e Elizabeth Macedo. Concebo, portanto, as políticas curriculares como práticas discursivas que disputam o controle da significação do que vem a ser o currículo da formação em saúde. Afasto-me assim das abordagens verticalizadas, sejam elas deterministas e/ou estadocêntricas - por entenderem haver uma separação entre os espaços da elaboração e da implementação de políticas - sejam "cotidianistas" que, invertendo essa equação, "supervalorizam a prática como espaço do verdadeiro currículo" (LOPES; OLIVEIRA, 2017). Do mesmo modo, procuro distanciar-me das propostas prescritivas, que buscam fundamentos epistemológicos ou identitários para a formação, sejam eles críticos ou pragmáticos, uma vez que tal essencialização pretende estancar a política e os processos contingentes de significação (LOPES, 2015).

Para a TD – assim como para as demais teorizações pós-estruturais – as identidades não são pensadas a partir de um indivíduo centrado, racional e consciente, tampouco como determinação de posições ocupadas na estrutura social. Uma vez que construídas no interior dos sistemas de significação, as identidades são sempre relacionais e contingentes, estabilizadas precariamente em formações discursivas históricas e sociais muito específicas (BURITY, 1997). A regulação das identidades (tentativa de fixação) é sempre incompleta. Não há possibilidade de saturação do social. Os indivíduos são subjetivados por discursos e são, ao mesmo tempo, subjetivados.

Buscando compreender a dinâmica específica que se dá no campo das identidades profissionais, inicialmente meu estudo se dirigiu às diferentes abordagens da sociologia das profissões. Partindo da recusa dos limites das concepções funcionalistas, a perspectiva interacionista da sociologia dos grupos profissionais de Claude Dubar (DUBAR, 2005; 2012) concebe as identidades profissionais como produto de sucessivas socializações, resultado de processos de iniciação, conversão e incorporação de uma cultura do trabalho, envolvendo

transações objetivas e subjetivas. O autor assume a utilização do termo *formas identitárias* em substituição ao de identidade, agregando certa dinamicidade de desestruturação/reestruturação à sua teorização. No entanto, mesmo pretendendo romper com o essencialismo identitário, Dubar preserva a ideia de identificar regularidades e tipologias capazes de descrever a estrutura do real.

Em perspectiva diversa, distanciando-se de uma definição naturalista que concebe os processos de identificação como reconhecimento de origens comuns ou características partilhadas com outras pessoas ou grupos, Stuart Hall assume a identificação como uma construção incompleta, um processo de articulação que busca suturar o sujeito às estruturas de significação. Assim, a questão da identidade é recolocada em outros termos: construídas dentro e não fora do discurso, as identidades são produto da marcação da diferença e da exclusão, por meio da relação com o outro, daquilo que a ameaça, da repressão daquilo que impede sua plenitude e não por algo que lhes é próprio (HALL, 2004, 2006; LOPES, 2011).

Nessa perspectiva, é na diferenciação em relação a um exterior constitutivo que as identidades são produzidas. A relação de antagonismo que se estabelece entre um "nós" e um "eles" é, ao mesmo tempo, a condição de possibilidade e de impossibilidade de constituição identitária. Para a teoria psicanalítica de registro lacaniano, parcialmente incorporada na teorização de Ernesto Laclau, a identificação é um processo inconsciente, no qual sujeito é constituído como sujeito da falta. Essa compreensão da subjetividade humana pode ser explicada por meio do estádio do espelho, momento de individuação e de reconhecimento do eu na imagem especular do outro, por meio da qual indivíduos ou grupos procuram recuperar uma unidade imaginária de harmonia e realização. O sujeito da falta, agora um sujeito do desejo, busca preencher essa falta constitutiva em um "engajamento contínuo com a fantasia (...) na tentativa de recuperar uma suposta plenitude perdida" (CLARKE, 2015). Uma vez que a sujeição ocorre em relação a um significante que está relacionado com o objeto sempre ausente, o sujeito é um efeito da linguagem.

Do ponto de vista da teoria de currículo em uma perspectiva discursiva, portanto, a constituição de identidades profissionais está mais diretamente associada às representações que hegemonizam os sentidos do trabalho, do que à seleção de conteúdos ou aos desenhos metodológicos, ainda que o acesso a esse sistema de significação específico – a cultura do trabalho – possa se dar através de conteúdos curriculares. É por meio dessa hegemonia – sempre discursiva – que o controle da profissão se desenvolve. O vínculo com determinados saberes profissionais, por sua vez, tende a ser naturalizado, na medida em que são apagados os

processos contingentes que levam a que tais saberes e práticas sejam vinculados a determinadas identidades profissionais.

Vale lembrar que a investigação de políticas curriculares no campo da educação profissional em saúde pressupõe o exame das interfaces entre as políticas de trabalho, de educação e de saúde. Mesmo considerando o descentramento do sujeito na sociedades contemporâneas e os múltiplos e provisórios processos de identificação – que desautorizam que se fale em qualquer essencialismo identitário – é mister reconhecer que tanto os processos de regulação profissional quanto os de regulação educacional são guiados pela tentativa de fixação de sentidos no momento em que definem as fronteiras do exercício profissional, as regras e condutas técnicas e éticas de seus membros e projetam, nos planos de curso que permitem o credenciamento educacional, os perfis as identidades profissionais desejadas.

Ainda que as políticas curriculares de formação técnica de nível médio - foco de minha tese – sejam formuladas tendo em vista as demandas e especificidades que lhe são próprias, sua subordinação às articulações hegemônicas na formação de nível superior - particularmente na formação médica – remete às relações de poder que sedimentam assimetrias e hierarquias no campo da saúde. Sustentado por uma visão predominantemente biologicista e individual dos fenômenos de saúde e doença, o chamado modelo biomédico foi descrito por Teixeira *et al* (1998) como centrado no médico, tendo como objeto prioritário a doença (patologia) e os doentes (clínica e cirurgia), como meios de trabalho, as tecnologias médicas de apoio diagnóstico e de intervenção medicamentosa, e como formas de organização, a rede de serviços de saúde e o hospital. Como veremos no capítulo 2, esse modelo foi contingencialmente articulado com a proposta de Reforma Universitária de 1968 e com a própria expansão da medicina previdenciária. Essa matriz, guiada pela preocupação com critérios de cientificidade e institucionalidade para regulação da formação profissional em saúde, acaba por submeter o ensino médio ao ensino superior, razão pela qual, em diversos momentos da tese, para me referir à formação de técnicos, defino um percurso que tangencia a formação superior, por vezes metonimicamente tratadas como “formação em saúde”.

Por outro lado, faço notar que, ao longo de toda tese, minha opção por denominar os técnicos de trabalhadores já é uma fixação de sua identidade pelo vínculo ao trabalho. Nessa designação também se encontram fixadas as representações hierárquicas que distinguem o nível médio e o nível superior, uma vez que, usualmente, reserva-se aos graduados a qualidade de “profissionais”, enquanto aos demais, a de “trabalhadores”. Mesmo considerando que na

teorização marxista essa categoria adquire outra significação[5] (e esse é um rastro de meus textos e de minha própria trajetória como docente e investigador), como um mecanismo de distinção simbólica, a fixação do estereótipo do "trabalhador" é mais comum àqueles que desenvolvem as tarefas subordinadas nos serviços. A despeito dessa ressalva, preferi manter tal designação em diferentes momentos da tese, em especial naqueles em que a diferenciação entre estudantes jovens e adultos trabalhadores foi crucial ao argumento.

No desenvolvimento inicial desta pesquisa, para além da aproximação com os referenciais teóricos que me permitem discutir as políticas curriculares e as identidades profissionais em perspectiva discursiva, realizei uma investigação sobre a produção acadêmica destes temas nas bases Scielo, Scielo Educa e no portal de Teses e Dissertações da Capes. Na revisão da literatura dei destaque a quatro políticas que representaram um investimento normativo (e financeiro) no controle da significação do currículo e das identidades dos trabalhadores técnicos: o Projeto Larga Escala (PLE), o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Enfermagem (Profae), a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps). Ainda que não sejam, na sua totalidade, políticas voltadas exclusivamente ao nível médio em saúde, parti do pressuposto de que os discursos que produzem subjetivações nas políticas curriculares voltadas aos trabalhadores técnicos estão intimamente relacionados àqueles que produzem identificações na formação de nível superior, integrando o campo da discursividade das políticas curriculares em saúde. Na leitura dos artigos selecionados, detive meu interesse na abordagem daqueles discursos que se destacaram pelo vínculo apresentado entre o currículo e a projeção de identidades na educação profissional técnica de nível médio em saúde (EPTNMS), a saber: os discursos da integração ensino-serviço e da profissionalização.

Assumindo uma perspectiva pós-fundacional e pós-estrutural e a apropriação da teoria do discurso de Ernesto Laclau no campo do currículo realizada por Lopes (LOPES, 2011, 2017; LOPES e MACEDO, 2011a), compreendo a política de currículo como uma luta discursiva pela constituição de representações. Parto do pressuposto de que diferentes demandas têm participado das tentativas de fixação de sentidos atribuídos aos trabalhadores de nível médio em saúde, sendo necessário identificar os processos de articulação que produzem a cadeia de equivalência hegemônica nos currículos de formação profissional em saúde.

No registro da teoria do discurso de Ernesto Laclau, o social é constituído pelas formas sedimentadas da objetividade. Assim, a investigação de políticas curriculares implica

---

[5] Seja em seu sentido ontológico, seja como "classe que vive do trabalho" (ANTUNES, 2000).

interpretação de determinados discursos, incluindo a contingência dos processos articulatórios e dos antagonismos – as condições de existência e as relações de poder – implicados na constituição das identidades. No entanto, como alerta o autor, não se trata de apreciar todas as possibilidades lógicas, mas aquelas alternativas que foram efetivamente consideradas:

> Mostrar o sentido originário de um ato significa assim mostrar o momento de sua contingência radical, isto é, reinscrevê-lo no sistema de opções históricas reais que foram descartadas (...) mostrar o terreno da violência originária, da relação de poder através da qual essa instituição teve lugar (...) Na medida em que um ato de instituição tenha sido exitoso, tende a produzir-se um "esquecimento das origens"; o sistema de possibilidades alternativas tende a desaparecer e as marcas da contingência original a apagar-se. Deste modo o instituído tende a assumir a forma de uma mera presença objetiva. Este é o momento da sedimentação (LACLAU, 2000, p.51) (tradução minha).

Nesta perspectiva, o processo de investigação busca reativar a compreensão histórica do momento do antagonismo, as alternativas que foram dispostas, as que foram excluídas, as relações de poder que atuaram em sua resolução e as formas que foram historicamente naturalizadas, encobrindo o caráter contingente de sua instituição, de sua pretendida objetividade:

> Isto implica que entender historicamente algo significa reconduzi-lo às condições contingentes de sua emergência. Longe de buscar um *sentido objetivo* para a história, o que se trata é de desconstruir todo sentido remetendo-o à sua facticidade original (grifo do autor) (LACLAU, 2000, p.53) (tradução minha).

Assim, a investigação de políticas como produção discursiva deve prescindir da crença na objetividade da linguagem e de sua pretendida transparência em relação à realidade como referência:

> Ressaltamos que, nas políticas, o movimento ininterrupto de sentidos nem tem origem em uma arena específica, lócus de atores privilegiados, nem pode ser estagnado por determinações. Sentidos deslizam submetidos à multiplicidade de interpretações, sedimentações. A instabilidade dos sentidos resulta de condensações e deslocamentos operados pela sobredeterminação simbólica atinente ao tecido próprio do qual é feito o social: a linguagem (LOPES; CUNHA e COSTA, 2013, p.396).

Dessa forma, a produção de sentidos nas políticas curriculares para a formação profissional técnica em saúde não pode ser investigada somente a partir da fixação (precária) de sentidos nas leis ou diretrizes, ainda que estas representem sedimentações que produzem efeitos de poder sobre as interpretações educativas ou de formação. Adquirem relevância outros espaço-tempos nos quais são negociados os sentidos das políticas, como as oficinas de construção curricular e as reuniões nacionais para pactuação da operacionalização de projetos, quando são discutidos componentes estratégicos, formas de financiamento, estratégias de

pactuação com gestores nas Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) e Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e o planejamento de turmas descentralizadas.

Considerando essa abordagem, não há uma realidade a ser "encontrada" nos dados empíricos, mas um modo de significar, uma performance, que será realizada por tradução dos textos e práticas analisadas:

> Operar com a tradução na investigação tem nos levado a entender a produção da pesquisa e do conhecimento na impossibilidade do desvelamento, do acesso à verdade. A partir das ideias desenvolvidas por Derrida (2006) em Torres de Babel, chamamos a atenção para a tradução como performance. A via da performance nos possibilita pensar a tradução como não sendo uma opção do sujeito frente ao texto em que se constitui o mundo e a política, mas a possibilidade de significá-los e de existir neles. A tradução impõe limites intransponíveis, que impossibilitam ao tradutor/agente/sujeito a manutenção e reprodução de uma suposta intenção "original" do texto (LOPES; CUNHA e COSTA, 2013, p.401).

Desse modo, a tradução possibilita pensar a política

> (...) como constituída por uma gramática cujas regras estão sujeitas a mudanças no decorrer de sua aplicação. A política pode ser pensada com base na noção de jogos de linguagem de Wittgenstein, pois as 'lógicas são dependentes do contexto' e no contexto de uma política o que é significado depende de regras próprias deste contexto (LOPES; CUNHA e COSTA, 2013, p.398).

Não há, portanto, sentido original ou verdadeiro a ser reconstituído, apenas o fluxo constante do diferir, da produção de sentidos por iteração, ou seja, por repetição e desvio simultâneos: uma repetição que promove desvios, e um desvio que só existe por meio da repetição. Uma vez que há um deslizamento constante entre o significante e o significado, as investigações não podem acessar um sentido essencial, o fundamento último do social, uma vez que estes não existem senão como uma plenitude ausente que a discursividade pretende preencher:

> Educar, ensinar-aprender, formar os/as professores/as, adequar estratégias metodológicas, inovar a avaliação, flexibilizar o conhecimento, humanizar a relação professor/aluno/conhecimento, melhorara a qualidade da educação, dentre outros, são termos que podem ocupar um ponto nodal de articulação entre distintos projetos educativos/societários. São significantes/superfícies de inscrição em que são operados/as equivalências produzidas no todo diferencial (LOPES; CUNHA e COSTA, 2013, p.400).

Estas observações nos alertam para o risco de tomar os momentos de articulação hegemônica como estancamentos da política, e indicam, como caminho mais produtivo, a investigação das condições discursivas que possibilitam a emergência dessa concepção hegemônica de currículo e de profissional. Uma vez que as identidades nomeadas são fixações de identificações contingentes dos sujeitos, e que estas ocorrem no interior de sistemas de

representação (LOPES; MACEDO, 2011a), torna-se fundamental para esta pesquisa compreender os diferentes textos curriculares como representação.

Como limites da pesquisa, faço notar que esta investigação se arrisca na generalidade das formações discursivas da educação profissional técnica, deixando em aberto a pesquisa das particularidades das trajetórias que constituem, discursivamente, cada categoria profissional.

Acho importante sublinhar que a investigação da disputa pelos sentidos do que vem a ser o trabalhador técnico nas políticas curriculares foi além da análise de documentos assinados na esfera oficial, incluindo os posicionamentos e pareceres emitidos pelos diversos participantes das arenas de construção curricular, dispersos em matérias jornalísticas, notas técnicas, relatórios, textos acadêmicos e planos de curso, assim como as diferentes traduções que os sujeitos produzem nas suas múltiplas atuações na esfera pública, nisto incluindo aquilo que se faz com o texto, a partir do texto e para que o texto exista, isto é, seus efeitos e práticas.

Concordando com a perspectiva aberta pela teoria do discurso de Ernesto Laclau, a definição do conjunto de textos selecionados é "contingente ao processo de pesquisa e à problematização das relações sociais do estudo de caso escolhido" (LOPES, 2011, p.45). Nesta investigação, lancei mão de diferentes documentos que reverberam, de um modo ou de outro, sentidos sobre a profissionalização e a subjetivação dos trabalhadores de nível médio em saúde. Passo agora a uma breve caracterização desse material, tomado como superfície de inscrição "que faculta leituras, nunca totais ou totalizantes, de sentidos dispersos das práticas discursivas" (LOPES, 2018, p.150).

Em primeiro lugar, no campo da legislação educacional, foram investigadas as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio, mais especificamente os Pareceres CNE/CEB 16/99 e 11/12 e as Resoluções CNE/CEB 16/99 e 06/12. Também fizeram parte dos documentos educacionais analisados, as Resoluções CNE/CEB 04/08, 03/12 e 01/14, referentes ao Catálogo Nacional de Cursos Técnicos.

No campo da saúde, foram selecionadas as portarias ministeriais referentes à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - Portaria MS/GM 1996/07 – e ao Profaps - Portaria MS/GM 3189/09, que dispõe sobre as diretrizes de implantação do programa e as Portarias MS/GM 1626/10, 1307/11 e 2010/12, que dispõem sobre o repasse de recursos para execução do Programa nos estados.

Da mesma forma, tornou-se importante para esta investigação a atuação de comunidades epistêmicas - sempre políticas - na produção de sentidos para as políticas curriculares, bem como a identificação e análise dos processos de articulação de demandas que, em momentos de

equivalência, vem disputando a hegemonia dos discursos curriculares na educação profissional técnica de nível médio em saúde. De acordo com Lopes (2011, p.271),

> (...) as comunidades epistêmicas são formadas por especialistas que compartilham concepções, valores e regimes de verdade comuns entre si e que operam nas políticas pela posição que ocupam frente ao conhecimento, em relações de saber-poder.

Nesta investigação, foram reconhecidas em sua atuação como comunidades epistêmicas no campo das políticas curriculares de educação profissional técnica de nível médio em saúde a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), a Rede UNIDA, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), os Conselhos de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde (CONASS e CONASEMS), a Rede de Escolas Técnicas de Saúde do SUS (RET-SUS) e a Confederação dos Agentes Comunitários de Saúde (CONACS) e a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz).

Estas comunidades, no entanto, possuem uma influência e um relacionamento mais difuso e complexo, articulando-se contingencialmente em torno da defesa de demandas específicas ou atuando por vezes como uma comunidade política: "mesmo as comunidades disciplinares e epistêmicas não possuem identidades fixas" (LOPES; MACEDO, 2011b, p.274) e que somente a análise das articulações hegemônicas é que pode definir a sua formação e atuação. Tomo aqui a compreensão de comunidades políticas utilizada por Macedo (2014) em análise sobre as articulações em torno da defesa de uma base nacional curricular comum. Apropriando-se da formulação de Stephen Ball (2014) sobre o funcionamento de redes de política, afirma:

> As redes são tratadas por Ball como "comunidades políticas" descentradas, articuladas em torno de problemas sociais comuns, tendo em vista suas soluções. (...) As redes são constituídas quando demandas específicas e distintas se tornam equivalentes e constituem, nesse movimento, comunidades políticas pelo partilhamento, contingente, dessas demandas (MACEDO, 2014, p.1538).

Com efeito, é cada vez maior a atuação de agentes privados e blocos econômicos agindo como comunidades políticas no campo da educação[6]. Articuladas em torno de demandas como a padronização curricular e a avaliação, estas comunidades buscam hegemonizar o sentido da

[6] A constituição e atuação de comunidades (disciplinares, epistêmicas) nas políticas curriculares tem sido objeto de diversas investigações no campo do currículo. Nos registros pós-estruturais e pós-fundacionais "as comunidades que atuam nas políticas – comunidades disciplinares, comunidades formadas em função de uma dada luta por um projeto político-curricular – são concebidas por meio do questionamento à noção de um sujeito consciente, pleno e centrado. Como argumentado em Lopes (2014; Costa e Lopes, 2018), sendo o sujeito pautado por uma falta constitutiva, a comunidade política, considerada como composta por sujeitos da falta, não tem um centro estável, uma propriedade integradora, um conjunto de características ou princípios políticos comuns: qualquer comunidade política é produzida discursivamente, na luta política. É uma comunidade sem *algo* em comum, sem unidade (LOPES, 2018, p.84).

qualidade na educação (MACEDO, 2014). Na área da saúde é cada vez mais destacada a atuação de representantes de diversos grupos de interesse, como da Federação de Planos Privados de Saúde (Febraplan), da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e do Sistema "S" (particularmente, do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial - SENAC).

Assim, foram investigados os sites do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS e da Rede de Escolas Técnicas do SUS – RET-SUS e do SENAC. Seguindo o mesmo princípio, examinei, a partir do site do Ministério da Saúde (MS), as pautas e resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), instância máxima de pactuação das políticas de saúde no país.

Constituída como um fórum permanente de "negociação, articulação e decisão entre os gestores nos aspectos operacionais e na construção de pactos nacionais, estaduais e regionais no SUS" (BRASIL, 2019), a CIT é composta por integrantes das três esferas de governo (sete representantes do MS, sete do CONASS e sete do CONASEMS), que reúnem-se mensalmente para a tomada de decisões em consenso.

No site do MS, na sessão relativa à articulação interfederativa na gestão do SUS, é possível acessar as pautas, as decisões e os documentos apresentados nas reuniões. Ainda que este material seja importante para a reconstituição do contexto e das condições discursivas das articulações, não costumam trazer o registro dos dissensos e controvérsias, fixando-se no consenso construído nas Câmaras Técnicas, de modo geral prévio à reunião do Plenário da CIT. Estabeleci como procedimento de investigação desta fonte a busca pelo termo "Profaps" nas pautas das reuniões, iniciando a busca nos quatro anos que antecederam a publicação da Portaria 3189/09 e seguindo por outros quatro anos após a publicação da Portaria 2010/12, última que faz referência ao Programa.

Da mesma forma, considerei importante a leitura do Plano "Mais Saúde" 2008-2011, documento de planejamento plurianual do Ministério da Saúde que incluiu a formação dos trabalhadores de nível médio em suas metas.

Outra fonte consultada foram as publicações "Notas Técnicas (NT)", emitidas pelo CONASS e constantes no site do Conselho. Bastante irregular, este acervo reúne as NT publicadas entre dez/2011 e jun/2015, perfazendo um total de 193 NT. Destas foram selecionadas para leitura aquelas que fazem referência aos trabalhadores técnicos, seus processos de trabalho ou processos formativos. Embora isoladamente não pareçam trazer elementos significativos para a discussão, quando associadas aos demais documentos, as NT ajudam na "compreensão histórica dos atos originários de instituição" da objetividade social (LACLAU, 2000), o momento de contingência radical em que as possibilidades alternativas

foram excluídas. Esse movimento permite a reativação das marcas contingenciais que foram apagadas no processo de sedimentação de sentidos da formação técnica em saúde.

Os cadernos de "Diretrizes e Orientações para a Formação de Técnicos" nas áreas de Hemoterapia, Citopatologia, Radiologia, Vigilância em Saúde e Órteses e Próteses, por sua vez, apresentam os mapas de competências e o marco de orientação curricular para cada habilitação. Por representarem o esforço do MS na ordenação da formação técnica dos trabalhadores de nível médio em saúde, também foram considerados como uma das fontes importantes deste estudo.

Instituída em novembro de 2000, a Rede de Escolas Técnicas do SUS – RET-SUS congrega 41 instituições públicas – escolas técnicas, centros formadores e escolas de saúde pública –, em sua maioria ligadas às secretarias estaduais e municipais de saúde e de ciência e tecnologia, com atuação voltada à formação de profissionais de nível médio para o SUS. Apesar de presente em todos os estados do país, sua participação pode ser considerada tímida na comparação com o protagonismo do setor privado. De acordo com estudo realizado pelo Observatório dos Técnicos em Saúde (VIEIRA et al., 2013), em 2009 a participação das instituições públicas na oferta de matrículas de educação profissional em saúde manteve-se abaixo de 25% do total. Seu funcionamento como rede advém de um histórico comum de fundação, da lógica de articulação com os serviços e do compartilhamento uma série de princípios e referências político-pedagógicas. Mesmo diante da operacionalidade em grande parte dependente dos mecanismos indutores do Ministério da Saúde, a prioridade conquistada nas políticas setoriais lhes confere um papel relevante na configuração da educação profissional técnica de nível médio em saúde.

A Revista da RET-SUS, importante órgão de informação do trabalho da Rede, foi editada de setembro de 2004 a agosto de 2016, quando o MS descontinuou a publicação. Originalmente prevista para uma periodicidade mensal, a revista teve diversos números bimensais, alcançando um total de 78 números em seus 12 anos de existência. Dado o perfil jornalístico assumido desde sua gênese, a revista foge do padrão clássico de publicações institucionais voltadas à mera divulgação e celebração acrítica de eventos. Pela característica assumida em sua linha editorial, marcada pela busca de pautas estratégicas para o debate na rede e pela escuta dos diversos atores sociais envolvidos nas políticas de formação profissional em saúde, as reportagens desta revista tornaram-se uma das fontes principais deste estudo.

Foram ainda documentos importantes para o cotejamento de informações dispersas os Relatórios Anuais de Gestão da SGTES/MS, particularmente aqueles referentes aos anos 2009-2016.

A tese está organizada em quatro capítulos. No primeiro, situo a questão da política e do político nos marcos das abordagens teóricas pós-estruturalistas da Teoria do Discurso de Ernesto Laclau e Chantal Mouffe e da perspectiva desconstrutiva de Jacques Derrida. Tendo essa teorização como pano de fundo, estabeleço o deslocamento das noções prevalentes de política curricular a partir do trabalho de teorização curricular discursiva desenvolvido nos grupos de pesquisa liderados pelas pesquisadoras Alice Lopes e Elisabeth Macedo. Visando desconstruir as perspectivas essencialistas de identidade, na última seção, recorro a diferentes autores pós-estruturalistas para discutir os processos de sujeição[7] e de subjetivação.

No segundo capítulo, discorro sobre certas *regularidades em dispersão* que, em minha interpretação, podem ser configuradas como formações discursivas[8] da política investigada. Em primeiro lugar, aquilo que poderíamos chamar de discurso anti-flexneriano, corte antagônico que produz identificações no campo da saúde coletiva; em segundo lugar, e de certa forma imbricado com o anterior, empreendo uma interpretação do discurso da integração ensino-serviço e de suas substituições metonímicas – integração docente-assistencial e integração curricular; por fim, destaco as instabilidades na significação nos discursos da profissionalização.

No terceiro capítulo, meu foco se dirige às políticas curriculares de educação profissional em saúde. Assumindo a metáfora da herança, busco reativar as contingências da hegemonização de certos sentidos na política investigada, percorrendo seus rastros, espectros e jogos de linguagem. Acredito que a investigação do modo como se dá a iterabilidade destes discursos no Profaps pode oferecer novos *insights* sobre as lógicas sociais engendradas em seu nome.

No quarto e último capítulo, desenvolvo a investigação dos processos de subjetivação dos trabalhadores técnicos a partir dos discursos da integração ensino-serviço e da profissionalização, enunciados na política curricular do Profaps.

---

[7] A sujeição é compreendida aqui nos termos de Judith Butler, significando "tanto o processo de se tornar subordinado pelo poder quanto o processo de se tornar um sujeito" (BUTLER, 2017, p.10). Essa noção será apresentada de modo mais aprofundado na seção 1.3 desta tese.

[8] Para Laclau (2015, p.178), uma formação discursiva "não é unificada pela coerência lógica de seus elementos, nem por um sujeito transcendental apriorístico (...) ou pela unidade de uma experiência". O tipo de coerência que este autor atribui à uma formação discursiva está próxima do conceito foucaultiano de "regularidade em dispersão". O interesse de Laclau, todavia, recai sobre a perspectiva da "*regularidade* em dispersão, e ser pensada, neste sentido, como um conjunto de posições diferenciais" (idem, p.179). Segundo Lopes e Macedo (*apud* LACLAU, 2011, p.9) uma formação discursiva "é o conjunto de discursos articulados por meio de diferentes práticas hegemônicas; entender uma formação discursiva significa entender um processo hegemônico: como são definidos os termos de um debate político, quais agendas e ações são priorizadas, que instituições, diretrizes, regras e normas são criadas".

Por fim, teço as considerações finais como uma abertura à interpretação. Faço essa referência porque desejo assumir aqui a atividade de investigação também como uma tradução. Busco, com isto, afastar qualquer pretensão de desvelamento ou acesso a uma suposta verdade, entendendo, no entanto, a responsabilidade de traduzir o intraduzível e, portanto, de produzir sentidos sobre as políticas curriculares investigadas. Essa possibilidade de significação, claro, "depende da existência de um sistema/contexto cuja exterioridade demarque o que pode ser lido, a possibilidade mesma do sentido" (Lopes, Cunha & Costa, 2013, p.401). Com Derrida (1991, p.350), o contexto, enquanto "construção interpretativa", está destinado a "prosseguir os diálogos no horizonte de uma inteligibilidade e de uma verdade do sentido". É, portanto, assim, existindo no texto e nas políticas aqui estudadas, como minha trajetória permite, que inicio o relato desta pesquisa.

1 A POLÍTICA CURRICULAR EM PERSPECTIVA DISCURSIVA

Neste capítulo, procuro apresentar as diferenças e as implicações da investigação de políticas curriculares em uma perspectiva discursiva. Para tanto, na primeira seção, chamo a atenção para os deslocamentos que o pós-fundacionalismo e o pós-estruturalismo promovem nas noções clássicas do social e da política. Em seguida, apresento os aportes teórico-estratégicos com que busco interpretar a instabilidade e a estabilidade dos discursos hegemônicos – a Teoria do Discurso de Ernesto Laclau e Chantal Mouffe e o pensamento da desconstrução de Jacques Derrida – destacando suas principais noções e operadores. Na segunda seção, afastando-me da visão tradicional de política como um guia para ação, procuro afirmar as políticas curriculares como lutas pela significação do que vem a ser o currículo da formação técnica. Na última seção, valendo-me dos registros discursivos, interpelo a noção de identidade e as tentativas de sua fixação por meio da política. Colocando-a sob rasura, lanço mão das noções de sujeição e de subjetivação para compreender como os projetos normativos incidem sobre o currículo e os trabalhadores técnicos da saúde.

1.1 Política como ontologia do social

Para compreender o alcance dos deslocamentos produzidos pelas abordagens pós-estruturalistas e pós-fundacionalistas – principalmente no campo da política, objeto dessa investigação –, creio ser oportuno revisitar os aspectos centrais das relações entre linguagem, estrutura e sujeito daquilo que se convencionou chamar de estruturalismo e fundacionalismo.

Considerado tanto um movimento como uma corrente de pensamento, o estruturalismo defende que a compreensão dos fenômenos sociais e culturais só pode se dar por meio da investigação de suas inter-relações, ou seja, por meio do acesso ao conjunto elementar (formal) dessas relações: as regras que governam invariavelmente o funcionamento das estruturas (MENDONÇA e RODRIGUES, 2014). O estruturalismo, ou melhor, o estruturalismo francês que ficou notadamente conhecido a partir da segunda metade do século XX, foi profundamente influenciado pelos estudos linguísticos realizados por Saussure, em especial pela linguística sincrônica que dá relevo à linguagem como um sistema de elementos. Partindo de uma distinção entre língua e fala, Saussure afirma a precedência do sistema linguístico ao ato de fala. Fazendo uma analogia ao jogo de xadrez, toma a língua como a dimensão estrutural, de regras imutáveis, e a fala como um ato individual. Outro aspecto fundamental da linguística saussureana é a noção de signo. De acordo com o autor, “o signo linguístico une não uma coisa e uma palavra, mas

um conceito [significado] e uma imagem acústica [significante]" (SAUSSURE *apud* MENDONÇA e RODRIGUES, 2014, p.34). Em sua perspectiva, o signo é arbitrário: não há uma relação necessária ou natural entre o significante (sua imagem acústica) e o sentido a que remete (o significado). Saussure destaca também o caráter relacional e negativo do signo, afirmando que o sentido das palavras não é dado por qualquer substância específica, mas pela relação que estabelece com outros significantes: sabemos o que é "noite" porque ela não é o "dia". A arbitrariedade do signo não deve, contudo, ser confundida com autonomia na significação: língua é vista como um sistema social:

> Falar uma língua não significa apenas expressar nossos pensamentos mais interiores e originais; significa também ativar a imensa gama de significados que já estão embutidos em nossa língua e em nossos sistemas culturais (HALL, 2006, p.40).

Ao assumir o método antropológico como análogo ao método linguístico, Claude Lévi-Strauss afirma que as estruturas do parentesco em todas as sociedades humanas podem ser explicadas a partir de uma estrutura elementar, fundada na relação entre quatro termos - irmão, irmã, pai, filho – e três formas de relação familiar – consanguinidade, aliança e filiação. Para o antropólogo francês, o importante não é a consideração dos termos, e sim a relação entre os termos, ou seja, "descobrir as formas invariantes no interior de conteúdos diferentes" (LÉVI-STRAUSS *apud* MENDONÇA e RODRIGUES, 2014, p.37).

Com seu trabalho, Lévi-Strauss estabelece as bases do movimento intelectual estruturalista que, no pós-guerra, irá questionar o privilégio concedido à consciência humana, à autonomia e à intencionalidade no sujeito moderno. Colocando no centro de seu sistema teórico não mais uma noção abstrata de homem, mas as relações sociais (HALL, 2006), uma nova relação entre estrutura e agência é então concebida, e o próprio pensamento marxista se renova. A reverberação desta "revolução teórica" promove o descentramento do sujeito, colocando em xeque as ciências sociais que buscavam erigir uma teoria da ação sustentada na noção de sujeito livre e soberano, capaz de construir-se a partir de suas escolhas diante das possibilidades que o meio lhe dispõe, entre elas, o próprio humanismo sartreano (MENDONÇA e RODRIGUES, 2014;). A fundamentação epistemológica desenvolvida por Saussure, ao mesmo tempo em que fornecia a cientificidade desejada, "livrava as ciências sociais de uma perspectiva atomística (teoria da ação, do sujeito, do ser) dando-lhe um caráter universal" (MENDONÇA e RODRIGUES, 2014, p.38).

No entanto, as pretensões originais do projeto estruturalista – encontrar fundamentos sólidos, as verdades últimas e as leis universais dos fenômenos – ou foram limitadas a determinismos de toda ordem, cuja ênfase demasiada nas estruturas reduziu os sujeitos a meros

reprodutores das relações econômicas e sociais, ou foram parcialmente interrompidas pelo questionamento que surge no próprio núcleo estruturalista:

> O projeto de cientificidade estruturalista é apenas mais um capítulo na história do conhecimento humano, que visa encontrar fundamentos, leis universais, verdades últimas. No entanto, tal projeto, iniciado como uma crítica visceral do humanismo existencialista de Sartre (Dosse, 2007), por volta do início da década de 1950, teve a sua existência - que prometia uma vida longa pela "verdade científica" que portava - em parte bruscamente interrompida, se considerarmos a sua forma original. Dissemos "em parte", pois a leitura desconstrucionista do pós-estruturalismo nunca pretendeu ir "além" das estruturas. Pelo contrário, para os pós-estruturalistas, mantém-se os fundamentos (parciais), porém abandonam-se as essências, os fundamentos transcendentes, os centros imóveis (MENDONÇA *et al*, 2016, p.176).

Não é demasiado advertir que o prefixo "pós" é frequentemente associado à ideia de etapa posterior, um "para além" das estruturas, uma superação. Procurando esquivar-me das tentações do gradualismo, entendo que "não é a estrutura em si que é posta em xeque, mas a forma essencialista como a mesma tinha sido até então tratada" (MENDONÇA e RODRIGUES, 2014, p.39); ou, em outras palavras, que "o prefixo 'pós' refere-se ao abandono dos axiomas essencialistas" (LOPES, 2013, p.11).

Uma primeira vertente da crítica pós-estruturalista surge no seio do próprio estruturalismo: concebendo o inconsciente estruturado como uma linguagem, Jacques Lacan questiona o aprisionamento do significante ao significado, afirmando a resistência do significante à significação. Ao quebrar a unidade do signo, inverte essa relação, privilegiando a pura função do significante em detrimento da ordem do significado (LOPES, 2013; SAFATLE, 2017). Lacan afirma que a estrutura do significante é dada pela conexão que este estabelece com outros significantes, formando uma cadeia:

> A ordem do significado é efeito da cadeia do significante e, justamente por isto, é na cadeia do significante que o sentido insiste. A significação não está, portanto, em nenhum elemento particular da cadeia. O deslizamento incessante do significado sob o significante, por ação do inconsciente, não quer dizer que não haja a prevalência de um sentido em jogo (FERREIRA, 2002, p.116).

Segundo Mendonça *et al* (2016, p.173), ainda que o pós-estruturalismo não possa ser considerado um movimento unificado, é razoável afirmar que seu surgimento foi, em muito, inspirado na "intuição heideggeriana de que não há substância ou essência fora do ser que determine o seu fundamento". Para o filósofo alemão, a busca pela ontologia do ser deveria dirigir nossos esforços não apenas sobre o fundamento do ser, mas também sobre a ideia do fundamento enquanto tal:

> Nesse sentido, o *insight* mais fundamental de Heidegger foi justamente o de concluir que a história da ontologia nunca se deparou diretamente com uma reflexão acerca do ser, mas, ao contrário, esta cuidou de entificá-lo, ou seja, atribuindo ao ser características de entes (essência, substância, razão, identidade etc). Contrariamente,

> o projeto heideggeriano da ontologia fundamental, por um lado, visa destruir essa entificação histórica do ser e, por outro lado, dar lugar a um pensamento que não encontre uma identidade (que não existe) no ser, mas que reflita sobre ele sem incorrer novamente em sua entificação (MENDONÇA *et al*, 2016, p.171).

Em seu projeto de destruição (*Destruktion*) da metafísica, Martin Heidegger afirma que entre o *ente* (dimensão ôntica, que existe concretamente) e o *ser* (dimensão ontológica, essencial), existe um sem-fundo, um abismo (*Abgrund*). A ontologia do ser só pode, portanto, coincidir com a própria existência do ser, no *Dasein* (ser-aí; ser-em-situação). Desse modo, na perspectiva heideggeriana "a única essência possível do ser é sua própria existência. O fundamento do ser é não ter qualquer fundamento ou o abismo (*Abgrund*) é o fundamento do ser (MENDONÇA *et al*, 2016, p.171).

Da mesma forma que o pós-estruturalismo não pode ser entendido como um movimento anti-estrutura, o pós-fundacionalismo não deve ser confundido com anti-fundacionalismo, uma negação do fundamento como tal. Essa perspectiva seria convergente com a fragmentação e pura dispersão pós-moderna. A impossibilidade de fundamentos fixos capazes de explicar a sociedade e a política não significa uma aposta no puro diferir, "mas no enfraquecimento ontológico dos fundamentos existentes" (idem, p.167). Isso significa que o pós-fundacionalismo "concebe a necessidade de trabalharmos com fundamentos contingentes, [e] pressupõe algum nível de fixação provisória de fundamentos instáveis" (LOPES, 2013, p.16).

A incorporação do *Zeitgeist* pós-fundacional de Nietzsche, Freud e Heidegger foi decisiva para a reflexão filosófica do pós-estruturalismo de Derrida. Em um de seus ensaios mais conhecidos[9], o autor parte em gesto desconstrutivo na busca de apreender o acontecimento da estrutura, ou, como ele próprio acrescenta, da estruturalidade da estrutura. Depara-se com aquilo que chamou de "centro", um "ponto de presença", uma "origem fixa" destinada a "orientar, equilibrar, organizar a estrutura (...) mas sobretudo levar o princípio de organização da estrutura a limitar aquilo que poderíamos denominar jogo da estrutura" (DERRIDA, 2014, p.407-408). O problema apontado pelo filósofo francês é que o centro, na medida em que organiza a coerência do sistema, permitindo o jogo dos elementos em seu interior, também encerra a possibilidade de substituição dos conteúdos no próprio centro. Segundo Derrida, "no centro é proibida a permuta ou a transformação dos elementos" (idem, p.408). Isso sinaliza para o paradoxo de um centro que, "comandando a estrutura, escapa à estruturalidade", está na estrutura e fora dela:

---

[9] "A estrutura, o signo e o jogo no discurso das ciências humanas". *In:* DERRIDA, Jacques. A escritura e a diferença. São Paulo: Perspectiva, 2014.

> Está no centro da totalidade e, contudo, dado que o centro não lhe pertence, a totalidade tem seu centro noutro lugar. O centro não é o centro. O conceito de estrutura centrada – embora represente a própria coerência, a condição da episteme como filosofia ou como ciência – é contraditoriamente coerente. E como sempre, a coerência na contradição exprime a força de um desejo. O conceito de estrutura centrada é com efeito o conceito de um jogo fundado, constituído a partir de uma imobilidade fundadora e de uma certeza tranquilizadora, ela própria subtraída ao jogo (DERRIDA, 2014, p.408).

Para Derrida, os vários nomes desse centro – fundamento, origem, princípio – sempre designaram uma *presença* (essência, existência, substância, sujeito, transcendentalidade, consciência, Deus, homem etc.), e nada mais são do que substitutos a essa lei que comandava o desejo de um centro na constituição da estrutura. No entanto, o substituto não substitui a nada que lhe tenha de certo modo preexistido:

> Na ausência de centro ou de origem, tudo se torna discurso (...) isto é, um sistema no qual o significado central, original ou transcendental nunca está absolutamente presente fora de um sistema de diferenças. A ausência de significado transcendental amplia indefinidamente o campo e o jogo da significação (DERRIDA, 2014, p.409-410).

A crítica operada pela desconstrução derridiana – o descentramento da estruturalidade da estrutura - não busca, contudo, superar ou ultrapassar a tradição metafísica. Mesmo porque esse movimento de superação é considerado impossível. Não se trata de colocar algo no lugar da modernidade, mas de desestabilizar a ilusão dos metarrelatos de generalidade totalizadora, dos fundamentos sólidos e princípios universais. Trata-se de questionar a ideia de realidade como pertencente à uma ordem fixa, passível de ser desvendada pela ciência, dominada pela razão e representada de forma neutra e transparente pela linguagem (HEUSER, 2005).

> Aliás, a virada lingüística já nos ensinou que os sentidos não repousam nem nas coisas designadas, nem nas palavras que usamos para designá-las, mas flutuam numa intrincada, instável e ampla rede discursiva de significações que cercam as coisas. A flutuação em tais redes se dá segundo um jogo no qual as regras são contingentes — mas não caóticas— e envolvem relações de poder e de saber (VEIGA-NETO, 2008, p.24).

Assume-se, assim, que a realidade é constituída discursivamente, por meio de uma "pluralidade dos jogos de linguagem que tornam provisório o processo de significação, sem fechamento final, terreno de diferenças sempre passíveis de produzirem novos sentidos" (TORFING *apud* LOPES, 2013).

Como alertam Laclau e Mouffe, declarar o caráter discursivo dos objetos (e da realidade) não implica questionar sua existência externa ao pensamento, "mas antes a afirmação bastante diferente de que eles próprios possam se constituir como objetos fora de qualquer condição discursiva de emergência" (2015a, p.181). Em outras palavras, implica considerar sua significação em um sistema de regras socialmente construídas e compartilhadas: "Em nosso

intercâmbio com o mundo, os objetos nunca são dados a nós como meras entidades existenciais; eles são sempre dados a nós dentro de articulações discursivas" (LACLAU e MOUFFE, 2015b, 42).

O impacto dos registros pós-estruturais e pós-fundacionais no final do século XX não foi pequeno, e se deve, em grande parte, à desconstrução do essencialismo, do objetivismo, do determinismo e do racionalismo dominante nas ciências humanas e sociais. A consideração do espaço social como discursivo provocou deslocamentos teóricos importantes e resistências igualmente vigorosas. As críticas se concentraram especialmente na denúncia do suposto teoricismo, relativismo e niilismo destas vertentes. O ceticismo epistemológico, a ausência de projetos, de compromissos pré-estabelecidos e de horizontes utópicos favoreceriam a desmobilização política (LOPES, 2014).

Tanto Derrida como Laclau e Mouffe responderam a estas questões em diversos textos (LACLAU e MOUFFE, 2015b; DERRIDA e ROUDINESCO, 2004; DERRIDA, 2016; MOUFFE, 2015; 2016), contra-argumentando que as possibilidades de hiperpolitização abertas nas abordagens pós-estruturais decorrem justamente do não fechamento da disputa, da indecidibilidade[10] que continua a habitar a decisão (MOUFFE, 2016). Entremos um pouco nesta discussão.

Na introdução do livro "Sobre o político[11]", Chantal Mouffe refuta a tese de que, diante do desenvolvimento político-econômico da maioria das sociedades ocidentais e da derrocada do comunismo, os indivíduos, finalmente "livres" dos vínculos coletivos e dos embates sectários, estariam adentrando em uma "segunda modernidade", na qual o consenso seria obtido por meio de debates racionais e a globalização e a universalização da democracia liberal garantiriam um futuro cosmopolita (MOUFFE, 2015).

Contestando a pretensão dos enfoques deliberacionistas (Rawls, Habermas, Beck e Giddens) de eliminar as relações de poder na política a partir do princípio racional para tomada de decisões (MENDONÇA, 2010b), Mouffe afirma a inerradicabilidade da dimensão do conflito na vida social. A eliminação do poder é uma impossibilidade, uma vez que este constitui a própria dimensão ontológica do político (idem, p.490).

Para defender seu ponto de vista, a autora faz a distinção entre a "política" (*politics*), campo empírico da ciência política e o "político" (*political*), esfera de ação de filósofos e da teoria política. Recorrendo ao repertório heideggeriano, considera que a política se refere ao

---

[10] A noção de indecidibilidade é desenvolvida por Derrida e será abordada em mais detalhes na seção 1.1.2.

[11] A obra foi publicada originalmente em inglês, no ano de 2005, com o título *On the political*, por Routledge.

nível "ôntico", das práticas, discursos e instituições, enquanto o político diz respeito à dimensão "ontológica", instituinte, em que os antagonismos são estabelecidos e o social é constituído (MOUFFE, 2015; LOPES, 2014).

A impossibilidade de fundamentar racionalmente a política e mesmo de estabelecer princípios que garantam a resolução dos dissensos, não aponta para o fim da política, mas à abertura a uma pluralidade de fundamentos contingentes, estabelecidos em práticas hegemônicas (LOPES, 2014, p.52).

Para que possamos entender como se dão as relações entre as dimensões ôntica e ontológica da política, é preciso que adentremos na teoria do discurso de Laclau e Mouffe.

1.1.1 A teoria do discurso de Ernesto Laclau: antagonismo, demandas e articulação

A teoria do discurso de Ernesto Laclau e Chantal Mouffe foi sistematizada inicialmente na obra "Hegemonia e estratégia socialista: por uma política democrática radical", publicada originalmente em 1985. De lá para cá, muitos diálogos e críticas – dentro e fora da chamada "Escola de Essex" – foram responsáveis por sua expansão. Nos limites desta tese, opto por apresentar, nessa seção, um conjunto dos principais operadores dessa teorização.

Afastando-se das perspectivas estruturalistas que concebem o poder como algo externo aos sujeitos, Laclau toma a política como dimensão constitutiva – ontológica – do social (BURITY, 2014). Isso implica sua primazia sobre o econômico (invertendo a lógica historicamente aceita pelo pensamento marxista tradicional[12]), o questionamento do privilégio da dimensão ôntica da política (referente às práticas e instituições) e, consequentemente, a revitalização das questões ontológicas da política, "vinculadas ao espaço público no qual vigoram os antagonismos e conflitos que constituem as sociedades" (LOPES, 2011, p.28).

Opondo-se à tradição essencialista, objetivista e determinista do pensamento crítico, Laclau situa-se em uma posição pós-marxista, apontando insuficiências e questionando seus limites e para pensar a política contemporânea:

> (...) o próprio espaço da economia estrutura-se como um espaço político, e que nele, como em qualquer outro "nível" da sociedade, aquelas práticas que caracterizamos como hegemônicas estão em pleno funcionamento (LACLAU e MOUFFE, 2015a, p.143).

---

[12] Em "Hegemonia e estratégia socialista", Laclau e Mouffe (2015) sinalizam os avanços de Gramsci em relação ao determinismo econômico das interpretações clássicas da obra de Marx. De acordo com os autores, para o filósofo italiano a hegemonia já não pode ser entendida como mera resultante de uma aliança de classes, e sim como vontades coletivas articuladas ideologicamente em um bloco histórico que "superam a separação base-superestrutura e inserem o cultural no político e no econômico" (LOPES, 2011, p.32).

O autor argentino parte da concepção de hegemonia de Gramsci para reconhecer os avanços desta em relação ao pensamento de Lênin, que sustentava a força coercitiva como condição para o estabelecimento da hegemonia. Oferecendo uma teorização da especificidade relacional do vínculo hegemônico, Gramsci se afasta da perspectiva clássica de localização estrutural e economicista dos grupos sociais, introduzindo uma série de deslocamentos fundamentais ao pensamento socialista, como a concepção da materialidade da ideologia, "um todo orgânico e relacional, incorporado em instituições e aparatos, que solda um bloco histórico em torno de um certo número de princípios articulatórios básicos" (LACLAU e MOUFFE, 2015a , p.132), e a própria discussão dos sujeitos políticos, não mais reduzidos à classes, mas concebidos como vontades coletivas, que resultam da "articulação político-ideológica de forças históricas dispersas e fragmentadas" (idem, ibidem).

Para o filósofo argentino, apesar dos esforços de Gramsci em conceber a política como articulação através do conceito de hegemonia, sua insistência na classe social como núcleo articulatório de um bloco histórico o mantém preso a um essencialismo que afirma que "deve haver sempre um *único* princípio unificante em toda formação hegemônica, e este só pode ser uma classe fundamental" (LACLAU e MOUFFE, 2015a , p.134). A busca de Laclau e Mouffe em conceber a ordem social como resultado contingente da luta hegemônica os conduz ao desenvolvimento de uma teorização que questiona a positividade do social, privilegiando sua abertura como fundamento constitutivo e a estrutura discursiva como prática articulatória que constitui e organiza as relações sociais de modo precário, como "tentativas fracassadas de domesticar o campo das diferenças" (LACLAU e MOUFFE, 2015a , p.166).

Como primeiro passo de sua empreitada intelectual, (LACLAU e MOUFFE, 2015a, p.167) buscam especificar os elementos que constituem a relação articulatória buscando determinar a especificidade do momento relacional que abrange a articulação.

Estabelecendo diálogos profundos e profícuos com outros campos e perspectivas, como a filosofia analítica de Wittgenstein, a psicanálise de Lacan e a desconstrução de Derrida, Laclau e Mouffe desenvolvem sua teorização tendo como centralidade as noções de poder e de discurso (MENDONÇA e RODRIGUES, 2014). Diferentemente da tradição estruturalista, cuja pretensão é a de encontrar as regras invariantes e universais que fundamentam as estruturas, assumem uma postura pós-estruturalista, enfatizando o papel da linguagem como constituinte do social e a pluralidade dos jogos de linguagem como impossibilidade de fixação dos sentidos:

> A ideia de estrutura é substituída pela ideia de discurso: não há estruturas fixas que fechem de forma definitiva a significação, mas apenas estruturações e reestruturações discursivas. Nessa perspectiva, discurso é uma totalidade relacional de significantes que limitam a significação de determinadas práticas e, quando articulados

> hegemonicamente, constituem uma formação discursiva (LOPES e MACEDO, 2011a; 2011b).

Para Laclau e Mouffe, o espaço social é concebido discursivamente, posto que toda configuração social é significativa. Compreendido como "totalidade que inclui em si o linguístico e o não-linguístico" (LACLAU e MOUFFE, 2015b, p.39), o *discurso* não se restringe à fala ou à escrita, incluindo todas as ações, práticas e relações mediadas simbolicamente. Desse modo, o conceito de discurso não se traduz como uma região do social, pois não é possível diferenciá-lo de qualquer outra área de realidade:

> Uma ideia compartimentada de discurso prevê elementos ideais e/ou linguísticos totalmente apartados das práticas ou dos objetos nomeados discursivamente. Dito de outra forma, caberia ao discurso, nesta versão rejeitada por Laclau, simplesmente dar nomes aos objetos que lhe são exteriores e que possuem existências que lhe seriam independentes. Uma concepção regional de discurso, distingue, portanto, este da prática ou do objeto ao qual faz referência e, neste sentido, para tal forma de conceber discurso, uma coisa seria o que falamos e/ou escrevemos, outra, completamente diferente, seriam nossas ações "concretas" MENDONÇA, 2015, p.74).

Recusando esta visão, os autores concebem o discurso como um horizonte teórico (LACLAU e MOUFFE, 2015b, p.44) que apresenta estatuto ontológico (MENDONÇA, 2015), ou seja, que é indissociável daquilo que chamamos de realidade.

Ao constituir (precariamente) o social, o discurso é resultado de *práticas articulatórias* de distintos elementos (diferenças) dispersos no campo da discursividade. A articulação aciona o que eles denominam *lógica equivalencial* entre distintas demandas, que suspendem provisoriamente suas diferenças em face de um *antagonismo*. Assim, a noção de *articulação* fornece o ponto de partida para que Laclau e Mouffe retomem a interpretação dos processos hegemônicos. A articulação, no entanto, será apresentada de forma distinta daquela desenvolvida no pensamento de Gramsci, não mais remetida a um fundamento ontológico (a classe social), mas como resultado contingente da luta política:

> (...) chamaremos articulação qualquer prática que estabeleça uma relação entre elementos de tal modo que a sua identidade seja modificada como um resultado da prática articulatória. A totalidade estruturada resultante desta prática articulatória, chamaremos discurso. As posições diferenciais, na medida em que apareçam articuladas no interior de um discurso, chamaremos momentos. Por contraste, chamaremos elemento toda diferença não discursivamente articulada (LACLAU e MOUFFE, 2015a, p.178).

Como processos contingentes, as *práticas articulatórias* permitem a expansão da cadeia de equivalências. Esse alargamento, por sua vez, será sempre uma simplificação do espaço político, e a transformação de elementos em momentos nunca é completa:

> (...) Daí a ambiguidade que atravessa toda relação de equivalência: dois termos, para serem equivalentes, devem ser diferentes – de outro modo, haveria uma simples identidade. Por outro lado, a equivalência existe apenas no ato de subverter o caráter

> diferencial daqueles termos. (...) Mas como a lógica da diferença nunca logra constituir um espaço plenamente suturado, também a lógica da equivalência tampouco o faz. A dissolução do caráter diferencial das posições dos agentes sociais por meio da condensação equivalencial nunca é completa (LACLAU e MOUFFE, 2015a, p.206-207).

Para os autores, o processo de articulação não ocorre a partir de uma positividade de traços comuns existentes entre os elementos, mas sempre em função de uma negatividade. O *antagonismo*, noção fundamental para a compreensão dos processos hegemônicos, é entendido como "relação negativa em que certa identidade tem a sua existência negada por outra identidade" (MENDONÇA, 2015, p.76). Estas identidades, no entanto, não são dadas previamente à relação antagônica: "as identidades (...) são interdependentes e estabelecidas em decorrência da contraposição mútua e constitutiva: só posso afirmar que algo ameaça certa identidade se simultaneamente afirmar a existência dessa mesma identidade" (LOPES, 2018, p.145).

No campo da discursividade, no qual os discursos disputam os sentidos hegemônicos, o antagonismo pressupõe uma relação paradoxal:

> (...) o ponto fundamental para o entendimento da relação antagônica é que essa ocorre entre um "exterior constitutivo" que ameaça a existência de um "interior". (...) Além desse bloqueio de expansão de sentidos de um discurso em relação ao discurso que o antagoniza (condição de impossibilidade), a Teoria do Discurso enfatiza que o antagonismo é também condição de possibilidade de constituição discursiva (MENDONÇA, 2003, p.138).

Assim, é através da relação antagônica que as identidades são constituídas como incompletas, precárias e provisórias, dado que o antagonismo revela o caráter contingente e os limites de toda objetividade, sua não plenitude:

> (...) no caso do antagonismo (...) a presença do "Outro" me impede de ser plenamente eu mesmo. A relação advém não de totalidades plenas, mas da impossibilidade de sua constituição. (...) o que nele se expressa não é minha identidade, senão a impossibilidade de constituí-la (MENDONÇA, 2003, p.138).

Como as práticas articulatórias não se dão entre identidades prévias (visto que estas se definem na relação antagônica), resta definir quem (o que) é agrupado, e como são agrupados. Laclau (2013) sustenta que a menor unidade que se pode trabalhar para aferir a especificidade de uma prática articulatória são as *demandas sociais*, entendidas como solicitações que podem ou não ser atendidas. De acordo com o autor, caso sejam atendidas, o problema cessa. Do contrário, podem se articular com outras demandas não satisfeitas por meio de uma lógica que as aproxima e que fecha a articulação discursiva, a *lógica de equivalência*. Como salientam Laclau e Mouffe, "sem equivalência e sem fronteiras, é impossível falar estritamente de hegemonia" (LACLAU e MOUFFE, 2015a, p.215). Os autores alertam que, na perspectiva pós-

estrutural, a ideia de um centro da estrutura social é rejeitada e, portanto, não é possível pensar na unicidade de um ponto nodal hegemônico:

> Hegemonia é, simplesmente, um tipo de relação política, uma forma, por assim dizer, de política, mas não um lugar determinável na topografia do social. Em uma dada formação social, pode haver uma variedade de pontos nodais hegemônicos (LACLAU e MOUFFE, 2015a, p.219).

A hegemonia, assim, pode ser vista não como um bloco homogêneo, mas como uma "tensa articulação de diferenças" (LOPES, 2017, p.119). No processo de hegemonização, as demandas particulares cancelam provisoriamente suas identidades diferenciais privilegiando a dimensão de equivalência. Esse esvaziamento da dimensão diferencial é que garante a sistematicidade do sistema, ou seja, a possibilidade de o sistema "significar a si mesmo como totalidade" (LACLAU, 2011, p.71). Essa função equivalencial é exercida por um significante particular que, esvaziado de seu particular significado, "é capaz de expressar, para além de seus objetivos concretos, a plenitude ausente da comunidade" (idem, p.75). Daí a relevância dos *significantes vazios* para a teoria política do discurso de Laclau e Mouffe:

> Significantes vazios não são significantes equivocados, que se modificam contextualmente, nem são significantes deficientes de significação ou ambíguos. Tampouco são decorrentes de uma incapacidade empírica de significar uma realidade múltipla e complexa para a qual não temos uma linguagem ou instrumentos de medida adequados que nos permitam (re)conhecê-la por completo. Como discute Laclau, significantes vazios expressam a necessidade de nomear um objeto ou fenômeno ao mesmo tempo necessário à luta política e impossível de ser constituído plenamente (LOPES, 2018a, p.141).

Como se pode notar, diversos conceitos-chave da teoria psicanalítica lacaniana também foram incorporados por Laclau e Mouffe à teoria do discurso, tomados como ferramentas capazes de explorar dimensões não-racionais e inconscientes da política. A adoção destas categorias está ligada sobretudo à tentativa de romper com o essencialismo e o racionalismo que reduzem a política a um mero epifenômeno das estruturas. Muitos autores têm dado continuidade a essa aproximação (GLYNOS, 2015; GLYNOS e HOWARTH, 2018; CLARKE, 2012, 2015; GLYNOS e STAVRAKAKIS, 2008; HOWARTH e STAVRAKAKIS, 2000; OLIVEIRA *et al*¸2013), investigando o papel dos afetos, das paixões e da energia libidinal investida nas operações hegemônicas (GLYNOS, 2015).

Essa apropriação, no entanto, requer certo cuidado e parcimônia. Em texto que discorre sobre as perspectivas que a abordagem psicanalítica oferece à análise das políticas educacionais, Mathew Clarke (2015) adverte que não se está sugerindo uma aplicação bruta das categorias psicanalíticas à educação, mas apontando as possibilidades de seu uso como "dispositivos metafóricos capacitadores".

Uma das vertentes mais significativas desse trabalho é aquela desenvolvida por Glynos e Howarth, pesquisadores da Universidade de Essex/UK. Partindo das noções de "falta constitutiva" e "sujeito do desejo", os autores revisitam a metáfora lacaniana do estágio do espelho, momento de individuação que implica a separação alienante (a perda) e a distinção entre o eu e o outro. Concebido inicialmente como um momento do desenvolvimento infantil ligado aos três registros da psique humana (real, simbólico e imaginário), o estágio do espelho[13] passou a ser compreendido como uma estrutura duradoura na qual a batalha do sujeito humano está sendo permanentemente travada (CLARKE, 2015). Essa, no entanto, é uma perda paradoxal: ao mesmo tempo que nos inicia no sofrimento da perda, é fonte do desejo de recuperar a plenitude perdida. Explorando a capacidade metafórica desse registro, é possível afirmar que, na política, as identificações com certas propostas de reforma, por exemplo, funcionam como formações especulares através das quais indivíduos ou grupos buscam recuperar um imaginado ou fantasmático estado anterior de harmonia, plenitude e realização, por meio de projeções para um futuro impossível.

Glynos e Howarth têm explorado a "presença disruptiva do "Real[14]" em qualquer ordem simbólica – uma presença que marca a impossibilidade de qualquer suposta plenitude do ser, seja no nível de estruturas, sujeitos ou discursos" (GLYNOS e HOWARTH, 2018, p.56).

Baseados em uma ontologia social que enfatiza a contingência radical e a incompletude estrutural de todos os sistemas de relações sociais, Glynos e Howarth (2018, p.55) dedicam-se a formular uma alternativa ao paradigma da lei causal (neo-positivistas e realistas-críticos) e das autointerpretações contextualizadas (hermenêuticas) no âmbito das ciências sociais contemporâneas. Formulando uma perspectiva de explicação crítica que parte da síntese das ideias centrais desenvolvidas por Laclau e Mouffe em seus diversos trabalhos e da psicanálise

---

[13] O estádio do espelho é uma metáfora lacaniana para demonstrar como a formação do Eu depende fundamentalmente de um processo ligado à constituição da imagem do corpo próprio refletido (SAFATLE, 2017). Ao reconhecer pela primeira vez sua imagem no espelho, a criança reage, se confunde e, por fim, se reconhece na imagem do outro, que adquire valor simbólico, é integrada ao outro da ordem simbólica (DUNKER, 2011), o grande Outro, "a partir do qual eu observo (e julgo) a mim mesmo" (ŽIŽEK, 2010, p.100). O reconhecimento (a identificação) é tanto o reconhecimento do desejo quanto o desejo do reconhecimento. "Eu só posso me reconhecer como outro - Eu sou o outro - a partir desse momento em que esse outro (enquanto imagem) é simbolicamente integrado ao grande Outro" (DUNKER, 2011).

[14] "Em um sentido muito lacaniano, a realidade corresponde à identidade discursivamente construída dos objetos, enquanto o Real nomeia aquilo que é impossível articular no discurso. A realidade é aquilo que o sujeito social constrói empregando seus recursos simbólicos e imaginários (...) o Real é aquilo que permanece à margem deste campo de representação, aquilo que segue impossível de simbolizar (...) Ainda que o Real seja irredutível por definição ao campo de construção da representação, não obstante, se mostra indiretamente através dos caprichos e das inconsistências do funcionamento deste último (...) Os lapsos, os sonhos, sintomas são os lugares onde o sentido consciente ordinário é distorcido ou interrompido e onde outra dimensão – o inconsciente – faz sentir sua presença". (GLYNOS e STAVRAKAKIS, 2008, p.253-254).

lacaniana, os autores buscam aprofundar os recursos que permitem investigar a força que torna possível a adesão a uma operação significante ou a determinada cadeia equivalencial.

Laclau distingue dois tipos de lógicas que atuam diretamente no campo discursivo: as *lógicas sociais*, "algo que envolve um sistema rarefeito de enunciados, isto é, um sistema de regras que estruturam um horizonte no qual alguns objetos são representáveis, enquanto outros são excluídos (LACLAU, 2013, p.181-182)". A lógica social é delineada em um eixo sincrônico, e fornece uma espécie de descrição ou caracterização de um regime ou prática particular, como por exemplo, a lógica social do mercado nas economias capitalistas ou do discurso do regime do *apartheid* sul-africano. As lógicas políticas, por sua vez, possibilitam uma explicação diacrônica da instituição, reprodução ou contestação de uma prática social ou regime, ou seja, da relação/tensão entre as *lógicas da equivalência e da diferença* (CLARKE, 2012).

O trabalho de Glynos e Howarth procura aprofundar essa reflexão, amplificando a incorporação das noções lacanianas à teoria política do discurso com a introdução do conceito de *lógicas fantasmáticas*:

> A noção de lógicas fantasmáticas constitui um recurso para investigar, em primeiro lugar, como e por que as formações discursivas hegemônicas logram conquistar a identificação e estruturar a subjetividade – mesmo que de forma precária e contingente – da maioria dos sujeitos individuais e coletivos em um determinado campo discursivo. Em segundo lugar, em situações de crise e deslocamento de um regime discursivo hegemônico, para investigar como e por que diferentes discursos capturam a identificação de um grande número de sujeitos e fortalecem seu poder de estabelecer um (novo) horizonte de sentido para a realidade (...) As lógicas fantasmáticas apresentam-se, assim, como padrões de narrativas partilhadas – fantasias sociais – que cumprem o papel de suturar e aplacar a angústia da falta gerada pela impossibilidade de realização e totalização plena do sujeito e da realidade social e, ao mesmo tempo, que passam a estruturar o gozo dos sujeitos ao estabelecer um jogo de promessa e frustração dessa realização, cuja impossibilidade passa a ser atribuída a um elemento externo, apontado como obstáculo à realização subjetiva e social (OLIVEIRA, 2018, p.198-199).

O engajamento com a fantasia, que se refere ao desejo de recuperar o estado de harmonia supostamente perdido, se desenvolve inicialmente com a identificação de uma falta, geralmente uma identificação imaginária com um outro ilusório – nas políticas educacionais podem ser as nações mais desenvolvidas – que passa a ser a referência do que *ainda* não se tem, um estado de completude impossível para o qual se dirigem as projeções e as decisões estratégicas.

As fantasias podem se dar em uma direção *beatífica*, em que a realização de um objeto específico concreto é vista como a chave para um estado mais generalizado de bem-estar: a adoção de um pacote de reformas gerencialistas para fazer a "revolução educacional", por exemplo (CLARKE, 2015). Nas fantasias beatíficas, os deslocamentos e contradições são

suavizados, as tensões e os efeitos adversos são convenientemente ignorados - a desigualdade ainda maior de investimentos entre escolas, a segregação educacional e social etc.

Mas também são desenvolvidas como *fantasias horroríficas*, uma espécie de cenografia do caos anunciado: alimentada de paranoias e bodes expiatórios, o lado horrível da fantasia antecipa as frustrações e os desastres, caso não sejam tomadas as medidas necessárias para superar um dado obstáculo (GLYNOS e HOWARTH, 2018; CLARKE, 2015; OLIVEIRA, 2018). Seguindo nosso exemplo, a estagnação da economia, o fracasso escolar e os professores incapazes funcionariam como sombras sobre um futuro de promessas.

> A partir de nossa perspectiva, as lógicas políticas e fantasmáticas nos ajudam a fornecer um relato (...) As lógicas fazem isso porque tornam visíveis e nos permitem construir uma narrativa que tipicamente compreende uma ameaça, um obstáculo e a formulação do problema que define os termos do debate e a gama de possíveis soluções políticas (GLYNOS e HOWARTH, 2018, p.84).

Assim, a abordagem das lógicas nos permite capturar, numa espécie de "redescrição retórica[15]" (GLYNOS e HOWARTH, 2018), o sentido, as regras e as "precondições ontológicas" (idem, p.99) envolvidas em uma prática ou regime de práticas, ou seja, seu caráter contingente e político.

1.1.2 A desconstrução em Derrida: indecidibilidade e tradução

Também a filosofia da diferença de Jacques Derrida é tomada aqui como referência para o estudo das políticas curriculares. Sua leitura no campo da educação tem se dado por diferentes perspectivas, produzindo interpelações e deslocamentos importantes nas formas de pensar a hostilidade/hospitalidade da escola, as alteridades escolares, o conhecimento, a escrita.

Considerada "extensa, rigorosa e original" (SISCAR, 2012), a obra de Derrida é, em grande parte, dedicada ao questionamento do logocentrismo e da metafísica da presença que marcam a história da filosofia ocidental. A busca da verdade por meio do privilégio da razão está assentada

> (...) na ilusão de que um signo realiza a presença de algo exterior a ele mesmo: a presença do significado ao qual um significante se refere, a presença do objeto ao qual um enunciado se refere, a presença do sujeito que fala (...) Segundo Derrida, o signo sempre é representação e não apresentação de uma presença plena. Como representação, o signo é submetido ao diferir, à tradução. O processo de representar

[15] A retórica aqui é pensada na perspectiva da teoria do discurso de Ernesto Laclau, ou seja, não como uma distorção da linguagem e do real, um artifício que confunde, adorna, afasta da clareza; mas como lógica de constituição das identidades e ordens políticas. Para Laclau, o social como espaço discursivo se estrutura retoricamente. A representação hegemônica é constitutivamente retórica (LACLAU, 2013).

> (re-apresentar) não é puro reflexo de algo fora do signo, mas constituição de novos e diferentes sentidos (LOPES, 2018a, p.139).

O modo de pensar derridiano se afirma no diferimento e busca desalojar as ilusões logocêntricas que tentam impedir a disseminação dos significados e negar o jogo das diferenças. Questiona, assim, a transparência da linguagem e o fundacionalismo das epistemologias.

Não é objetivo desta seção apresentar as nuances e a complexidade de seu pensamento, mas explorar alguns dos indecidíveis[16] derridianos que abrem caminhos instigantes para a interpretação das políticas educacionais.

Entre os chamados filósofos da diferença inspirados por Nietzsche - Deleuze, Lyotard e Derrida – é este último aquele que consegue condensar, na engenhosidade do neografismo *différance*, a "ordem que resiste a oposição entre o sensível e o inteligível" (HEUSER, 2005, p.90). A discreta intervenção gráfica – a substituição do "e" pelo "a" – ao mesmo tempo que mantém a pronúncia, o aspecto fônico, introduz uma diferença gráfica, criando uma palavra que não existe na língua francesa. Com isto, Derrida abala o privilégio fonético de Saussure, que não pode distinguir a diferença silenciosa. Mais do que isto, fazendo a análise semântica do verbo *diferir*, encontra para ele dois sentidos no latim *differe*: "ação de remeter para mais tarde, de ter em conta o tempo e as forças numa operação que implica um cálculo econômico, um desvio, uma demora" (DERRIDA, 1991, p.38-39); e "não ser idêntico, ser outro, discernível" (idem, p.39). O autor lembra ainda que, no francês, a palavra diferente pode ser escrita com *t* ou *d,* uma vez que os termos *différent* (diferente) e *différend* (diferendo) são fonicamente idênticos, esteja em questão a alteridade de dissemelhança, quer a alteridade de alergia e de polêmica.

Com a operação da *différance,* Derrida reivindica os sentidos perdidos do diferir, como temporização, e do diferendo, como *polemos,* remetendo para toda a configuração das suas significações (DERRIDA, 1991, p.39). Espécie de compensação que reintroduz a irredutível polissemia, a *différance* é "produzida e produtora de efeitos de diferenças na língua" (HEUSER, 2005, p.93).

Ainda que nada escape ao jogo da *différance,* ela não é um conceito-mestre, não é um ente-presente, não comanda nada, não reina sobre nada, não exerce autoridade alguma, nem é

---

[16] Tanto Derrida como Laclau preferem não trabalhar com a lógica conceitual, ontologicamente vinculada ao logocentrismo e à metafísica da presença. A pressuposição de uma essência na fixação de um sentido torna a ideia de conceito incompatível com adiamento da significação que o remetimento de um significante ao outro engendra. O jogo das diferenças é irredutível ao aprisionamento conceitual: "Neste jogo de rastros, a *différance* encontra-se envolvida em um trabalho que põe em movimento, por meio de uma cadeia de outras configurações textuais – o que Derrida chamará de *indecidíveis* – que não se deixam compreender na 'oposição filosófica (binária) e que, entretanto, habitam-na, opõe-lhe resistência, desorganizam-na" (HEUSER, 2005, p.95).

um dispositivo que garanta que a presença diferida possa ser sempre reencontrada (DERRIDA, 1991, p.52-53).

> A *différance* é o que faz com que o movimento da significação não seja possível a não ser que cada elemento dito "presente", que aparece sobre a cena da presença, se relacione com outra coisa que não ele mesmo, guardando em si a marca do elemento passado e deixando-se já moldar pela marca da sua relação com o elemento futuro, relacionando-se o rastro menos com aquilo a que se chama presente do que àquilo a que se chama passado e constituindo aquilo a que chamamos presente por intermédio dessa' relação mesma com o que não é ele próprio: absolutamente não ele próprio, ou seja, nem mesmo um passado ou um futuro como presentes modificados. É necessário que um intervalo o separe do que não é ele para que ele seja ele mesmo (DERRIDA, 1991, p.45).

Assim, a significação de algo só existe na relação com o que não é o mesmo, não há nada fora de relações de diferenças, "não há o *em si*, só efeitos de diferenças; algo só é a partir do rastro de outro, que também é rastro de outros rastros" (HEUSER, 2005, p.95). O *rastro* derridiano não corresponde ao rastro do esquema clássico-metafísico que derivaria de uma presença, uma marca empírica, um rastro originário. Não há rastro originário, o princípio difere dele mesmo. Tudo o que se arquiva em nossa língua traz em si o rastro de outro. Eis que a própria ideia de *arquivo* passa a ser vista em sua dimensão política: a palavra *arkhê* designa

> tanto o *começo* (...) princípio físico, histórico ou ontológico, princípio que diz respeito ao lugar *onde* as coisas *começam* (...) quanto ao *comando*: o princípio nomológico, princípio da lei que diz respeito ao lugar *onde* os homens e os deuses *comandam*; portanto, onde se exerce a autoridade, a ordem social, enfim, o lugar a partir do qual a *ordem* é dada, estabelecida, instituída. (DUQUE-ESTRADA, 2018, p.41-42, grifos do autor).

Tanto a estabilização – por hegemonia – de um sentido, quanto sua disseminação como um *universal* – um conteúdo, uma prática – passam a ser vistos como um *ato de poder*, uma decisão em terreno indecidível, "uma violência do desejo de presença (...) violência da afirmação – ou do poder arcôntico" (idem, p.51-52) que, de modo precário e contingente, exclui outras possibilidades de significação. Aqui podemos pensar, como o faz Derrida, na ideia da Europa como um *cabo*, uma "ponta dianteira da *exemplaridade"*, o começo (da razão) e o comando, a cabeça, enfim, o *arkhê* e ao mesmo tempo o *telos*, a ideia de fim, "o lugar a partir do qual e em vista do qual tudo tem lugar" (DERRIDA, 1991, 28-29), mas também podemos pensar em práticas pedagógicas, em práticas de cuidado, em bases e diretrizes curriculares.

Tomada como uma espécie de síntese impossível de sua obra, a *desconstrução* tem sido amplamente difundida e insuficientemente compreendida. Sua banalização teórica decorre, entre outras coisas, de sua vinculação apressada ao pós-modernismo e de suas reduções conceituais:

> Porém, é necessário lembrar que aquilo que comumente chamamos desconstrução não é uma lógica da inversão, da subversão, no sentido de negação da ordem. Ela é mais exatamente um questionamento da hierarquia, um questionamento da oposição que subordina e que precisa sempre excluir, para fazer sentido (...) difere igualmente da crítica, por não tratar a estratégia como posição de um sujeito puramente ativo, puramente consciente. Assim sendo, a desconstrução não tem as características de um método, aplicável em quaisquer circunstâncias. Derrida explicita aquilo que na desconstrução se liga à desmontagem (metáfora mecânica) e à demonstração (sentido exegético da análise). Esse é o seu sentido ativo, em razão do qual poderíamos dizer "desconstruir" um texto, um raciocínio, uma teoria. Mas, não se reduz à consciência ativa de um sujeito, se procura responder ao apelo do acontecimento, então há algo de passivo que convive com o sentido anterior (SISCAR, 2012, p.39-40).

Entre outras coisas, a desconstrução derridiana coloca em xeque a ideia da autoria, da origem, uma vez que o texto sempre excede a nomeação dos próprios autores, e tampouco estes são capazes de controlar a disseminação de seus sentidos. Isto, contudo, não dá à desconstrução um caráter iconoclasta, de destruição da origem e instauração de uma nova e arbitrária hierarquia do leitor (SISCAR, 2012, p,42-43).

A leitura desconstrutiva do marxismo, e particularmente, do trabalho de Gramsci operada por Laclau e Mouffe em *Hegemonia e Estratégia Socialista* (2015a) é, portanto, uma forma de manter vivo o poder mobilizador da esquerda sem abandonar as bandeiras de justiça social (LOPES, 2018b). Herdeiros ao mesmo tempo fiéis e infiéis, se inspiram no conceito de articulação de Gramsci, mas questionam no autor italiano o essencialismo e o determinismo econômico que garantiria a classe trabalhadora como o agente privilegiado dos processos articulatórios e da transformação social. Laclau e Mouffe concebem a articulação como contingente, sem direção ou lideranças pré-definidas, em um claro movimento de contestação do determinismo estrutural. A *indecidibilidade* da estrutura, noção derridiana que é incorporada à teoria do discurso, fornece elementos para pensar a decisão política com um ato que não se restringe à razão:

> A estrutura é indecidível não porque seja impossível decidir – a decisão é inevitável – mas porque uma decisão só é concebida enquanto tal se não é calculável nem pré-inscrita na estrutura. Derrida chama a atenção para a incompletude da indecidibilidade, para como ela excede ao cálculo e chama à responsabilidade ético-política. Qualquer decisão para ser assim chamada passa pela experiência da indecidibilidade (LOPES, 2018b, p.93).

Para Derrida, a indecidibilidade não é um momento a ser atravessado e superado. Não deve ser atribuída à eventualidade das situações, ao incipiente desenvolvimento teórico-metodológico ou à imprecisão dos instrumentos disponíveis para subsidiar racionalmente as decisões. Não existem princípios ou fundamentos que possam dar sustentação e definir as melhores e mais corretas decisões em um dado contexto. Estas se dão sempre em terrenos

indecidíveis: “a infinitude se inscreve no interior da responsabilidade” (DERRIDA, 2016, p.133).

Esse aspecto é particularmente relevante quando dirigimos nossa atenção às decisões que são tomadas no âmbito das políticas curriculares. Se fossem todas informadas pela posição dos sujeitos na estrutura ou mesmo pela racionalidade legitimada pela ciência, estaríamos diante do próprio estancamento da política. Assumindo, pelo contrário, “a hegemonia como uma teoria da decisão tomada num terreno indecidível (...) a já mencionada dimensão de indecidibilidade estrutural é a própria condição da hegemonia” (LACLAU e MOUFFE, 2015a, p.38-39).

A sinalização da indecidibilidade dos jogos de linguagem que compõem os textos (as hegemonias) remete ao compromisso de uma investigação discursiva com a desconstrução da lógica hegemônica que busca ordenar o social com a política. Essa operação, no entanto, não visa o descortinamento do Real (no sentido lacaniano), uma vez não há origem passível de ser recuperada em todos os significados e implicações de um contexto. A indecidibilidade continua habitando a decisão (DERRIDA, 2016, p.133). Pelo contrário, investe-se da responsabilidade de *traduzir* o intraduzível, de comprometer-se com a “temível e irredutível dificuldade da tradução” (DERRIDA, *apud* SISCAR, 2012, p.153).

Uma das formas de incorporação do pensamento de Derrida às investigações do campo do currículo tem sido realizada pelo tensionamento que a noção de *tradução* provoca na ideia de recontextualização, conceito forjado por Bernstein e posteriormente utilizado por Stephen Ball para compreender as reinterpretações de um texto ou discurso em sua transferência de um contexto a outro (do contexto internacional ao nacional, do mundo do trabalho ao espaço escolar, por exemplo).

Em artigo que defende a potência da noção tradução na investigação de políticas curriculares, Lopes, Cunha & Costa (2013) consideram que, apesar do enriquecimento teórico introduzido por Ball com a ideia de recontextualização por hibridismo, persistem limites que reduzem o simbólico a um epifenômeno dos contextos, cujo poder de coerção é considerado exterior à linguagem. Com a tradução, a interpretação perde seu sentido negativo de distorção de um suposto *sentido original*, e a análise procura investigar “os efeitos de sentido produzidos e capazes de criar um dado contexto e mesmo uma comunidade em torno dos novos sentidos produzidos” (LOPES; CUNHA; COSTA, 2013, p.405). Assim, a própria condução de uma pesquisa não escapa a uma relativa arbitrariedade da tradução:

> Na busca em fixar uma interpretação na pesquisa, operamos em vários momentos como se fosse possível interromper o processo, fixar uma possível significação a partir da qual a análise se torna possível, tirar como que uma fotografia que expresse de alguma forma um ponto a partir do qual se sucede a análise, com todas as opções

> violentas, com toda parcialidade, prioridades e negligências, que levam a uma fotografia, a uma forma de apreender determinada problemática de pesquisa. O mesmo se dá quando se inventa uma origem a partir da qual se faz uma história: analisar as contingências dessa escolha é uma das formas de tentar escapar aos limites que a própria definição impõe. Ou ainda entender os pontos nodais que produzem uma aparente estabilização do sentido e da estrutura de interpretação fazendo com que ela pareça ser natural, permanente, obrigatória e, por isso, hegemônica. Assim a estrutura da interpretação se institucionaliza, sustentada pelas demandas que são articuladas em torno dessa instituição (LOPES; CUNHA e COSTA, 2013, p.405).

A tradução, vista dessa forma, insere – e reconhece – a própria produção do conhecimento científico no jogo político da disputa hegemônica pela significação:

> Produzir sobre aquilo que não se pode apreender, pensar que o que fazemos com nossas investigações sobre a política curricular é eminentemente, na busca por desconstruir as hegemonizações como tentativas de estabilização (da produção de conhecimento, da escola, da formação de professores, das disciplinas escolares), produzir sentidos para as políticas, leituras sobre a política, produzir a política com nossas impressões, concepções, construções teóricas e estratégicas de investigação. Responsabilidade acionada pelo reconhecimento de nunca podermos dar conta de tudo (responder a todas as interpelações, racionalizar sobre tudo, apreender todo o sentido/significado do texto da política, do contexto). O que se faz, a todo o tempo, então, é diferencialmente traduzir, iterar, inscrever-se na (cena da) escritura, é focalizar os contextos de produção de sentidos para as políticas, tendo em vista que nos é vetada a possibilidade de acesso ‘ao’ significado e consentida, via iteração, a oportunidade de produzir sentidos sobre estes contextos, fundando outros. É poder (ou precisar) fazer jogadas em um jogo cujas regras são desconhecidas à história, à razão e ao cálculo (LOPES, CUNHA e COSTA, 2013, p.406).

Busco aqui extrapolar o sentido usual do termo *tradução*, que designa os atos de transferência de uma língua à outra. Compreendo, como Siscar (2012), que a questão da tradução “é extensiva a toda produção de conhecimento” (p.152). Mesmo a passagem de uma experiência não-linguística para uma linguagem qualquer (do pensamento à fala ou escrita, por exemplo) é assim entendida como tradução. Para o autor, a ideia da tradução em Derrida não se prende à ilusória “duplicação derivativa do original (entendido como significado)” (p.152), mas se constitui em uma “passagem ao discurso”, uma recriação sempre interpretativa e, portanto, aberta à diferentes leituras. Por não permitir o acesso à “origem” do significado, a tradução é inevitavelmente *traição*, uma nova significação, uma “tentativa de aliança e promessa” (LOPES, CUNHA E COSTA, 2013, p.403).

> Para que um escrito seja um escrito, é necessário que continue a "agir" e a ser legível mesmo se o que se chama o autor do escrito não responde já pelo que escreveu, pelo que parece ter assinado, quer esteja provisoriamente ausente, quer esteja morto ou que em geral não tenha mantido a sua intenção ou atenção absolutamente atual e presente, a plenitude do seu querer-dizer, mesmo daquilo que parece ser escrito "em seu nome" (DERRIDA, 1991, p.357).

Como não há presença, a coisa em si mesma, a linguagem funciona ao re-citar as formas linguísticas convencionais. A citacionalidade implica a *iterabilidade* da marca escrita[17], a repetição dos recursos semióticos, porém, não como simples réplica:

> Iterabilidade implica repetir e mudar ao mesmo tempo. É na dinâmica das repetições que a iterabilidade produz o que Derrida denomina de *force de rupture*: ao serem tirados de um contexto e repetidos em outro os signos linguísticos carregam consigo traços do contexto anterior e os expõem ao novo contexto produzindo assim ruptura e continuidade simultâneas" (BORBA, 2014, p. 465).

A iterabilidade é assim constitutiva da linguagem, seja da escrita, dos atos de fala ou dos enunciados performativos. Enquanto a *différance* afirma que não há a coisa enquanto tal, mas o rastro, a iterabilidade anuncia não a sua presença, mas a referência a ela, sua retomada:

> Em outros termos, a noção de iterabilidade nos diz que o que é primeiro nunca é a coisa, mas a sua repetição – na palavra, no discurso, enfim, em alguma estrutura referencial. Sempre e desde o primeiro momento, o que se dá é a repetição da coisa na referência que a ela se faz, e não a coisa mesma (DUQUE-ESTRADA, 2018, p.57).

A identidade de uma forma significante é paradoxalmente a divisão ou dissociação de si. Afastado do referente e do significado, o signo é uma deriva essencial, e sua unidade se constitui apenas pela sua iterabilidade,

> pela possibilidade de ser repetida na ausência não só do seu "referente", o que é evidente, mas na ausência de um significado determinado ou da intenção de significação atual, como de qualquer intenção de comunicação presente. Esta possibilidade estrutural de ser privada do referente ou do significado (portanto da comunicação e do seu contexto) parece-me fazer de qualquer marca, seja ela oral, um grafema em geral, quer dizer, como se viu, a permanência não-presente de uma marca diferencial separada da sua pretensa "produção" ou origem (DERRIDA, 1991, p.359).

Essa permanência não-presente também é constitutiva da lógica do *espectro*: a aparição e o retorno. A espectralidade é anacrônica, dessincroniza o tempo, subverte-o. Um espírito que, interrompendo a especularidade, ronda e corrompe o presente.

Em *Espectros de Marx*, Derrida promove uma desconstrução do marxismo, localizando uma indecidibilidade que opõe espírito e espectro, ontologia e *rondologia*. Essa dualidade[18]

---

[17] Para Derrida (1991, p.356), "iterabilidade - *(iter,* de novo, viria de *itara, outro* em sânscrito, e tudo o que se segue pode ser lido corno exploração desta lógica que liga a repetição à alteridade) estrutura a própria marca de escrita, qualquer que seja aliás o tipo de escrita (pictográfica, hieroglífica, ideográfica, fonética, alfabética, para nos servirmos destas velhas categorias)".

[18] Essa dualidade também foi identificada por Laclau em *Nuevas reflexiones sobre la revolucion de nuestro tempo,* onde comenta a impossibilidade teórica de integrar as lógicas apresentadas no prefácio à *Contribuição a crítica da economia política* e no *Manifesto do Partido Comunista*: "El *Prefacio presupone* un período de revolución social, *presupone* el carácter antagónico de las relaciones de producción capitalista y de las que las precedieron, pero no integra *logicamente* estos momentos antagónicos —en los que la lucha de clases se funda— al modelo de cambio histórico que la contradicción fuerzas productivas /relaciones de producción nos presenta. Según veremos en un instante, la dificultad reside aquí en el hecho de que si la contradicción fuerzas productivas / relaciones de producción es una contradicción *sin* antagonismo, la lucha de clases es, por su parte, un antagonismo *sin* contradicción (LACLAU, 2000, p.23).

consiste na dupla lógica que contrapõe o determinismo econômico (contradição entre as forças produtivas e as relações de produção - economicismo) e a orientação ética do socialismo (a luta de classes - primazia do político). Marx concebe sua crítica como exorcismo de um simulacro espectral. A tentativa de Marx de trabalhar na perspectiva única da ontologia, na possibilidade de transcendência da sociedade burguesa e a realização de uma sociedade enfim reconciliada é contestada por Laclau:

> A leitura desconstrutivista nos mostra que a "ontologia" – a plena reconciliação – é inalcançável, que o tempo está constitutivamente deslocado, que o fantasma é a condição de possibilidade de todo presente, a política torna-se também constitutiva do vínculo social (LACLAU, 2011, p.112).

Derrida mostra os espectros de Marx em seu duplo genitivo: de um lado, Marx como espectro, como sinonímia para o comunismo por-vir, o espírito que ronda como um horizonte e que de certa forma impede o triunfo capitalista; de outro, os espectros que visitaram e assombraram o próprio Marx. Os fantasmas da religião, da forma-mercadoria, do fetiche: "a crítica dos fantasmas ou dos espíritos seria, portanto, a crítica de uma representação subjetiva e de uma abstração, do que se passa na *cabeça*, do que não sai senão da cabeça (DERRIDA, 1994, p. 228)".

A espectralidade é assim concebida como uma presença ausente, uma frequência de visibilidade do invisível, um *acontecimento* que não se enquadra em lógicas cronológicas. Envolve uma incorporação paradoxal: as ideias e os pensamentos são separados, dissociados de seu substrato, rondando fantasmagoricamente, ganhando um corpo:

> Isso significa, *inter alia* que a linguagem anacrônica das revoluções, às quais Marx faz referência e as quais Derrida analisa, é inevitável: a antiga revolução está presente na nova, não em sua particularidade, e sim, em sua função universal de ser uma revolução, como a encarnação do princípio revolucionário como tal (LACLAU, 2011, p.116).

Meu interesse pela tradução como espectralidade decorre da percepção de que a política – e as políticas curriculares – em sua inelutável condição espectral, são "visitadas" pelo atravessamento da alteridade, pela re-aparição de sentidos que tensionam/assombram o instituído. Assim como Marx não está enterrado sob os escombros do muro de Berlim, as formações discursivas nas políticas curriculares também são habitadas pelos discursos e pela presença de um passado/futuro que insiste em lhes visitar.

A política, como tentativa de fechamento da significação, de dominar o campo da discursividade, é sempre uma tradução, uma escrita que "extrapola um suposto pensamento originário" (CUNHA; COSTA e BORGES, 2018, p.192). Não apenas os textos são lidos na diferencialidade dos contextos das escolas, dos sistemas e serviços de saúde, mas também a

própria escrita, em sua deriva essencial, mobiliza incessantemente os traços que o excesso da linguagem ocasiona em cada contexto: a tradução, como disseminação da discursividade, é sempre uma operação política, ainda que não controle a significação do outro (idem, p.193).

1.2 **Políticas curriculares como prática de significação**

A constituição de um campo específico de investigação sobre as políticas curriculares é relativamente recente no Brasil. Até a década de 1970 as investigações do campo tinham a marca dos estudos políticos de cunho administrativo, concebendo a política como *guia para a prática* (LOPES e MACEDO, 2011a, p.235). Os estudos buscavam produzir diagnósticos capazes de dar respostas para a efetiva implementação das medidas propostas, não colocando em questão a forma como tais políticas eram constituídas. Com o processo de redemocratização, a hegemonia funcionalista é abalada e as teorizações marxistas ganham força.

O maior esforço por investigar as políticas curriculares no Brasil e no mundo coincide com a centralidade conferida ao currículo nas reformas educacionais iniciadas no contexto de globalização nos anos 1980 (PAIVA, FRANGELLA e DIAS, 2006; LOPES e MACEDO, 2011a). Desse período, decorre certa concentração de estudos na crítica às políticas neoliberais por meio da análise de documentos de agências governamentais e multilaterais. As pesquisas deixam de ser desenvolvidas principalmente como subsídio aos órgãos de governo e passam a ser dirigidas à comunidade acadêmica e à produção de conhecimento na área. Da preocupação com a eficiência das medidas administrativas, a agenda das pesquisas se dirige ao entendimento do impacto da difusão de documentos curriculares nos diferentes países (LOPES e MACEDO, 2011a). As políticas curriculares passam a ser investigadas a partir de categorias como poder e ideologia, em enfoques que privilegiam o Estado e a estrutura econômica como determinantes da organização e das práticas educacionais. A linearidade e unidimensionalidade destas abordagens não deixam espaço para a ação humana, aproximando a análise das políticas curriculares das teorizações educacionais da correspondência e da reprodução. Refletindo sobre estas limitações, Lopes (2011) afirma que

> Tais teorias, sintonizadas com a discussão crítica de currículo, são de extrema importância na constituição do campo e na compreensão das políticas, bem como são importantes no questionamento de perspectivas instrumentais de currículo. Elas, no entanto, não nos parecem suficientes para análise das políticas de currículo, porque tendem a interpretar os diferentes textos e discursos circulantes, desconsiderando as dinâmicas mais complexas de interlocução com o discurso pedagógico, as demandas educacionais da sociedade mais ampla e as tradições curriculares das escolas e do meio educacional. A despeito de haver a afirmação de que as políticas envolvem processos de negociação e luta entre grupos rivais, tais processos parecem ser

> identificados apenas na implementação de projetos políticos, não na própria produção desse projeto (LOPES, 2011, p.26).

Nas teorias centradas no Estado, o estabelecimento de correlações lineares entre os processos macro-estruturais e as práticas escolares reduzem a discussão dos conflitos, negociações e as ambivalências das práticas a mera circunstancialidade. A vasta produção de estudos sobre as reformas educacionais – vistas como parte de um processo mais amplo de redefinição do papel do Estado no contexto de crise do capitalismo financeiro – atesta a força dessa perspectiva na teorização crítica.

O confronto com as perspectivas estadocêntricas, entretanto, não deve ser produzido no outro extremo dessa representação da política, ou seja, no cotidiano das práticas curriculares. A recusa da separação entre elaboração e implementação das políticas implica a recusa de diversos outros binarismos, como teoria e prática, estrutura e agência, currículo prescrito e currículo vivido. Se, por um lado, ao criticar o modo autoritário, tecnocrático e verticalizado de elaboração das políticas, as abordagens *top-down* conferem onipotência ao Estado e invisibilizam os demais contextos de produção da política, os enfoques cotidianistas, por outro, ao apostarem na experiência e autonomia do professor e das escolas na produção do "verdadeiro" currículo, incorrem em certa ingenuidade ao minimizarem os efeitos de poder dos contextos de influência e das redes políticas que produzem sentidos sobre a escola. Invertendo o sentido na abordagem das políticas curriculares, estes enfoques se configuram como um outro lado da mesma verticalidade, agora *down-top.*

Procurando fugir das armadilhas destas perspectivas, diversos autores do campo aproximam-se das abordagens pós-estruturais visando realçar a dinamicidade e complexidade dos processos políticos. É assim que, a partir dos anos 1990, as pesquisas desenvolvidas por Stephen Ball e colaboradores passam a dar ênfase ao caráter de construção da política curricular, "numa abordagem cíclica, marcada pela heterogeneidade de discursos e pela diversidade de sujeitos e de grupos sociais que dela participam" (PAIVA, FRANGELLA e DIAS, 2006, p.245).

Contestando o caráter totalizante das políticas e a ideia de homogeneização resultante, Ball (com Richard Bowe e Anne Gold) concebem a abordagem do *ciclo de políticas,* tendo em vista superar a divisão entre proposta e implementação das políticas e reestabelecer as conexões entre o macro e o micro:

> O ciclo contínuo de políticas tem como preocupação central a recontextualização que ocorre nas escolas (...) Como modelo analítico, o ciclo é composto, em sua versão inicial, de três contextos inter-relacionados entendidos como um conjunto de arenas públicas e privadas de ação: contexto de influência, contexto de produção do texto político e contexto da prática (LOPES e MACEDO, 2011a, p.247).

Na primeira formulação de Ball para o ciclo de políticas, é no *contexto de influência* que a política nasce, onde são definidos em primeira mão os princípios básicos que lhe dão sustentação e onde atuam os grupos de interesse com maior poder de persuasão, como as agências multilaterais, as grandes corporações, os organismos internacionais, as esferas de governo, os partidos políticos e as comunidades disciplinares e institucionais (LOPES e MACEDO, 2011a). O *contexto de produção do texto político* "envolve as agências executivas e legislativas que assinam as regulamentações" (idem), e é onde a política é representada na forma de documentos oficiais, diretrizes e programas. É no *contexto da prática* que os textos e os discursos da política são reinterpretados pelos professores e demais integrantes da comunidade escolar, mediados principalmente pelas comunidades disciplinares e pelas especificidades institucionais. A radicalização desse entendimento implica a possibilidade de se pensar a escola como espaço de produção da política.

O privilégio conferido ao contexto de influência em muitos dos trabalhos de Ball, no entanto, coloca em risco a própria ideia-força do modelo – a relação entre os contextos como um *ciclo contínuo* e não hierarquizado – e caracteriza o deslizamento interpretativo entre as matrizes estruturais e pós-estruturais que marca sua trajetória de pesquisador (LOPES e MACEDO, 2011c).

A potencialidade do ciclo é mais bem trabalhada quando o autor discute as passagens dos contextos de influência para os contextos de produção do texto político e da prática, processo esse marcado pela noção de representação (idem, p.258). Em diálogo com a teoria literária, Ball compreende a política como *texto* que pode ser lido de diferentes formas, em um atravessamento de sentidos produzidos a partir das demandas do contexto da prática, cujas especificidades e contingências, por sua vez, estão em relação direta com compromissos políticos e governamentais, história institucional, trajetórias de formação docente, filiações pedagógicas e disciplinares (LOPES e MACEDO, 2011a, p.248).

Essa abertura a múltiplas interpretações, no entanto, não indica que *qualquer* sentido pode ser produzido a partir de qualquer texto. As interpretações são possíveis dentro de um campo de discursividade marcado por relações de poder. Assim, o autor também concebe a política como *discurso*, focalizando a tentativa de controle dos sentidos da política no momento de sua enunciação. Ainda que diversos mecanismos sejam acionados visando o direcionamento das leituras, "esse controle é sempre parcial, seja pela própria lógica da política, seja pelas características próprias do fato de se tratar de um texto" (LOPES e MACEDO, 2011c, p.259). Para além da própria limitação da linguagem enquanto representação, as autoras salientam que a política é geralmente representada por vários textos que nem sempre guardam coerência entre

si, é estabelecida em meio a outras políticas que podem ser contraditórias, freando ou atenuando sua significação e que o texto político é o resultado de uma negociação complexa entre diferentes atores e demandas, em uma tessitura de tipo *bricolage*.

Trabalhando com um referencial próximo ao de Ball, o pesquisador escocês Hope Pius Nudzor, da Universidade de Strathclyde, Glasgow/UK, aponta o paradoxo da implementação de políticas, em que os resultados obtidos quase sempre diferem significativamente dos objetivos pretendidos. Na tentativa de explicar tal disjunção, parte da crítica aos argumentos formulados pelas abordagens técnico-racional e democrático-participativa para defender uma concepção pós-moderna de política, entendida como texto e como discurso. Para o autor, pensar a política como texto implica uma "pluralidade de possíveis leituras plausíveis ou prováveis de serem produzidas" (NUDZOR, 2010, p.216), rejeitando suposições idealistas e tecnocráticas que a concebem de modo instrumental ou racional. Construídas em meio a um terreno contestado, confuso e negociado, as representações da política podem ser alteradas e se transformar em face das mudanças dos contextos, alterando-se os atores, os intérpretes-chave e as interpretações (idem, ibidem). Essa perspectiva também rechaça a suposição de que existe um sentido único ou correto de interpretação dos textos da política, capaz de representar as reais intenções de seus autores.

Entendida como discurso, a política expõe e legitima a questão do poder. Numa perspectiva foulcaultiana, enfatiza as "limitações sobre o que pode ser dito e pensado, e também de quem fala, quando, onde e com qual autoridade" (WALFORD *apud* NUDZOR, 2010, p.217). Assim, consideram-se os efeitos limitadores do contexto discursivo, uma espécie de moldura em constante mudança, na qual os discursos funcionam como práticas que formam os objetos dos quais falam e dentro das quais as lutas pela interpretação são travadas. Para Nudzor, o que os definidores de política fazem é restringir "o modo como pensamos e agimos em relação às políticas" e as reações só podem ocorrer "na e por meio da linguagem, dos conceitos e do vocabulário que o discurso lhes disponibiliza" (NUDZOR, 2010, p.218).

O que o trabalho de Ball e dos demais enfoques discursivos possibilita é ampliar a articulação entre estrutura e agência, entre a política e a prática, afirmando que a prática está inserida na política, assim como a política está na prática.

Entre as mais recentes produções da teorização de Stephen Ball sobre as políticas curriculares incluem-se ainda as noções de *redes de políticas* e a *teoria da atuação*. A primeira surge como uma opção metodológica aos contextos no entendimento do ciclo contínuo de políticas. Procurando entender os novos locais de mobilização da política, o autor explora os modos complexos de funcionamento das novas redes de políticas educacionais globais. Apesar

de se referir a processos muito diversos, Ball identifica o compartilhamento de uma linguagem interrelacionada de conceitos e práticas, produtos e serviços, compondo uma formação discursiva em torno da oferta de soluções de mercado para problemas educacionais.

Buscando entender aquilo que chama de "novo paradigma de política educacional global", o autor investiga os "nós políticos" e os "locais de persuasão" – reuniões, seminários, simpósios, workshops, fóruns e conferências – e a mobilidade de políticas, compreendendo-as como "criações sociais e políticas que são contadas e recontadas em microespaços de políticas (...) onde os documentos circulam, vídeos são mostrados, experiências são recontadas, 'pesquisas' são relatadas, e sucessos de política comemorados em processos de produção de conhecimento contingentes, cumulativos e emergentes" (BALL, 2014, p.120). Analisa esses "locais de falas e de trocas" onde "a confiança é construída e os compromissos e os negócios são feitos", indicando as interconexões e sobreposições entre estes locais. Para Ball, as redes de políticas educacionais possuem

> interconectividade social e epistêmica (...) atores movem-se entre nódulos e atividades decorrentes e traçam uma cartografia de crenças e defesa (...) é uma rede geradora, que evolui pelo recrutamento de adeptos e pela persuasão de guardiões (...) [com a] junção dos esforços epistêmicos, financeiros e de políticas (...) (BALL, 2014, p.119).

Nos últimos anos, procurando uma aproximação ao contexto da prática, Ball e colaboradores têm entabulado esforços no sentido do desenvolvimento de uma Teoria da Atuação, buscando responder "de que diferentes maneiras os fatores contextuais, históricos e socioculturais afetam as escolas quando estas colocam as políticas em ação? Como as diferenças políticas entre as escolas podem ser explicadas?" (LOPES, 2016, p.05).

Em artigo apresentado em um número especial da revista Archivos Analíticos de Políticas Educativas, dedicado à obra de Stephen Ball, Lopes (2016) chama a atenção de que o termo *enactment* – utilizado pelo pesquisador inglês - não tem uma tradução precisa em português, significando, simultaneamente o sentido de promulgar/implementar e o sentido de uma performance teatral, "na qual um texto é colocado em ação por meio de personagens" (idem, p.05). A autora opta pelo uso do termo *atuação,* justamente pela possibilidade de abrigar essa dupla significação.

Em diálogo com a abordagem do ciclo de políticas, a teoria da atuação de Ball é erigida em substituição à ideia de implementação, incorporando aportes de autores como Barthes, Foucault e Fairclough. Entram em cena, portanto, as noções de política como texto e como discurso, reafirmando as dimensões regulativas do discurso e os espaços de interpretação e tradução dos textos quando colocados em ação. Referindo-se a um dos trabalhos mais recentes de Ball, Lopes (2016, p.06) destaca que, nas conclusões do autor, as políticas curriculares são

compreendidas como “estratégias discursivas para produzir o aluno, o propósito da escolarização e o professor”, e que os *standards* do currículo inglês, ainda que sejam políticas imperativas, não devem ser tratados como fenômenos totalizantes, que possam saturar o processo de significação sem fissuras:

> É afirmada também uma dimensão produtiva na ação dos professores, principalmente diante de textos *writerly*, nos termos de Roland Barthes (...). Os professores oscilam, portanto, entre as dinâmicas criativas e submissas, entre a possibilidade de escapar dos discursos políticos impositivos e aquiescer diante deles. A decisão entre esses caminhos não é apenas pessoal. Depende do contexto institucional que recebe a política, no qual eventos e encontros cotidianos são importantes espaços a serem investigados, e dos textos que disseminam a política, na forma legislativa ou nos artefatos institucionais: pôsteres, informativos, planos, materiais de divulgação. (LOPES, 2016, p.06).

Assim, Ball sintetiza a teoria da atuação afirmando que mudanças políticas estão em curso, e que a significação será sempre um efeito da política. Um dos avanços em relação à abordagem do ciclo de políticas, portanto, diz respeito à “superação do papel de origem conferido ao contexto de influência global”, uma vez que “a política ‘começa’ em diferentes pontos, assume diferentes trajetórias podendo ser formulada nas escolas, nas autoridades locais ou nos sistemas de poder centralizados” (LOPES, 2016, p.06).

Outro ponto que representa um refinamento teórico na produção de Ball é o desdobramento da noção de *recontextualização* em duas noções associadas às dinâmicas interpretativas: a *interpretação* e a *tradução*. De acordo com Lopes, a primeira refere-se à leitura inicial, uma decodificação relacionada à história e à cultura institucional, quando os professores perguntam sobre o sentido do texto e definem se devem e o que devem fazer em relação a ele. Esta noção pressupõe a captação de algum sentido fixado no texto. A tradução, de outro modo, envolve as linguagens da prática em um processo de iteração, ou seja, de repetir modificando, criando “um terceiro espaço entre a política e a prática” (LOPES, 2016, p.07).

A despeito da importância e relevância dos estudos realizados por Stephen Ball e seus colaboradores para o campo das políticas educacionais e curriculares, sua teorização apresenta limites que têm sido identificados por pesquisadores que vem trabalhando a partir de registros pós-estruturais (LOPES, CUNHA e COSTA, 2013; LOPES e MACEDO, 2011c; LOPES, 2016; MACEDO, 2016).

Uma primeira questão está associada à origem da política no contexto de influência. Diversas pesquisas realizadas no Brasil (MAINARDES, 2006, 2018; OLIVEIRA e LOPES, 2011; VARGAS, CUNHA E MOREIRA, 2019; MORAES e SPINDOLA, 2017) têm procurado entender as mudanças produzidas pelas propostas curriculares de estados e municípios sobre os discursos e textos que circulam no ciclo contínuo, buscando analisar as relações entre os

contextos. Evitam, dessa forma, a precedência de um contexto sobre os demais (LOPES e MACEDO, 2011a). Com a teoria da atuação e as noções de interpretação e tradução, Ball enfrenta este problema, afirmando que "a política começa em diferentes pontos e assume diferentes trajetórias" (BALL, MAGUIRE & BRAUN, 2016). No entanto, o acento maior no caráter contínuo do ciclo não resolve de todo a separação macro-micro. Quando introduz as dinâmicas interpretativas em sua teorização, o faz mantendo a possibilidade de captar algum sentido fixado no texto. O processo de *interpretação* e *tradução* acaba associado somente à transferência de discursos e textos de um contexto a outro:

> (...) seria apenas o trânsito entre contextos que possibilitaria a flutuação de sentidos, pois em um determinado contexto a força da regulação discursiva deteria a possibilidade de interpretação e tradução inerente à textualidade. (LOPES, 2016, p.07).

Segue-se assim que o autor não dá relevo ao espaço de produção da diferença, uma vez que sua ênfase recai nos efeitos colonizadores dos discursos sobre o contexto da prática. O silêncio sobre a agência e a ação de mudança social desafia o trabalho dos pesquisadores na compreensão dos processos de significação que resultam dos próprios limites discursivos:

> (...) parece que Ball e seus colaboradores privilegiam os processos de cerceamento e não a produção de fissuras nos discursos que nos subjetivam de determinada maneira, ou seja, não enfatizam as variações interpretativas e os espaços do diferir. (LOPES, 2016, p.08).

Para Lopes (2016), uma das formas de enfrentar esse desafio é assumir que outros discursos são possíveis, além daqueles que se universalizaram, e expressar o apagamento do caráter contingente dos discursos hegemônicos. Buscando valorizar o espaço da contestação político-discursiva, a autora questiona a tendência do campo do currículo em separar os polos da regulação e da mudança. Com Laclau e Derrida, afirma que "toda realidade é discursiva, não há nada fora do texto. Há apenas atos de poder freando o livre fluxo do significante nos jogos de linguagem" (idem, p.09). Assim, não é possível falar em uma interpretação inicial, seguida de tradução. Não é possível resgatar algum sentido original, uma vez que a significação é sempre contextual. Retornando à teoria da atuação de Ball, afirma

> Caso operemos com essa noção de linguagem, tradução e interpretação não se separam, não há interpretação sem tradução. Ou melhor, só há tradução. (...) Os polos discurso, como processo de regulação do sentido, e texto, como possibilidade de escape desse sentido estabelecido e produção da diferença, são articulados. Só pode haver interpretação porque há um discurso fixando, ainda que provisória e contingencialmente, o livre fluxo dos significados nos significantes. Só pode haver discurso porque há diferenças, múltiplos sentidos sendo produzidos em jogos de linguagem a serem fixados compondo o campo da discursividade (LOPES, 2016, p.09).

Dessa forma, a política em uma perspectiva discursiva não deve ser entendida apenas como a produção de um centro, a fixação de um sentido, uma estabilidade, mas também como a produção da instabilidade, a criação de linhas vazantes de significado que passam a circular no campo da discursividade, produzindo novas articulações hegemônicas.

Apesar das limitações da perspectiva discursiva de Ball, acredito que o autor faz aportes importantes para o campo do currículo, seja pelo questionamento que faz das concepções verticalizadas de política, seja pela possibilidade de pensar a escola como espaço de produção da política. Do mesmo modo, sua abordagem das tecnologias de política na nova gestão pública favorece o entendimento dos discursos que tem produzido novas subjetivações no campo da educação, bem como estes são articulados e integrados em comunidades e redes de políticas.

A breve recuperação de algumas das contribuições de Stephen Ball para o campo das políticas curriculares nesta tese, responde, ao meu ver, a um duplo propósito: por um lado, busca favorecer aos leitores não-familiarizados, o entendimento da transição dos referenciais críticos aos pós-estruturais realizada pelo autor na análise das políticas educacionais; por outro, estabelecer o diálogo com pesquisadores do campo das políticas públicas em saúde que já vêm utilizando a abordagem do ciclo contínuo de políticas em seus estudos (REZENDE e BAPTISTA, 2015; CARMO e GUIZARDI, 2017; FRANCO; SOARES e GAZZINELLI, 2018).

No entanto, é com a radicalização da teoria do discurso de Laclau que pretendo operar.

Ainda que não tenha se debruçado sobre a temática específica da educação, a obra de Ernesto Laclau vem sendo crescentemente incorporada a este campo por pesquisadores de diferentes instituições e países, produzindo importantes contribuições – particularmente nos debates sobre as políticas curriculares[19]. Essa aproximação decorre, sobretudo, do redimensionamento que o autor promove em relação à política e às relações de poder, conferindo maior complexidade às pesquisas realizadas.

A Teoria do discurso vem sendo apropriada ao campo das políticas curriculares nas investigações realizadas por uma ampla rede que articula grupos de pesquisa e programas de pós-graduação de diversas universidades e instituições do Brasil e do exterior. Este referencial vem se mostrando bastante produtivo para o entendimento do currículo como luta política pela significação do que vem a ser a escola, o conhecimento, a integração curricular, a formação do professor etc., permitindo a análise dos processos de articulação de demandas educacionais que

[19] Ver, por exemplo, Clarke, 2012; Cunha, 2017; Dias, 2011; Glynos e Howarth, 2018; Lopes, 2017; Lopes e Macedo, 2011a; Lopes, Oliveira e Oliveira, 2018; Macedo, 2016, 2017; Oliveira, 2017; Skudlarek, 2013; Southwell, 2014.

garantem a hegemonia em torno de certos saberes e práticas curriculares, como os discursos de valorização da cultura comum e da cultura da performatividade (LOPES, 2011a, p.39). Ao evitar a essencialização de posições de sujeito[20] e, portanto, a consideração de comunidades disciplinares como fixas, esse aporte também tem possibilitado o entendimento da permanência de políticas consideradas neoliberais em governos de esquerda ou mesmo de associações impensáveis entre perspectivas cognitivistas e comportamentalistas (LOPES, 2011a, p.40).

Tornar problemática a noção do universal nas políticas curriculares tem sido uma das principais contribuições da apropriação da teoria do discurso ao campo da educação. Associado ao princípio iluminista da igualdade, o universal como direito de todos é tradicionalmente vinculado às perspectivas democráticas. No campo da educação e, particularmente do currículo, aparece como acesso ao conhecimento sistematizado, seja nas perspectivas críticas ou pragmáticas. A ideia de currículo mínimo, currículo comum e de base nacional curricular comum são tributárias dessa compreensão, que concebe a escola como o lugar da transmissão de um conhecimento que é externo ao sujeito.

Para Laclau, no entanto, o universal "nada mais é do que um particular que em algum momento se tornou dominante" (LACLAU, 2011, p.54), alçado a essa condição através de processos de hegemonização. Com isso o autor não pretende fazer a defesa do puro particularismo, considerado como uma "aventura autodestrutiva", mas sim recolocar em outros termos a relação entre universal e o particular:

> Isso quer dizer que o universal é parte de minha identidade na medida em que sou penetrado por uma falta constitutiva, isto é, na medida em que minha identidade diferencial fracassou no processo de sua constituição. O universal surge a partir do particular não como um princípio subjacente a este que o explica, mas como um horizonte incompleto, que sutura uma identidade específica deslocada. (...) O universal é o símbolo de uma plenitude ausente (LACLAU, 2011, p.57).

Para o filósofo argentino, esse ponto está relacionado à ambiguidade inerente a toda relação antagônica, pois "um particularismo só pode estar realmente comprometido com mudanças ao rejeitar tanto aquilo que nega sua identidade quanto a própria identidade" (LACLAU, 2011, p.59). Apostando na radicalização do processo democrático nas sociedades

---

[20] A própria ideia de posições de sujeito, tal como formulada por Foucault e adotada por Laclau e Mouffe no livro "Hegemonia e Estratégia Socialista" (LACLAU e MOUFFE, 2015a), é posteriormente abandonada pelos autores em razão da objetividade e essencialidade inerente a esta noção. Já em "Nuevas reflexiones..." (LACLAU, 2000) o sujeito é entendido como constituído "nas bordas deslocadas da estrutura", ou seja, como produto da decisão contingente: "Explorar el campo de la emergencia del sujeto en las sociedades contemporâneas equivale, por ende, a explorar las huellas que la contingencia ha inscripto em las estructuras aparentemente objetivas de las sociedades en que vivimos" (idem, p.77). Laclau incorpora elementos da teorização lacaniana, e o sujeito passa a ser concebido então como sujeito da falta, uma falta que o constitui como "metáfora de una plenitud ausente" (idem, p.79).

contemporâneas, Laclau defende que o direito à diferença precisa ser afirmado no interior de uma comunidade global, porque "uma particularidade só pode ser constituída se mantiver uma referência interna à universalidade como aquilo que está ausente" (LACLAU, 2011, p.61). Criticando as tentativas de fixação ou essencialização que buscam o "verdadeiro corpo" do universal, o autor remete à contingência dos processos hegemônicos a possibilidade de um particular encarnar, provisoriamente, sua representação. Se a "universalidade é incomensurável com qualquer particularidade e, não obstante, não pode existir fora do particular" (idem, p.65), estaríamos diante de um paradoxo, cuja insolubilidade Laclau assume como precondição da democracia:

> O universal, como vimos, não tem um conteúdo próprio (que o enclausuraria em si mesmo), mas é o horizonte sempre móvel que resulta da exclusão de uma cadeia indefinida de demandas equivalentes. (...) Se a democracia é possível, é porque o universal não tem corpo e conteúdo necessários; antes, diferentes grupos competem entre si para dar temporariamente a seus particularismos uma função de representação universal (LACLAU, 2011, p.65-66).

A incorporação dessa teorização ao debate curricular permite o questionamento radical das perspectivas que reduzem a educação ao conhecimento a ser ensinado/aprendido nas escolas. Caminham nesta direção uma série de estudos recentes que criticam a centralidade do conhecimento nas políticas curriculares e questionam a possibilidade/viabilidade de se estabelecer uma base curricular comum, ainda que construída e defendida como garantia de acesso a uma educação universal e de qualidade (LOPES, 2017; LOPES e BORGES, 2017; MACEDO, 2012, 2015, 2016; OLIVEIRA, 2017).

A compreensão da política como atos de poder em que são tomadas decisões em terrenos indecidíveis abre também a possibilidade de questionamento da normatividade como encarnação de um universal transcendental. Isso obviamente não significa o abandono do caráter propositivo nas políticas curriculares, mas a impossibilidade de

> (...) universalizar formas de decidir, pressupor uma ou mais normatividades como capazes de guiar a política. Todavia, isso não significa não decidir ou não ter nenhum limite, nenhum critério ético para a decisão. Há sempre um conjunto de práticas sedimentadas que orientam as decisões, ainda que tenhamos que considerar que as decisões também modificam tais sedimentações[21], impedindo o seu fechamento último. Toda produção de uma normatividade ética é decorrente de decisões orientadas por sedimentos sociais e pelas comunidades criadas – subjetivadas – em função destas mesmas decisões (LOPES, 2015, p.124).

[21] "À medida que um ato de instituição tenha sido bem-sucedido, tende a produzir-se um esquecimento de suas origens; o sistema de possibilidades alternativas tende a desvanecer-se e os vestígios da contingência originária a serem apagados. Deste modo o instituído tende a assumir a forma de uma mera presença objetiva. Este é o momento da sedimentação" (LACLAU, 2000, p.51).

Uma vez que "toda normatividade é decorrente de uma articulação discursiva" (LOPES, 2015, p.125), não é possível definir, a priori das contingências e da luta política, o *dever ser* do currículo, o que põe em xeque diversas propostas que defendem a necessidade de uma teoria do currículo crítica e normativa (MOREIRA, 2007, 2013; YOUNG, 2007, 2014) e sustentam – em articulação equivalencial com perspectivas pragmáticas-gerencialistas – a centralização curricular em nível nacional e internacional.

Do mesmo modo, a defesa de modelos de formação docente e discente que encaminhem para a construção de identidades fixadas é desafiada pela crítica estabelecida por Laclau e Derrida ao status ontológico da ideia de fundamentos:

> Não se trata de refutar os fundamentos, como as perspectivas pós-modernas tendem a proceder, mas sim de refutar a possibilidade de que esses fundamentos sejam dados previamente por algum princípio racional que se sobreponha à política e à argumentação pelo razoável. Há sempre atos de poder que constituem as práticas hegemônicas a serem sedimentadas, numa condição de radical contextualização (LOPES e BORGES, 2015, p.490).

Negando a existência de um fundamento último – político, epistemológico ou identitário – sobre o qual seria possível erigir um currículo universal, diversos pesquisadores tem investido na desconstrução dos discursos que buscam essencializar conteúdos, práticas e identidades e estancar o fluxo das diferenças (CRAVEIRO e DIAS, 2011; CUNHA, 2017; LOPES e BORGES, 2015).

1.3 **Contingência e processos de subjetivação: as identidades sob rasura**

Nos primeiros parágrafos da entrevista que concedeu ao jornalista Benedetto Vecchi em 2004, Zygmunt Bauman afirma que, até as últimas décadas do século XX, a questão da identidade não havia adentrado as preocupações da sociologia, permanecendo um objeto de meditação filosófica (BAUMAN, 2005, p.22-23). Para o sociólogo polonês, que viveu mais da metade de sua vida no exílio, o interesse maior com o tema surge com as "crises de pertencimento" decorrentes do enfraquecimento dos mecanismos de coerção e convencimento capazes de consolidar e manter "adesão inequívoca e fidelidade exclusiva" ao Estado-nação. Nascida como ficção, a identidade nacional é uma comunidade imaginada, cuja unidade precária demanda um sem número de artifícios:

> O Estado buscava a obediência de seus indivíduos representando-se como a concretização do futuro da nação e a garantia de sua continuidade (...) Não fosse o poder do Estado de definir, classificar, segregar, separar e selecionar o agregado de tradições, dialetos, leis consuetudinárias e modos de vida locais, dificilmente seria remodelado em algo como os requisitos de unidade e coesão da comunidade nacional (idem, p.27).

Da mesma forma, a súbita centralidade do "problema da identidade" é associada pelo autor ao impacto das transformações tecnológicas e econômicas da globalização. Abaladas com a flexibilização e a fragmentação da "modernidade líquida", as identidades profissionais e de classe perdem sua capacidade integradora:

> Como a classe não oferecia um seguro para reivindicações discrepantes e difusas, o descontentamento social dissolveu-se num número indefinido de ressentimentos de grupos ou categorias, cada qual procurando sua própria âncora social. Gênero, raça e heranças coloniais comuns pareceram ser os mais seguros e promissores. Cada um deles, porém, tinha uma luta para rivalizar com os poderes integradores da classe que um dia aspirou ao status de uma "metaidentidade" em paridade com aquela proclamada pela nacionalidade na era do Estado-nação: o status de uma supra-identidade, a mais geral, volumosa e onívora de todas, a identidade que emprestaria significado a todas as outras e as reduziria ao papel secundário e dependente de "exemplos" ou "casos especiais" (idem, p.42).

Paradoxalmente, ao mesmo tempo em que ressurge como ferramenta necessária para compreender a dissolução de Estados nacionais e a emergência de novas representatividades, a identidade é posta em xeque: baseada na concepção de sujeito soberano e racional da modernidade[22], a ideia de identidades unificadas, centradas e estáveis é considerada cada vez mais problemática enquanto categoria explicativa das experiências individuais e dos fenômenos sociais.

Em artigo que sistematiza diversas críticas antiessencialistas à concepção de identidade, Stuart Hall (2004) indica que, apesar de debilitada, sua manutenção como temática nas ciências sociais decorre da impossibilidade de sua total superação e da centralidade que assume para a questão da agência e da política contemporâneas. Baseando-se na desconstrução derridiana, o autor afirma que a identidade é um conceito que opera *sob rasura*, isto é, que embora não possa

[22] Stuart Hall distingue três concepções de identidade que guardam diferenças marcantes entre si: a do sujeito do iluminismo, do sujeito sociológico e do sujeito pós-moderno. De acordo com o autor (2006), o primeiro surge das transformações associadas à modernidade, que libertaram os indivíduos das amarras da tradição e das estruturas sociais imutáveis e divinamente estabelecidas. O sujeito do Iluminismo (o sujeito individual) é fruto das rupturas representadas pelo humanismo renascentista, pela Reforma protestante, pelo iluminismo e pela revolução científica. O homem é colocado no centro do sistema social: o indivíduo soberano também é considerado unificado e singular, isto é, indivisível, cuja identidade coincidia consigo e permanecia a mesma ao longo da vida. Do mesmo modo, o sujeito do iluminismo é o sujeito da razão, do conhecimento e, simultaneamente, é "sujeitado" a ela (FOUCAULT, 1982), sofrendo as consequências de seus atos. O sujeito sociológico emerge com a crítica do individualismo racional formulado pelas ciências sociais. A autonomia do indivíduo soberano é contestada mediante sua localização em grupos e normas coletivas. As teorias da socialização remetem a formação subjetiva dos indivíduos às interações estabelecidas na vida social. Habitantes da cultura, os sujeitos ainda são portadores de uma essência, que é transformada nas relações sociais. As identidades seriam formas que preenchem o espaço entre o mundo pessoal e a esfera pública, suturando o sujeito às estruturas. Boa parte dos estudos sociológicos foram dedicados às tentativas de "capturar" as variações identitárias, os tipos ideais e as "instâncias exemplares da modernidade" (HALL, 2006). O sujeito pós-moderno que por definição não se deixa apreender, passou a ser nomeado mediante a constatação de que os processos de identificação são múltiplos, provisórios, inconscientes e muitas vezes contraditórios. Entendida como uma "celebração móvel" é "formada e transformada continuamente em relação às formas pelas quais somos representados ou interpelados nos sistemas culturais que nos rodeiam" (HALL, 2006). Por "sujeito moderno", compreende-se aqui a convergência das duas primeiras concepções.

ser pensado da forma antiga (não significa mais o que significava), ainda se mostra necessário para pensar o novo (MACEDO, 2010), ou seja, para produzir os efeitos de significação que sua própria desconstrução exige.

O deslocamento das estruturas que pareciam dar solidez às sociedades contemporâneas e que serviam de referência aos indivíduos em sua ancoragem no mundo social, também pode ser vinculado ao profundo descentramento do sujeito moderno operado pelo impacto de teorias como a psicanálise, o estruturalismo e o pós-estruturalismo. Nestas abordagens, assume-se a impossibilidade do sujeito como uma entidade transparente e homogênea e que as identidades são instáveis, formadas de modo incessante e em processos inconscientes (MOUFFE, 2001).

Stuart Hall (2006) elenca/descreve cinco grandes avanços na teoria social e nas ciências humanas que contribuíram decisivamente para essa virada: com a tradição do pensamento marxista, e especialmente do estruturalismo de Althusser, procedeu-se o deslocamento da centralidade da agência individual, isto é, do privilégio concedido à ação humana nas transformações sociais por meio da consciência e do engajamento político. Em seu lugar, ganharam relevância as condições históricas e o papel das estruturas econômicas e ideológicas na determinação do social. Com a contribuição da linguística de Saussure e de sua interpretação por outros filósofos da linguagem, como Derrida, a autoria de nossas afirmações (e do próprio significado) é questionada, uma vez que nos posicionamos no interior de regras e sistemas de significação cultural. Da mesma forma, a estabilidade do signo e a ilusão do controle da disseminação do sentido são contestadas. Mesmo procurando o fechamento (a identidade), a *différance* está sempre "perturbando", suplementando, introduzindo a instabilidade na significação.

Com as investigações do inconsciente desenvolvidas pela psicanálise de Freud e Lacan, o sujeito cognoscente e racional, constituído por uma identidade unificada é abalado: os sujeitos vivem processos de identificação (subjetivação) de modo incessante em movimentos psíquicos inconscientes que envolvem as dimensões do real, do simbólico e da fantasia (imaginário). Com o pós-estruturalismo de Foucault, o sujeito é posicionado no interior de regimes disciplinares que exercem controle por meio de regras e normalizações que sujeitam os corpos e regem comportamentos. O indivíduo é, simultaneamente, um efeito do poder e por onde o poder circula (FOUCAULT, 1982, p.183).

Por fim, com o feminismo, mais do que a simples afirmação de identidades e reivindicação de direitos, é produzido um radical descentramento do sujeito cartesiano e sociológico (HALL, 2006, p.45). Ao questionar a separação entre o privado e o público, o feminismo adentra o território "protegido" da moral e dos costumes, põe em xeque a divisão

doméstica do trabalho, a estabilidade dos papéis familiares e a fixação de uma "essência" do masculino e do feminino. Novas agendas são abertas, o pessoal torna-se político, e a formação e a produção de sujeitos generificados é enfrentada nos campos da cultura, da educação e da comunicação.

Uma vez que conferem centralidade à linguagem na constituição do social, os aportes estruturalistas e pós-estruturalistas contestam a pretensão realista de descrever o mundo como uma objetividade transparente, na qual a fixação das identidades é sustentada na fantasia de perfeita representação entre os significantes e os significados, entre os nomes e as coisas:

> Esta fantasia lhes permite falar pelo outro. Como advogam as abordagens discursivas (estruturalismo e pós-estruturalismo), esses termos nada significam em si, mas apenas pela diferença em relação a outros termos que lhes servem de contraponto. Assim, negro só tem sentido pela oposição a branco, mulher a homem, sujeito racional a animal irracional e trabalhador a capitalista. Ou seja, as identidades são definidas pela sua diferença em relação a outras identidades e não por algo que lhes é próprio. Uma vez definidas, recebem marcadores simbólicos que fazem com que sejam vistas como se fossem essenciais: a cor da pele, o pênis, o córtex, a posse dos meios de produção (LOPES e MACEDO, 2011a, p.223).

No entanto, como advertem as próprias autoras, essa visão relacional das identidades não sentencia sua delimitação entre opções binárias dos sistemas de significação. Ainda que as identificações só possam ser construídas no interior de discursos culturais de representação, essa regulação é incompleta. Tal perspectiva representaria o estancamento da proliferação de sentidos em um ambiente de regulação absoluta (LOPES e MACEDO, 2011aa, p.225). Como vimos, na perspectiva das abordagens pós-estruturais, esse fechamento é impossível. Há sempre um *surplus* de sentidos que escapam, uma *différance* que atua mantendo a estrutura aberta e descentrada. Daí a opção preferencial pelos termos *identificação* e *subjetivação* entre os pesquisadores pós-estruturais.

A incompletude coloca limites à própria noção de identidade como algo essencial: uma vez que construídas no interior dos sistemas de significação, as identidades são sempre relacionais e contingentes, estabilizadas precariamente em formações discursivas históricas e sociais muito específicas (BURITY, 1997; LOPES e MACEDO, 2011aa). A regulação das identidades (tentativa de fixação) é, portanto, sempre incompleta. Não há possibilidade de saturação do social. Os indivíduos se subjetivam dentro dos discursos culturais e são, ao mesmo tempo, subjetivados.

Essa relação ambivalente foi abordada de formas diferentes por Althusser e Foucault. No ensaio *Ideologia e os aparelhos ideológicos do estado,* Althusser (1985) concebe o sujeito como constitutivo da ideologia, ao mesmo tempo em que reconhece nesta a função de constituir indivíduos concretos em sujeitos. A esse "jogo de dupla constituição", essa operação de

recrutar/transformar o indivíduo concreto em sujeito, Althusser denominou de *interpelação* – uma cena ou prática cotidiana pela qual "o sujeito social é produzido através de meios linguísticos" (BUTLER, 2017, p.13). Em outra perspectiva, no ensaio *Soberania e disciplina* (1982), Foucault procura "captar a instância material da sujeição enquanto constituição dos sujeitos" (idem, p. 183), tratando de analisar o poder em "suas extremidades". Em um movimento típico de deslocamento, o autor afirma que o poder não está localizado em nenhum ponto específico da estrutura social, não é um objeto, uma coisa, algo que se possui, mas uma relação, algo que se exerce, que funciona (MACHADO, 1982). É assim que o autor passa a dar atenção à *produção discursiva do sujeito* por meio das normas do poder disciplinar (FOUCAULT, 1982, p.189).

Guardadas as diferenças de enfoque teórico dos autores, o que nos importa nesta discussão é que tanto Althusser quanto Foucault sinalizam para uma paradoxal subordinação que se encontra no surgimento do sujeito:

> Estamos acostumados a pensar no poder como algo que pressiona o sujeito de fora, que subordina, submete e relega a uma ordem inferior. Essa é certamente uma descrição justa de parte do que faz o poder. Mas, consoante Foucault, se entendemos o poder também como algo que forma o sujeito, que determina a própria condição de sua existência e a trajetória de seu desejo, o poder não é apenas aquilo a que nos opomos, mas também, e de modo bem marcado, aquilo de que dependemos para existir e que abrigamos e preservamos nos seres que somos (...) A sujeição consiste precisamente nessa dependência fundamental de um discurso que nunca escolhemos, mas que, paradoxalmente, inicia e sustenta nossa ação. "Sujeição" significa tanto o processo de se tornar subordinado pelo poder quanto o processo de se tornar um sujeito. Seja pela interpelação, no sentido de Althusser, seja pela produtividade discursiva, no sentido de Foucault, o sujeito é iniciado através de uma submissão primária ao poder (BUTLER, 2017, p.10).

Dessa forma, nenhum indivíduo se torna sujeito sem antes se tornar subjetivado ou passar por processos de subjetivação (no sentido de assujeitamento). Na teoria da interpelação, o "chamado inaugurador feito pela autoridade estatal" (idem, p.14) pressupõe o desenvolvimento prévio da consciência para que a operação psíquica de uma norma reguladora ocorra. Para Butler, esta é uma lacuna importante: a interpelação depende de um trabalho psíquico e social que não explica. Está baseada assim em um modelo soberano de discurso performativo e em uma autoridade limitada a um aparelho de Estado centralizado. Na medida em que a ideologia interpela os indivíduos e os torna sujeitos, ela trabalha no sentido de localizar os sujeitos na estrutura social. Na interpelação althusseriana, o reconhecimento é "oferecido e aceito" (BUTLER, 2017, p.14), e assim, os sujeitos são reduzidos à lógica de reprodução das relações de produção:

> Esta última reflexão dá-nos o sentido desta ambiguidade, que reflete apenas o efeito que a produz: o indivíduo é interpelado como sujeito (livre) para que se submeta

> livremente às ordens do Sujeito, portanto, para que aceite (livremente) a sua sujeição, portanto, para que "realize sozinho" os gestos e os atos da sua sujeição. Só existem sujeitos para e pela sua sujeição. É por isso que "andam sozinhos" (ALTHUSSER, 1985, p.113).

Na obra de Foucault, a investigação sobre o sujeito não é direcionada para o estabelecimento de uma ontologia ou teoria geral. Sua busca por uma analítica dos processos de subjetivação também o leva a investigar a ambivalência no âmbito do surgimento do sujeito. No entanto, a subordinação, como algo que se impõe ao sujeito e também o forma, assume um valor psicanalítico que o autor não se propõe a explorar (BUTLER, 2017).

Ainda que tenha reconhecido a contribuição lacaniana, a resistência de Foucault ao tema da psique está associada tanto ao entendimento de que a psicanálise é "uma das disciplinas cruciais para os dispositivos do biopoder" (BIRMAN *apud* TESHAINER, 2008, p.226) como à distinção que o autor faz entre elementos discursivos e não discursivos[23]:

> (...) não basta afirmar que o sujeito é constituído num sistema simbólico. Não é somente no jogo dos símbolos que o sujeito é constituído. Ele é constituído em práticas verdadeiras - práticas historicamente analisáveis. Há uma tecnologia da constituição de si que perpassa os sistemas simbólicos ao utilizá-los (FOUCAULT *apud* NETO, 2017, p.16).

Essa interpretação termina por bloquear a relação entre sujeito/estrutura/agência, reafirmando a "dicotomia clássica entre um campo objetivo constituído fora de qualquer intervenção discursiva, e um discurso que consiste na pura expressão do pensamento" (LACLAU e MOUFFE, 2015, p.181). Contrariando a separação entre "os chamados complexos não-discursivos – instituições, técnicas, organização produtiva etc" (idem, ibidem) – e as práticas de significação, Laclau e Mouffe (2015) afirmam que todo objeto é constituído como objeto de discurso. A insistência de Foucault na separação entre o discursivo e o não-discursivo faz com que nosso caminho prossiga com os esforços de Judith Butler, Stuart Hall e Ernesto Laclau em explorar os meandros da operação psíquica da norma, religando o discurso do poder com a psicanálise.

A perspectiva do sujeito ao mesmo tempo formado e subordinado implica que "nenhum sujeito surge sem um apego apaixonado àqueles de quem ele depende" (BUTLER, 2017, p.15). A cena da identificação é considerada por Freud como "a mais remota expressão de um laço emocional com outra pessoa" (FREUD *apud* HALL, 2004, p.107). Stuart Hall recupera o uso psicanalítico do conceito de identificação no complexo de Édipo descrito por Freud, no qual as figuras do pai e da mãe são, simultaneamente, objetos de amor e de competição, assinalando a

[23] Para uma compreensão das críticas de Ernesto Laclau e Chantal Mouffe à essa distinção, ver LACLAU e MOUFFE, 2015, p.180.

ambivalência como marca desse processo. Fundada na fantasia, na projeção e na idealização, a identificação não forma um sistema relacional coerente, nem um núcleo estável ao longo do tempo.

Para Butler, ao mesmo tempo em que o sujeito se forma nessa dependência, a subordinação torna-se a condição de possibilidade contínua do sujeito:

> Para a criança persistir, no sentido psíquico e social, é preciso haver a dependência e a formação do apego: não existe a possibilidade de não amar quando o amor está vinculado aos requisitos da vida. A criança não sabe ao que se apega; contudo, tanto o infante quanto a criança precisam se apegar para resistir por si e como si mesmos (...) Para que o sujeito surja, esse apego, em suas formas primárias, deve tanto vir a ser quanto ser negado, seu devir deve consistir em sua negação parcial (BUTLER, 2017, p.17).

Desejar a sua própria subordinação é necessário para persistir como si mesmo e a postura do sujeito adulto "consiste precisamente na negação e na reencenação dessa dependência. O "eu" surge com a condição de negar sua formação na dependência, de negar as condições de sua própria possibilidade" (idem, p.18).

O duplo e paradoxal aspecto da sujeição poderia nos levar a um círculo vicioso, alerta Butler (idem, p.20), em que a ação do sujeito parece ser o efeito da subordinação, e que qualquer esforço para se opor a esta subordinação a pressuporia e reinvocaria. No entanto, diferentemente do que os teóricos da reprodução sustentaram, o poder considerado como condição do sujeito não é, necessariamente, o mesmo poder exercido pelo sujeito:

> O poder que inicia o sujeito perde a continuidade com o poder que é a ação do sujeito. Uma inversão significativa e potencialmente facilitador ocorre quando o status do poder passa de condição da ação para a própria ação do sujeito (...) Tal perspectiva sugere que a ação não pode ser derivada logicamente de suas condições, que não se deve assumir nenhuma continuidade entre (a) o que torna o poder possível e (b) os tipos de possibilidade que o poder assume. Se, ao agir, o sujeito retém as condições de seu surgimento, isso não significa que toda sua ação continue presa a essas condições, nem que elas sejam as mesmas em todas as ações. (...) o ato de apropriação pode envolver uma alteração do poder, de modo que o poder assumido ou apropriado atue contra o poder que lhe possibilitou ser assumido. Na medida em que as condições de subordinação tornam possível a assunção do poder, o poder assumido permanece ligado a essas condições, mas de forma ambivalente; com efeito, o poder assumido deve conservar essa subordinação e ao mesmo tempo se opor a ela (BUTLER, 2017, p.21).

Assim, o poder presente na sujeição age sobre o sujeito de duas formas: primeiro, como algo que é anterior ao sujeito, tornando o sujeito possível – sua condição de possibilidade e ocasião formativa – e segundo, como o que é reiterado no próprio agir do sujeito, como efeito desejado do sujeito (idem, p.22). Essas duas modalidades temporais do poder levam a autora a considerar o sujeito "ser em si o lugar dessa ambivalência" (idem, p.23), o lugar onde não é

possível determinar *a priori* o que o sujeito põe em ato: se o poder que antecede o sujeito ou o poder do próprio sujeito.

Creio que aqui se apresentam duas áreas de contato entre a teoria da sujeição de Butler e a teoria do discurso de Laclau e Mouffe: primeiro, a ambivalência do poder assumido pelo sujeito – que deve conservar a subordinação e ao mesmo tempo se opor a ela – é a mesma que concebe o exterior constitutivo como condição de possibilidade e impossibilidade da identidade. Para Laclau, as identidades e suas condições de existência formam um todo inseparável:

> Uma vez que a identidade depende inteiramente de condições de existência que são contingentes, sua relação com estas últimas é absolutamente necessária. O que encontramos, portanto, é uma relação de imbricação completa entre ambas: a essência não é nada à margem dos acidentes. Mas isso significa (...) que a força antagônica cumpra a uma só vez dois papéis cruciais e contraditórios: por um lado, ela "bloqueia" a plena constituição da identidade a que se opõe - e, nesse sentido, mostra sua contingência - mas como, por outro lado, esta última identidade, como todas as identidades, é puramente relacional e, portanto, não seria o que é à margem da relação com a força que a antagoniza, essa força também faz parte da as condições de existência dessa identidade (...) Essa relação entre bloqueio e afirmação simultânea de uma identidade é o que chamamos de "contingência" e ela introduz um elemento de radical indecidibilidade na estrutura de toda objetividade (LACLAU, 2000, p.37).

A segunda diz respeito à própria contingência assumida no referencial pós-estrutural de ambos autores: para Butler, a cumplicidade primária com a subordinação não leva necessariamente a nenhuma conclusão histórica ou lógica sobre a ação, seja de cunho fatalista (mera reprodução das condições iniciais do poder) ou ingênua (ação é sempre e exclusivamente oposta ao poder). Afastando-se das leituras cínicas ou romantizadas, a autora remete a um horizonte não-previsto de possibilidades da ação política:

> A ação excede o poder que a possibilita. Pode-se dizer que os propósitos do poder nem sempre são os propósitos da ação. Na medida em que estes diferem daqueles, a ação supõe a assunção de um propósito *não projetado* pelo poder, um propósito que não poderia ser derivado lógica ou historicamente, que opera numa relação de contingência e inversão com respeito ao poder que o torna possível, e ao qual, não obstante, ele pertence. Essa é, por assim dizer, a cena ambivalente da ação, que não está limitada por nenhuma necessidade teleológica (BUTLER, 2017, p.24, grifos no original).

Para Laclau toda ordem é sempre contingente e precária, uma vez que depende de um contexto e de uma historicidade que não pode ser sumarizada por um fundamento, o que implica a impossibilidade de fixação de identidades de forma anterior e independente da decisão: “o que a contingência implica, portanto, não é um conjunto de relações puramente externas e aleatórias entre identidades, mas a impossibilidade de estabelecer/fixar com precisão - isto é, em relação a uma totalidade necessária - tanto as relações quanto as identidades” (LACLAU, 2000, p.37).

Do mesmo modo, para Laclau, como nenhum sistema está inteiramente protegido, tendo em vista a indecidibilidade de suas fronteiras, "o deslocamento é o traço da contingência na estrutura" (LACLAU, 2016, p.88).

Hall (2004) busca rearticular a relação entre sujeitos e práticas discursivas enfatizando os processos de *identificação ou subjetivação*. Distanciando-se de uma definição naturalista que os concebe como reconhecimento de origens comuns ou características partilhadas com outras pessoas ou grupos, assume a identificação a partir de uma abordagem discursiva, considerando-a como uma construção incompleta, um processo de articulação que busca suturar o sujeito às estruturas de significação:

> Como todas as práticas de significação, ela está sujeita ao "jogo" da *différance*. Ela obedece à lógica do mais-que-um. E uma vez que, como num processo, a identificação opera por meio da *différance*, ela envolve um trabalho discursivo, o fechamento e a marcação de fronteiras simbólicas, a produção de "efeitos de fronteiras" Para consolidar o processo ela requer aquilo que é deixado de fora – o exterior que a constitui. (HALL, 2004, p.106).
>
> Elas surgem da narrativização do eu, mas a natureza necessariamente ficcional desse processo não diminui, de forma alguma, sua eficácia discursiva, material ou política, mesmo que a sensação de pertencimento, ou seja, a "suturação histórica" por meio da qual as identidades surgem, esteja em parte, no imaginário (assim como no simbólico) e, portanto, sempre em parte, construída na fantasia ou, ao menos, no interior de um campo fantasmático (HALL, 2004, p.109).

Assim, a questão da "identidade" é recolocada em outros termos: construídas *dentro* e não *fora* do discurso, as identidades são produto da marcação da diferença e da exclusão, por meio da relação com o outro, daquilo que a ameaça, da repressão daquilo que impede sua plenitude e não por algo que lhes é próprio (HALL, 2004; LOPES, 2011). Uma relação que, é bom que se diga, não se dá entre duas identidades pré-constituídas, mas que resulta do caráter contingente de toda objetividade (LACLAU, 2000). É, portanto, na diferenciação em relação a um *exterior constitutivo* que as identidades são produzidas. A relação de antagonismo que se estabelece entre um "nós" e "eles" é, ao mesmo tempo, a condição de possibilidade e de impossibilidade de constituição identitária: *"el campo de las identidades sociales no es um campo de identidades plenas sino el de um fracaso, en última instancia, en la constitución de estas últimas"* (LACLAU, 2000, p.55).

Emergindo em meio aos jogos de poder, a homogeneidade interna de uma identidade, suposta como fundacional é, na verdade, uma forma de fechamento, uma tentativa de preenchimento de uma falta. Dado seu caráter relacional e dinâmico, os *processos de identificação* e de *subjetivação* que se estabilizam em determinados contextos e contingências resultam, assim, tanto dos discursos que nos interpelam como do investimento afetivo que

permite suturar o sujeito às estruturas de significação. Segundo Mouffe (2001), pode-se falar em um duplo movimento das identificações:

> De um lado, um movimento de descentralização, que evita a fixação de um conjunto de posições em torno de um ponto pré-constituído. E de outro, e como resultado dessa não-fixação essencial, o movimento oposto: a instituição de pontos nodais, fixações parciais que limitam o fluxo do significante sobre o significado (MOUFFE, 2001, p.412).

Para Laclau (2000, p.51), estudar as condições de existência de certa identidade social é mostrar o momento de sua contingência radical, isto é, estudar os mecanismos de poder que a tornaram possível. É compreender o momento da *sedimentação* como um ato de instituição exitoso, que, ocultando as marcas originárias da contingência, tende a assumir a forma de uma mera presença objetiva. São essas "formas sedimentadas da objetividade" que, para Laclau (idem, ibidem), constituem o campo do que denominamos "o social".

Para a teoria do discurso – assim como para as demais teorizações pós-estruturais – as identidades não podem mais ser pensadas a partir de um indivíduo centrado, racional e consciente, tampouco como determinação de posições ocupadas na estrutura social. Com o aporte da psicanálise e da desconstrução derridiana, Laclau compreende o sujeito como sujeito do desejo, cindido por uma falta constitutiva. Essa condição "projeta os sujeitos em direção à busca da unicidade e da totalidade via identificação com o Outro (o simbólico), mas só o faz parcialmente" (LOPES e BORGES, 2017).

2 FORMAÇÕES DISCURSIVAS NAS POLÍTICAS CURRICULARES EM SAÚDE

> Como toda enunciação, o currículo reitera traços de sentidos supostamente partilhados, como "estratégia de representação da autoridade", sem que seus sentidos sejam transparentes ou miméticos.
>
> *Elizabeth Macedo (2010, p.11)*

A busca - empreendida por Foucault em seus primeiros trabalhos - para encontrar aquilo que dá unidade aos enunciados das formações discursivas o levou a refutar como hipóteses tanto a referência a um único e *mesmo objeto* (a permanência do objeto ou o espaço de circulação e regras de sua emergência), o *tipo de enunciação* (mesmo estilo, mesmo vocabulário, mesmo jogo de metáforas), o *sistema de conceitos* que permanecem (sua gramática, um "alfabeto") como a *permanência temática* (identidade e singularidade dos temas):

> A propósito dessas grandes famílias de enunciados que se impõem a nosso hábito - e que designamos como a medicina, ou a economia, ou a gramática -, eu me perguntara em que poderiam fundar sua unidade. Em um domínio de objetos cheio, fechado, contínuo, geograficamente bem recortado? Deparei-me, entretanto, com séries lacunares e emaranhadas, jogos de diferenças, de desvios, de substituições, de transformações. Em um tipo definido e normativo de enunciação? Mas encontrei formulações de níveis demasiado diferentes e de funções demasiado heterogêneas para poderem se ligar e se compor em uma figura única e para simular, através do tempo, além das obras individuais, uma espécie de grande texto ininterrupto. Em um alfabeto bem definido de noções? Mas nos encontramos na presença de conceitos que diferem em estrutura e regras de utilização, que se ignoram ou se excluem uns aos outros e que não podem entrar na unidade de uma arquitetura lógica. Na permanência de uma temática? Ora, encontramos, em vez disso, possibilidades estratégias diversas que permitem a ativação de temas incompatíveis, ou ainda a introdução de um mesmo tema em conjuntos diferentes (FOUCAULT, 2008, p.42).

É a partir do fracasso destas tentativas de identificar os laços que podem ser reconhecidos como válidos entre certos enunciados – o que os torna um conjunto – que o autor abandona as pretensões de encontrar a organização de um "edifício progressivamente dedutivo" (FOUCAULT, 2008, p.42), uma "ordem em seu aparecimento sucessivo, correlações em sua simultaneidade, posições assinaláveis em um espaço comum, funcionamento recíproco, transformações ligadas e hierarquizadas" (idem, ibidem) e procura estabelecer outro caminho metodológico:

> No caso em que se puder descrever, entre um certo número de enunciados, semelhante sistema de dispersão, e no caso em que entre os objetos, os tipos de enunciação, os conceitos, as escolhas temáticas, se puder definir uma regularidade (uma ordem, correlações, posições e funcionamentos, transformações), diremos, por convenção, que se trata de uma formação *discursiva* - evitando, assim, palavras demasiado carregadas de condições e consequências, inadequadas, aliás, para designar

> semelhante dispersão, tais como "ciência", ou "ideologia", ou "teoria", ou "domínio de objetividade". Chamaremos de *regras de formação* as condições a que estão submetidos os elementos dessa repartição (objetos, modalidade de enunciação, conceitos, escolhas temáticas). As regras de formação são condições de existência (mas também de coexistência, de manutenção, de modificação e de desaparecimento) em uma dada repartição discursiva (FOUCAULT, 2008, p.43).

Na transição operada por Foucault em suas investigações[24], a introdução da questão do poder representa um importante deslocamento na ciência política e nas ciências sociais. Afastando-se de uma visão que apontava o Estado e as instituições como seu *lócus* privilegiado, o autor abre os caminhos para uma análise das práticas discursivas, entendidas como "um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, e que definem em uma dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou linguística, as condições de exercício da função enunciativa" (FOUCAULT, 2008, p.133).

É retomando este entendimento da formação discursiva em Foucault - uma *regularidade na dispersão* - que Laclau e Mouffe irão relacioná-lo ao conceito de *formação hegemônica,* entendendo esta regularidade como resultante de *práticas articulatórias*:

> Na teoria do discurso de Laclau e Mouffe, a unidade de qualquer formação discursiva é garantida pela presença de um significante nodal capaz de criar cadeias de equivalências que atravessam a lógica diferencial dos sistemas de significação. Isso implica a contenção dos excessos de sentido que constituem a linguagem e, consequentemente, trata-se de um ato de poder que fecha, contingencialmente, os sistemas de significação. A compreensão dos processos (de luta) pelos quais os sentidos são fixados na construção de cada discurso específico parte, portanto, da identificação dos significantes nodais, cujos sentidos flutuam de modo a ampliar suas possibilidades de agir como articulador (MACEDO, 2010, p.6).

Partindo de um entendimento da política curricular como luta pela significação do que vem a ser currículo e do currículo como enunciação, meu interesse neste capítulo é investigar três formações discursivas que, na minha interpretação, são hegemônicas no campo da discursividade na formação profissional técnica de nível médio em saúde no período analisado. Como já exposto no capítulo anterior, compartilho aqui, com Laclau e Mouffe (2015a), do sentido de hegemonia como discurso, um tipo de relação política cujo "campo geral de emergência (...) é o das práticas articulatórias" (idem, p.213). Obviamente estas não são as únicas formações discursivas e tampouco devem ser vistas como blocos homogêneos:

[24] É reconhecida entre os comentadores da obra de Foucault a "passagem" de uma investigação *arqueológica*, que buscava "estabelecer a constituição dos saberes privilegiando as interrelações discursivas e sua articulação com as instituições [que] respondia a *como* os saberes apareciam e se transformavam", a uma prática *genealógica*, em que o autor procurou "explicar o aparecimento de saberes a partir de condições de possibilidade externas aos próprios saberes, ou melhor, que imanentes a eles – pois não se trata de considerá-los como efeito ou resultante – os situam como elementos de um dispositivo de natureza essencialmente estratégica". O ponto de partida passa a ser o *porquê* dos saberes, situando-os como "peça de relações de poder" (MACHADO, 1982, p.X).

> *Por el contrario, estas formaciones discursivas deben ser vistas como conjuntos de articulaciones marcadas por contradicciones, dado que la unidad de la formación discursiva no está dada por la coherencia lógica de sus elementos sino por* prácticas *articulatórias que combinan los elementos de cierta manera en torno de un cierto número de puntos nodales* (LACLAU, 2000, p154-155).

Os discursos político-institucionais e científico-acadêmicos – sobre a integração ensino-serviço e a profissionalização são tomados aqui como expressão de formações discursivas cujos enunciados se apresentam como referentes ou pertencentes ao campo da formação em saúde. Tais formações discursivas são interpretadas como práticas articulatórias que, nos termos de Laclau (2015a), emergem (im)possibilitadas pelo antagonismo a um discurso flexneriano. É na instabilidade das fronteiras que constituem as cadeias de equivalência de um discurso anti-flexneriano que interpreto a instituição da identidade do movimento sanitário brasileiro.

2.1 **O discurso anti-flexneriano: a ameaça que nos une**

No horizonte aberto pelo processo de redemocratização no Brasil, a heterogeneidade de reivindicações e de lutas populares implicou a constituição de uma pluralidade de espaços políticos e de pontos nodais capazes de articular estas demandas. No campo das lutas educacionais e da saúde, o antagonismo ao modelo flexneriano de currículo médico possibilitou o surgimento de bandeiras como *saúde para todos*[25], universalidade e integralidade em saúde, atenção primária em saúde, integração curricular, integração ensino-serviço.

Mais do que analisar o impacto do Relatório Flexner[26] na reorganização da educação médica mundial ou desmontar os mitos criados em torno dele - trabalho realizado por diversos autores nos últimos anos (ALMEIDA FILHO, 2010, 2014; KEMP e EDLER, 2004; PAGLIOSA e DA ROS, 2008; NUNES, 2010) -, meu intuito nesta seção é interpretar as condições de emergência de um discurso que cinde o campo da formação em saúde a partir da década de 1970, dando destaque às relações de poder, práticas, retoricidade e operações semânticas que permitem sua hegemonização.

---

[25] Considerada um marco na saúde pública mundial, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada sob os auspícios da OMS em Alma-Ata (URSS, Cazaquistão), em 1978, estabeleceu como meta a "Saúde Para Todos no ano 2000". Entre os pontos constantes da Declaração, a defesa da saúde como um direito, a ênfase no conceito ampliado de saúde, na determinação social da saúde e doença e no modelo da medicina integral.

[26] Publicado em 1910, o estudo *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, mais conhecido como Relatório Flexner (Flexner Report), é considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América, com profundas implicações para a educação médica mundial (PAGLIOSA e DA ROS, 2008).

Longe de afirmar uma origem, uma *arkhê* designando o começo e o comando de uma lógica das políticas curriculares na formação em saúde, defendo que o discurso anti-flexneriano emerge como um corte antagônico que produz identificações no campo da saúde coletiva. Sua iterabilidade nos discursos acadêmicos e institucionais produziu uma série de efeitos sobre o modo de significar o currículo e a formação que reverberam até hoje, funcionando como uma matriz de inteligibilidade[27] das relações que ali se estabelecem.

Embora amplamente mencionado no meio acadêmico e nos circuitos universitários da década de 1980, o nome de Abraham Flexner despertou pouco interesse para além da fronteira antagônica que passou a representar. Em 2010, por ocasião do centenário da publicação do famoso Relatório, sua obra e trajetória foram revisitadas no Brasil. Em um artigo publicado sob o instigante título "Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo", Almeida Filho (2010) reabre a discussão e contesta a forma como o Relatório foi interpretado e utilizado em nosso país.

Com o intuito de configurar o contexto e as condições de sua produção, transcrevo trechos de uma breve biografia de Flexner incorporada neste artigo:

> Abraham Flexner nasce em 1866, em Louisville, Kentucky, logo após a Guerra da Secessão. Quarto de uma prole de nove irmãos numa família de imigrantes judeus alemães, tem infância muito pobre e difícil mas, desde cedo, destaca-se nos estudos secundários por sua inteligência e talento. Em 1886, conclui em dois anos um Bacharelado em Artes na Johns Hopkins University, com major em humanidades e estudos clássicos (...)
>
> Em 1887, Flexner retorna à sua cidade natal trabalhar como professor primário, inicialmente na Louisville High School, onde havia feito seus estudos secundários. Depois funda uma escola particular de cunho experimental, organizada como uma empresa familiar (...) [Após] 15 anos como mestre-escola (...) [e] inicia um doutorado na Harvard University (...) após viagem de estudos à Europa, visitando universidades na Inglaterra, França e, principalmente, na Alemanha (...) retorna da Europa em 1907 e escreve o que teria sido sua tese de Doutorado, nunca defendida na Harvard: um polêmico estudo crítico da universidade americana, em comparação com as

[27] Ainda que a noção *inteligibilidade* esteja presente nas reflexões foucaultianas, o termo é desenvolvido e disseminado por Judith Butler no livro *Problemas de gênero*: *feminismo e subversão da identidade* (BUTLER, 2003): "Uso o termo *matriz heterossexual* ao longo de todo o texto para designar a grade de inteligibilidade cultural por meio da qual os corpos, gêneros e desejos são naturalizados. Busquei minha referência na noção de Monique Wittig de "contrato heterossexual" e, em menor medida, naquela de Adrienne Rich de "heterossexualidade compulsória" para caracterizar o modelo discursivo/epistemológico hegemônico da inteligibilidade do gênero, o qual presume que, para os corpos serem coerentes e fazerem sentido (masculino expressa macho, feminino expressa fêmea), é necessário haver um sexo estável, expresso por um gênero estável, que é definido oposicional e hierarquicamente por meio da prática compulsória da heterossexualidade" (BUTLER, 2003, p.215-216). De acordo com Borba (2014), a matriz de inteligibilidade de gênero "constitui uma gramática prescritiva que institui como natural, normal e inquestionável a ligação linear e essencial entre sexo biológico, gênero, desejo sexual e subjetividade (...) A matriz de inteligibilidade de gênero, assim, sedimenta certos jogos de linguagem que dão sentido à vida em sociedade, constrangendo-a, determinando o que é possível e delimitando as fronteiras do inclassificável. Nessa gramática, assevera Butler (2003:37), 'as pessoas só se tornam inteligíveis ao adquirir seu gênero em conformidade com padrões reconhecíveis de inteligibilidade de gênero'" (BORBA, 2014, p.445).

> instituições seculares do Velho Continente, intitulado The American College: A Criticism.
>
> Em 1908, Flexner é convidado por Henry S. Pritchett, Presidente da Carnegie Foundation, para dirigir um ambicioso programa de avaliação da educação superior nos Estados Unidos, começando pelo ensino médico, cujo primeiro e mais conhecido resultado é o famoso Relatório (...)
>
> O sucesso do Relatório é extraordinário, compensando os quase dois anos de trabalho árduo. Apenas uma indicação do impacto transformador do Relatório e seus desdobramentos: nos 100 anos prévios ao documento, 457 escolas médicas tinham sido abertas nos Estados Unidos. No início do século XX, havia pouco mais de 160 em funcionamento. Flexner inclui 155 em seu relatório (...)
>
> Com a aplicação de suas recomendações, num processo que ele chama de restauração da educação médica, muitas são fechadas; em dez anos, restam 31 escolas. O reconhecimento é imediato, de modo que, em 1912, Flexner é convidado a dirigir o General Education Board, organismo filantrópico da família Rockefeller para a educação que, durante muitos anos, faz doações multimilionárias às universidades para implantar as recomendações do Relatório. Esse programa condiciona os financiamentos à adoção das seguintes medidas pelas faculdades de medicina: regime de ciclos, critérios de entrada, redução do número de alunos nas salas de aula, hospitais com enfermarias de ensino, dedicação exclusiva e conseqüente proibição da prática privada dos médicos docentes. O programa de reforma do ensino médico, coordenado pelo próprio Flexner, sofre duras reações das faculdades de medicina, notadamente da tradicional Harvard Medical School, antes de ser considerado padrão mínimo de qualidade na educação médica moderna (ALMEIDA FILHO, 2010, p.2236-2237).

As reformas da educação médica preconizadas no Relatório Flexner buscavam atender às demandas de mudança no padrão do ensino médico. O *American College,* sistema educacional superior americano prevalente até a década de 1910, era considerado antiquado diante dos modelos europeus, baseados na ideia de universidade e na maior articulação entre ensino e pesquisa.

Até meados do séc. XIX – período anterior ao advento da microbiologia de Koch e Pasteur –, a educação médica seguia o modelo anatomoclínico francês, baseado no ensino realizado por meio de trabalho e pesquisa no hospital, especializado na observação técnica do corpo humano, no monitoramento dos sintomas e das condições patológicas. Havia uma estreita relação entre os hospitais e as escolas médicas: “os primeiros ofereciam um amplo campo de pesquisa junto aos leitos dos pacientes, além dos anfiteatros anatômicos. As faculdades podiam treinar seus alunos nas diferentes técnicas diagnósticas e terapêuticas e dispor de um variado campo de pesquisa clínica para seus docentes” (KEMP e EDLER, 2004, p.572). No entanto, as áreas científicas básicas, como a fisiologia, que dependiam de estudos de organismos sadios e de experiências com animais, eram realizados de modo independente, em institutos científicos específicos, com pouca ou nenhuma ligação às escolas de medicina (idem, ibidem).

A partir do final do sec. XIX, os rápidos avanços no campo científico tornaram improducente a separação entre as áreas emergentes de pesquisa e o sistema de educação

superior. O modelo de ensino médico alemão, baseado na pesquisa médica realizada no laboratório, na especialização em áreas emergentes das disciplinas experimentais e na união das muitas áreas de pesquisa para formar um médico, mostra-se inovador (KEMP e EDLER, 2004, 572).

No entanto, o surgimento, a difusão e a transição dos modelos francês e alemão não devem ser vistos como resultado inexorável de avanços na ciência. Em artigo que discute a gênese do modelo de educação médica proposto por A. Flexner nos Estados Unidos, comparando-o com a proposta de aplicação do modelo universitário germânico à educação médica brasileira, na década de 1930, Kemp e Edler advertem:

> (...) partimos da premissa de que os modelos médicos educacionais que orientam as condutas dos reformadores são expressões de determinados arranjos políticos, quer no contexto em que se originaram, quer naqueles por onde se expandiram posteriormente. Tais modelos, tão recorrentes na retórica dos reformadores, são idealizações que precisam ser reinterpretadas quando aplicadas a casos concretos, alcançando novos significados e conteúdos específicos ao interagirem com cada estrutura institucional (KEMP e EDLER, 2004, p.573).

As análises empreendidas por Abraham Flexner após seu comissionamento na Carnegie Foundation, em dezembro de 1908, são cercadas de polêmica: a vistoria realizada pessoalmente em todas as 155 escolas médicas dos EUA e do Canadá transcorreu em um período de 180 dias. Com visitas rápidas e ausência de método - como sua própria autobiografia atesta -, Flexner rendia-se ao que chamava de "obviedades" para formular seu juízo de valor acerca da qualidade inferior dos cursos.

> Uma volta pelos laboratórios revelava a presença ou ausência de aparelhos, espécimes de museu, biblioteca e alunos; o cheiro contava a história toda da forma pela qual a anatomia era estudada (...) Em umas poucas horas, uma estimativa confiável pôde ser feita a respeito das possibilidades de ensinar medicina moderna em quase todas as 155 escolas que visitei (FLEXNER *apud* PAGLIOSA e DA ROS, 2008, p.494).

A controversa jornada de Flexner, a despeito das legítimas preocupações em elevar a qualidade científica das escolas médicas, seria definida de forma jocosa por avaliadores de hoje: "um processo de avaliação realizado por um único especialista (...) sem a utilização de qualquer instrumento de coleta de dados padronizado e validado (...) um mero "passeio de mãos nos bolsos" pelo local avaliado (PAGLIOSA e DA ROS, 2008).

As polêmicas que envolvem esse trabalho repercutem até hoje. Diversas interpretações (MENDES, 1985; PAGLIOSA e DA ROS, 2008) associam as reformas levadas a cabo por Flexner à crescente influência da indústria farmacêutica, que se mostrava interessada na difusão da medicina científica e comprava espaço de propaganda nas publicações da American Medical Association. Se, por um lado, o trabalho permitiu a reorganização e regulamentação do

funcionamento das escolas médicas, por outro, promoveu a exclusão de propostas de atenção alternativas ao modelo: várias escolas que afirmavam modelos terapêuticos não convencionais – fitoterapia e homeopatia – foram fechadas. Do mesmo modo, das sete escolas voltadas para negros, apenas duas mantiveram-se abertas (PAGLIOSA e DE ROS, 2008, p.495).

As principais recomendações apontadas pelo Relatório referem-se à vinculação das escolas médicas às universidades e à base científica do currículo médico, garantida mediante uma série de medidas:

> Um rigoroso controle de admissão; o currículo de quatro anos; divisão do currículo em um ciclo básico de dois anos, realizado no laboratório, seguido de um ciclo clínico de mais dois anos, realizado no hospital; exigência de laboratórios e instalações adequadas. O ciclo clínico deve-se dar fundamentalmente no hospital, pois ali se encontra o local privilegiado para estudar as doenças. Nas palavras do próprio Flexner: "O estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta". A doença é considerada um processo natural, biológico. O social, o coletivo, o público e a comunidade não contam para o ensino médico e não são considerados implicados no processo de saúde-doença. Os hospitais se transformam na principal instituição de transmissão do conhecimento médico durante todo o século XX. Às faculdades resta o ensino de laboratório nas áreas básicas (anatomia, fisiologia, patologia) e a parte teórica das especialidades. As posturas são assumidamente positivistas, apontando como único conhecimento seguro o científico, mediante a observação e a experimentação. A ciência substitui a arte. O método científico, assumido como a forma legítima de produzir conhecimento, exprime o processo de racionalização que atinge o Ocidente. E a medicina ilustra claramente este processo (...) Flexner defendia como mais importante para o aprendizado da medicina, sob o ponto de vista pedagógico, as atividades práticas, tanto no laboratório como na clínica, combatendo desde seus primeiros trabalhos o ensino por meio de conferências e aprendizado pela simples memorização (PAGLIOSA e DA ROS, 2008, p.496).

É assim que, tanto as reformas levadas à cabo por Flexner, quanto as tentativas de sua implementação no Brasil precisam ser contextualizadas, considerando as relações de poder e as lógicas de equivalência estabelecidas em sua defesa ou enfrentamento. O próprio Flexner, inicialmente, vacilava entre a crítica e a defesa do College, que considerava injustiçado diante do volume de recursos destinados às novas pesquisas e educação universitária. Anos mais tarde, passa a defender a valorização dos professores, a carreira de pesquisa e o modelo de formação universitária, mas a implementação das mudanças só foi possível mediante a subvenção da Rockfeller Foundation:

> A oportunidade de Flexner tornar-se parte dessa elite gerencial veio com a oferta de um cargo permanente no General Education Board, subvencionado por Rockfeller, em 1912. Nessa posição, ele ampliou sua influência e seu controle sobre as instituições educacionais dos EUA, com o apoio de fundos da Rockfeller. Wheatley (op. cit., p. 57) declara que o ponto central é que Flexner manteve a filantropia na vanguarda da revolução organizacional americana, ajudando a transferir seu foco do desenvolvimento e apoio a instituições para o gerenciamento de redes transinstitucionais. O conjunto da obra de Wheatley demonstra a dificultosa realidade da suposta autopropagação de idéias de Flexner. Como ele sugere, nos primeiros anos da reforma universitária nos EUA, uma pequena minoria dirigiu as mudanças,

> inicialmente subvencionadas pela Fundação Rockefeller, sem necessitar de uma aprovação societária ou governamental mais ampla (KEMP e EDLER, 2004, p.580).

De acordo com Almeida Filho (2010), a reforma da educação médica preconizada no Relatório Flexner repercutiu tardiamente no Brasil. Apesar do apoio da *International Health Board da Rockefeller Foundation* (por meio da concessão de bolsas de estudos e de consultorias), as primeiras iniciativas – na década de 1920 em São Paulo e de 1930 no Rio de Janeiro – esbarraram em resistências às mudanças curriculares, que previam a substituição das matérias pelas disciplinas[28], a extinção das cátedras, a adoção de dedicação exclusiva aos docentes da formação pré-clínica e a redução do número de alunos nas salas e enfermarias. As dificuldades maiores diziam respeito à integração das áreas clínicas e de laboratório, em parte explicadas pela matriz de tradição francesa de constituição das escolas médicas. Deste primeiro ciclo, restou a criação dos primeiros hospitais-escola, também com financiamento da Rockfeller. No segundo ciclo, já no pós-guerra, a agenda da reforma assumiu como vertente prioritária a difusão da Medicina Preventiva. Sob os auspícios da Organização Panamericana de Saúde – Opas, foram realizados seminários de mobilização em vários países da América Latina. Como legados deste período, as cátedras de higiene foram substituídas pela criação dos departamentos acadêmicos de medicina preventiva nas universidades brasileiras e os conteúdos de epidemiologia, administração de saúde e ciências da conduta, até então ministrados nas escolas de saúde pública, são incorporados ao currículo das escolas médicas[29] (ALMEIDA FILHO, 2010, p.2238).

---

[28] De acordo com Lopes (2008, p.63), na história do campo do currículo é possível distinguir três grandes matrizes do pensamento educacional sobre organização curricular: a) o currículo por competências, b) o currículo centrado nas disciplinas de referência e c) o currículo centrado nas disciplinas ou matérias escolares. Centrada no aluno, esta última matriz organiza o conhecimento escolar em função das finalidades sociais a serem atendidas, baseando-se, principalmente, em princípios psicológicos (e não em princípios lógicos, como na matriz disciplinar). Defendida por Dewey, Kilpatrick e demais autores progressivistas, essa matriz foi combatida nos EUA dos anos 1950, considerada culpada pelo que julgaram ser sua derrota na corrida espacial com o lançamento do Sputik pelos russos (MOREIRA e SILVA, 2006). A ênfase na estrutura das disciplinas visava incrementar a investigação, o pensamento indutivo e a redescoberta. Em sua reforma do currículo médico, Flexner propunha uma reorganização do conhecimento com base numa abordagem disciplinar. Essa postura era considerada vanguarda mesmo em 1910, implicando consolidação ou formalização dos avanços da ciência (ALMEIDA FILHO, 2010, p.2247).

[29] As escolas médicas destinam-se exclusivamente à formação de médicos, em nível de graduação e pós-graduação, que podem atuar tanto no setor público como privado, exercendo desde a prática generalista até diferentes especialidades. As escolas de saúde pública, por sua vez, dedicam-se à formação de sanitaristas, em cursos de graduação (recém-criados) e de pós-graduação (lato e strictu senso). Estes últimos, voltados a profissionais de diversas categorias do setor saúde – e mesmo de fora do setor saúde, como advogados, pedagogos, engenheiros, etc., mormente atuando como agentes públicos. De acordo com Paim e Almeida Filho (1998), no início do século XX, "com o célebre Relatório Flexner, desencadeia-se nos Estados Unidos uma profunda reavaliação das bases científicas da medicina, que resulta na redefinição do ensino e da prática médica a partir de princípios tecnológicos rigorosos. Com sua ênfase no conhecimento experimental de base subindividual, provenientes da pesquisa básica realizada geralmente sobre doenças infecciosas, o modelo conceitual flexneriano reforça a separação entre individual e coletivo, privado e público, biológico e social,

É nesse momento que, segundo o autor, ocorrem dois eventos cruciais para a criação dos mitos que acompanham a história da saúde coletiva no Brasil:

> Para o que nos interessa, dois eventos marcaram a segunda metade da década de 1960. No subcontinente latino-americano, o seminal estudo coordenado por Juan Cesar Garcia em 1967- 1968, intitulado La Educación Médica en América Latina. No Brasil, a reforma universitária promovida pelo regime militar, resultante do Acordo MEC/USAID de 1967 e da Lei nº. 5.540 de 1968. Destaco o primeiro por ser marco referencial de todo um movimento intelectual e político que, na América Latina em geral e particularmente no Brasil, termina por se configurar como um campo de saberes e práticas chamado Saúde Coletiva. Menciono o segundo porque, posteriormente, o governo ditatorial implantado pelo Golpe de 1964 vem a ser considerado culpado de, com atraso de meio século, ter induzido a flexnerização da Medicina brasileira (ALMEIDA FILHO, 2010, p.2239).

De acordo com a hipótese apresentada por Naomar de Almeida Filho, na leitura da reforma realizada por intelectuais e pelos setores universitários ligados ao campo da saúde coletiva, forja-se uma imagem de Flexner como representante e instrumento da política de "dominação econômica, política e ideológica capitalista imperialista" (ALMEIDA FILHO, 2010, p.2239. Para sustentar seu argumento, realiza um breve levantamento da produção acadêmica do período, encontrando

> (...) uma rede de referências bibliográficas caudatárias, convergentes e concordantes na construção discursiva anti-Flexner (...) Esses autores identificam no Relatório elementos conceituais de uma matriz ou paradigma de ensino médico e de prática assistencial, configurando uma construção imaginária que se chamou de Modelo Biomédico (e que muitos escrevem *au complet*: modelo biomédico flexneriano) (ALMEIDA FILHO, 2010, p. 2240).

Indo mais fundo na investigação, o autor, inspirado no raciocínio epidemiológico, busca estabelecer o "caso índice" responsável pela significação original que se disseminou no campo. Encontra, em um conjunto de textos de Eugênio Vilaça Mendes[30], aquilo que seria o primeiro

---

curativo e preventivo. É nesse contexto que surgem as primeiras escolas de saúde pública contando com pesados investimentos de organismos como a Fundação Rockefeller, inicialmente nos Estados Unidos e em seguida em vários países, inclusive na América Latina". As escolas de saúde pública representam um avanço em relação às práticas de higiene desenvolvidas no séc. XIX - normatizações e preceitos a serem seguidos e aplicados em âmbito individual (francamente circunscrito à esfera moral) - e às propostas de uma política (ou polícia) médica, que estabeleceu a responsabilidade do Estado como definidor de políticas, leis e regulamentos referentes à saúde no coletivo e como agente fiscalizador da sua aplicação social (remetendo a saúde à instância jurídico-política: "os sanitaristas produzem um discurso e uma prática sobre as questões da saúde fundamentalmente baseados em aplicação de tecnologia e em princípios de organização racional para a expansão de atividades profiláticas (saneamento, imunização e controle de vetores) destinadas principalmente aos pobres e setores excluídos da população" (PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998, p.303). Ainda hoje, mesmo depois de publicadas as DCN que buscaram reorientar os currículos dos cursos de medicina (Resoluções CNE/CES 04/2001 e 03/2014), a separação entre os conteúdos de formação para a saúde coletiva e a saúde individual permanece desafiando gestores e coordenadores.

[30] Eugênio Vilaça Mendes, é odontólogo, consultor da OPAS, membro atuante do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), foco nacional do movimento da Integração Docente-Assistencial e das propostas de reforma curricular promovidas pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM). Naomar indica como "texto índice" o opúsculo intitulado "A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas" publicado em Mendes

enunciado dos "elementos estruturais" do modelo biomédico flexneriano: o mecanicismo, o biologismo, o individualismo, a especialização, a exclusão de práticas alternativas, tecnificação do cuidado à saúde e a ênfase na prática curativa (MENDES, 1986, p.540-541).

Embora menos explorado no estudo, o contexto político em que as recomendações do Relatório foram recebidas parece indicar caminhos mais promissores de investigação. O autor reconhece sua importância na configuração do campo de discursividade do período, por ele assumida como a "*rationale* do movimento", "o contexto político-ideológico de emergência dessa montagem" (ALMEIDA FILHO, 2010, p.2247). Rememora que no campo da saúde, "houve intenso esforço de produção teórica para alimentar a luta ideológica de resistência contra a ditadura militar" (idem, ibidem), cuja importante estratégia foi "a recriação crítica ou reelaboração de conceitos, como prevenção, mercado de trabalho, prática médica, raízes sociais do trabalho médico, entre outros" (idem, ibidem).

Assim, a Reforma Universitária de 1968 – inspirada nas recomendações de Flexner – foi lida pelo campo da educação e da saúde como marca do intervencionismo típico dos processos anti-democráticos, uma violação da tão defendida autonomia universitária. Sua tradução pelo movimento sanitário foi ainda mais severa, sendo apresentada como *encarnação* do modelo biomédico de atenção à saúde, da fragmentação do currículo disciplinar e da medicina mercantilizada:

> Há, entre nós, quase consenso de que, por meio do celebrado Relatório, mas também em outras obras, Flexner teria produzido uma matriz disciplinar e pedagógica que veio a se chamar de Modelo Flexneriano (alguns autores chegam a falar de um paradigma biomédico flexneriano). Do ponto de vista conceitual, reiteradamente identificam-se, no modelo flexneriano, diversos elementos (ou defeitos): perspectiva exclusivamente biologicista de doença, com negação da determinação social da saúde; formação laboratorial no Ciclo Básico; formação clínica em hospitais; estímulo à disciplinaridade, numa abordagem reducionista do conhecimento. Do ponto de vista pedagógico, o modelo de ensino preconizado por Flexner é considerado massificador, passivo, hospitalocêntrico, individualista e tendente à superespecialização, com efeitos nocivos (e até perversos) sobre a formação profissional em saúde. Do ponto de vista da prática de saúde, dele resultam os seguintes efeitos: educação superior elitizada, subordinação do Ensino à Pesquisa, fomento à mercantilização da medicina, privatização da atenção em saúde, controle social da prática pelas corporações profissionais. Do ponto de vista da organização dos serviços de saúde, o Modelo Flexneriano tem sido responsabilizado pela crise de recursos humanos que, em parte, produz crônicos problemas de cobertura, qualidade e gestão do modelo assistencial, inviabilizando a vigência plena de um sistema nacional de saúde integrado, eficiente, justo e equânime em nosso país. Do ponto de vista político, por ter sido implantado no Brasil a partir da Reforma Universitária de 1968, promovida pelo regime militar, tal modelo de ensino e de prática mostra-se incompatível com o contexto democrático

EV. (...) Belo Horizonte: Fundação Mariana Resende Costa/Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais/Financiadora de Estudos e Projetos; 1985. Este texto seria complementado posteriormente por um artigo: Mendes EV. A reforma sanitária e a educação odontológica. Cadernos de Saúde Pública, v.2, nº 4, p.533-552, dez 1986; e por um livro de síntese doutrinária: Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1996.

> brasileiro e com as necessidades de atenção à saúde de nossa população, e dele resultam sérias falhas estruturais do sistema de formação em saúde. Em suma, ao contrário da aura de herói intelectual da medicina contemporânea, como querem alguns autores, Abraham Flexner deve ser denunciado como intelectual orgânico da dominação econômica, política e ideológica do capitalismo imperialista, sobretudo nos campos da educação e da saúde (ALMEIDA FILHO, 2010, p.2235).

A associação do Relatório Flexner e do modelo flexneriano a um discurso autoritário é fruto, em grande medida, das contingências históricas e políticas que possibilitaram sua incorporação como referência à Reforma Universitária de 1968. Por estar vinculada ao regime ditatorial, fosse ou não baseada em Flexner, teria sido questionada pelos movimentos sociais.

É importante advertir, com o apoio da Teoria do Discurso, que o modelo flexneriano, como exterior constitutivo antagônico, é uma construção da representação de Flexner, e também uma articulação diferencial. Não se trata de um antagonismo a Flexner *per si* (se é que isso existe), mas aos efeitos e a uma interpretação do que Flexner produziu na formação médica. Como simplificação do espaço político, a cadeia equivalencial mobilizada pelo discurso "anti-Flexner" não dissolve por completo o caráter diferencial das posições dos agentes sociais, e se sedimenta tanto nas substituições metonímicas crescentes – em que o significante "Flexner" passa a representar uma formação biologicista, cartesiana, privatista, dissociada da realidade social, cientificista etc. – como no seu processo de adjetivação:

> O adjetivo "flexneriano" é aplicado, geralmente com caráter pejorativo, aos currículos que apresentam uma divisão clara entre um período ou ciclo inicial de disciplinas básicas, seguido de outro dedicado aos estudos clínicos (PAGLIOSA e DE ROS, 2008, p.493).

De fato, não é difícil encontrar o termo "flexneriano" nas diversas produções textuais do campo da saúde. Sua utilização se encontra dispersa no tempo - da década de 1980 até hoje - e em diversos tipos de publicação, desde documentos de política (BRASIL, 2002; 2004b), teses e dissertações (LIMA, 2010; AGUIAR, 2003), artigos (KOIFMAN, 2001; MOURA *et al,* 2018; CARDOSO FILHO, 2015; FIOROTTI *et al,* 2010; DA HORA *et al*, 2013; e livros (CECCIM e CARVALHO, 2011; PAIM e ALMEIDA FILHO, 2000):

> Desde o Relatório Flexner, temos na seleção de conteúdos, metodologias e formas de avaliação da hegemonia da atenção hospitalar, das especialidades e do modelo curativo individual no ensino da saúde uma educação dos profissionais marcada por uma ciência das doenças; um corpo entendido como o território onde evoluem as enfermidades e uma clínica como o método experimental de restauração de uma suposta normalidade da saúde dos órgãos. Essa formação tem contribuído sobremaneira para a precoce especialização, um desejo pela superespecialização e a utilização excessiva de tecnologias por equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico (CECCIM e CARVALHO, 2011, p.73).
>
> Considerando que a nossa história de formação e exercício profissional em saúde vem marcada pelo desenho flexneriano de ensino e trabalho, para ampliar a qualidade da atenção à saúde da população brasileira se torna essencial orientar as graduações em saúde para a integralidade e esse é o objetivo da política proposta pelo Ministério da

> Saúde para a mudança na formação dos profissionais de saúde no âmbito do ensino de graduação. Este é o objetivo do AprenderSUS (BRASIL, 2004b, p.09).

Nas citações, o nome Flexner aparece sempre como sinônimo de um modelo de ensino a superar, nem sempre fazendo referência ou guardando correspondência com as recomendações do Relatório:

> O modelo de ensino médico no Brasil é inspirado nos princípios do Relatório Flexner. (...) Este modelo centrado na doença, sem uma visão integradora do indivíduo e da sociedade, privilegia o conhecimento técnico e estimula a especialização precoce do estudante. Embora seja considerado superado e insuficiente, e responsável por boa parte dos problemas de atenção à saúde das populações, o modelo é predominante na maioria das escolas médicas e é alvo de inúmeras queixas dos estudantes. Estes apontam uma relação professor-aluno com predomínio da abordagem centrada no professor, aulas teóricas expositivas como principal estratégia de ensino do curso em detrimento da prática e excesso de carga horária, o que corrobora outros estudos e demonstra a influência do modelo flexneriano nas escolas médicas (FIOROTTI et al, 2010, p.360).

Naomar de Almeida Filho passa então a reivindicar uma leitura "correta" do legado de Flexner, procurando demonstrar que "esses pontos simplesmente não correspondem à letra do texto escrito por Abraham Flexner" e "parecem mais corresponder a uma montagem mitológica restrita, composta por cinco mitos e duas omissões" (ALMEIDA FILHO, 2010, p.2240). Fazendo o "teste das hipóteses", o autor parte para a leitura minuciosa do documento, apontando a visão distorcida que teria omitido ou ocultado alguns dos eixos principais do relatório reformador de Flexner – entre eles, a denúncia do isolamento e autossuficiência das faculdades de medicina em relação à instituição universitária.

Meu interesse nessa questão é menos uma tentativa – frustrada à saída – de deslindar a verdade dos fatos, declarando minha adesão a um dos lados do debate. Busco, pelo contrário, valer-me dos importantes *insights* que os autores apresentam para reativar as contingências que possibilitaram a hegemonização desse discurso.

Longe de buscar a presença de uma "origem", interesso-me pela hipótese secundária que Naomar insinua brevemente em suas considerações finais, e que acredito poder ajudar mais na compreensão da adesão generalizada ao discurso: o nome Flexner como tendo se tornado um significante que aglutina significações excluídas de certa cadeia de equivalências, ocupando a representação do inimigo. A intenção de combater a formação biomédica em todas as profissões, a organização disciplinar dos currículos, a separação dos ciclos básico e clínico, a mercantilização da medicina, a privatização da saúde e o autoritarismo do governo militar levou o significante Flexner a encarnar o exterior que ameaçava a autonomia universitária e impedia a construção de um sistema de saúde público, universal e gratuito, ao mesmo tempo em que possibilitava a constituição da cadeia equivalencial e a identificação do movimento sanitário.

Como afirma Almeida Filho, com a abertura política e o processo de redemocratização no Brasil, os campos da educação e da saúde dedicaram-se a construir propostas que pudessem representar a superação de "pautas e agendas de reforma da educação médica e de formação de recursos humanos em saúde, supostamente herdadas do regime de exceção e do imperialismo americano" (ALMEIDA FILHO, 2010, p.2247). A recusa da herança, no entanto, faz parte de um processo simbólico, e não passa necessariamente ou exclusivamente pela razão e consciência.

Discordando das conclusões do autor, entendo que essa operação não deve ser interpretada negativamente como "recurso a certa desonestidade intelectual" (ALMEIDA FILHO, 2010, p.2247), como se tal construção fosse derivada de um movimento intencional, teleológico, "útil para se reconstruir um suposto discurso antagônico, atribuindo-lhe maldade e erro, necessário para criar a imagem do inimigo" (idem, ibidem). Apoiado na teorização de Foucault e Derrida, entendo como problemáticas as ideias de autoria, origem e intencionalidade na produção discursiva. Mais do que ater-se à confirmação da pertinência ou não dos predicados que lhe atribuem, a questão é perceber o funcionamento do nome "Flexner" como ponto nodal que, mediante a atuação de lógicas fantasmáticas horroríficas, tornou-se capaz de articular uma ampla cadeia de equivalências e de produzir a identificação do movimento sanitário.

Ao criticar a "distorção" e reivindicar precisão da "letra do texto", Almeida Filho assume uma perspectiva objetivista, baseada na ilusão de transparência da linguagem e no acesso a um sentido baseado na sua literalidade, um significado original. Questionando essa posição, entendo ser impossível controlar a intertextualidade aberta por cada nova leitura, tampouco sobre os contextos de leitura (LOPES, 2018, p.134).

Apesar da importante contribuição do autor na "desmontagem" dos mitos que sustentam o discurso anti-Flexner, a autoproclamada realização do objetivo de "desconstrução dessa montagem como dispositivo retórico" (ALMEIDA FILHO, 2010, p.2248) está assentada na visão da retórica como distorção da linguagem, uma técnica de persuasão que nos afastaria da "clareza" da linguagem. A ideia de "montagem", ainda que creditada no artigo ao "contexto político-ideológico", dá margem à uma cena de orquestração do discurso, intencional e maquiavelicamente pensada. Com Laclau (2011), prefiro entender esse processo como uma fixação de significados – precária e contingente – dada pela relação antagônica constituída no contexto, uma prática hegemônica resultante da articulação equivalencial. O fechamento da significação é, sobretudo, um processo metafórico, uma tentativa de preencher a falta que constitui a identidade do movimento democrático e do movimento sanitário. As lógicas que possibilitam a articulação hegemônica – lógicas sociais, políticas (equivalência e diferença) e fantasmáticas – são constituídas pela introdução do afeto e da paixão. O social, como espaço discursivo, portanto, se estrutura retoricamente (na significação).

A reativação das contingências que possibilitaram a hegemonização do discurso anti-flexneriano, mostra não o caráter necessário desta significação, mas antes seu pertencimento à ordem do *acontecimento*[31], como singularidade incalculável e excepcional (FONTES FILHO, 2012; DERRIDA, 1991). Argumento, apoiado na teoria do discurso de Laclau, que o nome *Flexner* é um significante vazio que estrutura, como ponto nodal, o conjunto de uma formação discursiva (LACLAU, 2013, p.134) e que a adjetivação *flexneriano* passa a representar/expressar tanto a ameaça ao projeto emancipatório da saúde como a *encarnação* do modelo biomédico, estabelecendo assim, a fronteira antagônica contra qual uma cadeia de equivalências se constitui, articula suas demandas democráticas em torno do movimento sanitário.

Em sua análise, porém, Almeida Filho também vê aspectos positivos no movimento gerado pelo contexto descrito acima:

> Ao resgatar temas da ação extensionista da Saúde Comunitária, combinados com as então incipientes pedagogias ativas (de inspiração freiriana), além de elementos de planejamento estratégico regionalizado, propunha-se um modelo de formação baseada na prática denominado Integração Docente-Assistencial que, num marco teórico referencial revolucionário, propiciaria respostas tecnicamente efetivas e corretas politicamente (ALMEIDA FILHO, 2010, p.2247).

Em vez de me somar ao entusiasmo demonstrado pelo autor, entendo que é preciso estar atento à desconstrução do essencialismo com que as propostas de integração docente-assistencial e de pedagogias ativas têm sido representadas. Do mesmo modo, defendo que a estabilidade do discurso da integração docente-assistencial não é o simples fruto de um consenso no campo da saúde coletiva, e requer a investigação das práticas articulatórias que garantem sua hegemonização e de seus efeitos sobre os currículos e a subjetivação dos trabalhadores técnicos.

2.2 **O discurso da integração ensino-serviço (e suas substituições metonímicas)**

2.2.1 IDA, UNI, UNIDA, Educação Permanente: emergência e sedimentação do discurso de integração

Nesta seção, empreendo uma descrição interpretativa do discurso da integração ensino-serviço e de suas substituições metonímicas – integração docente-assistencial e integração curricular -, procurando identificar as flutuações de sentido nas diferentes fases de acumulação

---

[31] "Requeremos aqui uma lógica paradoxal do acontecimento como *fonte que não pode apresentar-se, regressar a si.* O valor do acontecimento é talvez indissociável do de presença, permanece com todo o rigor incompatível com o de presença a si" (DERRIDA, 1991, p.338).

teórico-política e de transformação dos currículos da formação em saúde. Busco entender as condições de emergência desse discurso e as práticas articulatórias que lhe dão sustentação constituindo comunidades políticas e epistêmicas em torno de agências multilaterais como Organização Panamericana de Saúde (Opas) e Fundação Kellogg. Dedico especial atenção à forma como a proposta incide sobre a educação profissional técnica de nível médio em geral e no Profaps, em particular. Busco ainda operar com a tradução desse discurso no contexto da formação técnica em saúde, entendendo aqui, tal como Siscar (2012), que a tradução é uma desconstrução e que esta não se apresenta como um método, mas como "singularidade de seu acontecimento" (SISCAR, 2012, p.45).

Como visto na seção anterior, as propostas de reforma do ensino em saúde têm, historicamente, buscado uma aproximação entre a formação e as práticas, entre a escola e os serviços. Esse movimento pode ser contado de diferentes formas, a partir de múltiplos agentes e "origens", sob distintas abordagens teóricas. Minha opção é a de interpretá-lo como um processo nuançado e ambivalente, em que diagnósticos e propostas são compartilhadas na configuração de um regime de verdades sobre a formação em saúde.

Miremos as primeiras décadas do século XX, em que a formação das profissões da saúde ainda se dá, em grande parte, a partir de aprendizagens práticas, não-formais. À medida que vão sendo criadas, as faculdades mantêm-se autorreguladas, sem uma direcionalidade nacional. É somente com a instalação do Conselho Federal de Educação (Lei nº 4.024, de 20/12/1961) que a tramitação dos cursos superiores é definida. Com a Lei 5540/68, é introduzido o conceito de *currículo mínimo*, organizado em regime disciplinar, com carga horária prefixada, composto por disciplinas obrigatórias para a profissionalização técnico-científica e por disciplinas eletivas, oferecidas para ampliar ou complementar a formação prevista (CECCIM e CARVALHO, 2011).

No campo da saúde, o currículo mínimo foi criticado por promover a fragmentação e dicotomização do conhecimento; a desarticulação entre área básica – prevista nos anos iniciais - e área clínica – disposta nos períodos finais; a indução precoce à especialização; o ensino-aprendizagem centrado no hospital universitário e dissociado do sistema de saúde e um sistema de avaliação embasado na memorização da informação (CECCIM; CARVALHO, 2011, p.76). A associação entre este modelo curricular e a prática individual e curativista do modelo biomédico vai favorecer a articulação de demandas democráticas na produção do discurso da necessidade de mudanças da formação em saúde. É no interior das universidades, e mais especificamente, no interior dos departamentos de saúde preventiva dos cursos de medicina, odontologia e enfermagem que, na década de 1960, começam a convergir as contestações à

prática biomédica e a denúncia da insuficiência do ensino da saúde pública (CECCIM e CARVALHO, 2011, p.81).

Na década de 1970, no auge da ditadura militar, os projetos de aprendizagem em saúde comunitária começam a ganhar expressão, procurando distanciar-se do *movimento preventivista*, que oferecia uma visão naturalizada dos aspectos sociais e psicológicos envolvidos na produção da saúde e da doença:

> O movimento preventivista, naturalizando o psicológico e o social, vai ao encontro das culturas e contextos locais para aplacar as más condições de vida, sem o debate político das chances de vida em outra organização social. No Brasil, as noções de corpo, saúde, doença e terapêutica estavam profundamente dominadas pelo pensamento militar no poder. O corpo saudável era um corpo examinado, disciplinarizado, comportado e sem demonstração de emoções, sob a "guarda" da educação física na escola, da educação para a saúde nas comunidades e da intervenção medicamentosa para eliminação de todos os tipos de sintomas (CECCIM e CARVALHO, 2011, p.82).

No início dos anos 1970, a Opas difunde na América Latina a *saúde comunitária* como proposta para a formação de recursos humanos em saúde. Ainda que tenha possibilitado maior contato com as populações periféricas e rurais por meio de diferentes projetos de extensão universitária e de projetos extramuros, esta perspectiva não logrou alterar o modelo de ensino, introduzindo inclusive uma nova dissociação, entre a clínica – considerada território da cura e das ações individuais – e as ações de promoção e prevenção – de caráter populacional. No entanto, a incorporação das ciências humanas e sociais no campo da saúde - principalmente as leituras do neomarxismo de Althusser e do estruturalismo de Foucault e Levi-Strauss (NUNES, 1994) - permitiu a formação crítica de jovens sanitaristas e a expansão das bases que constituiriam o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB).

Na esteira do lançamento da consigna *Saúde para todos no ano 2000,* pela Assembleia Mundial da Saúde, em 1977, a realização da I Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, em Alma-Ata, em 1978, reafirma "a saúde como direto do homem, sob a responsabilidade política dos governos, e reconhece a sua determinação intersetorial" (PAIM e ALMEIDA FILHO, 2000). A crítica às profundas iniquidades sociais e aos modelos de intervenção em saúde se somava às lutas pela democratização no continente. O intenso diálogo entre pesquisadores latino-americanos potencializou o desenvolvimento científico e tecnológico de áreas como a epidemiologia social, políticas e práticas de saúde, planificação em saúde, saúde mental entre outras, favorecendo a consolidação do campo da Saúde Coletiva.

Sustentada pela crítica aos modelos profissionais, assistenciais e educacionais, e animada pelo processo de redemocratização do país e da América Latina, a década de 1980 assiste à reivindicação por novas experiências de *integração ensino-serviço*. Apoiados

tecnicamente pela Opas e financeiramente pela Fundação Kellogg (PIRES-ALVES e PAIVA, 2006), os projetos de Integração Docente-Assistencial (IDA) buscavam uma importante aproximação entre formação e trabalho, ensino, pesquisa e extensão. As experiências desenvolvidas nessa década permitiram o desenvolvimento de projetos interprofissionais na graduação, deram materialidade à ideia de uma rede-escola, estratégica principalmente para a expansão dos programas de residência (CECCIM e CARVALHO, 2011). Já no documento final do II Plano Decenal de Saúde para as Américas, de 1972, afirmava-se

> o compromisso com uma atenção integral do fenômeno de saúde-doença, com a abordagem multidisciplinar para o conhecimento destes fenômenos (...) e com a integração docente-assistencial como forma de articular os processos formativos e as ações de atenção à saúde, tanto de profissionais de nível superior, quanto de técnicos e auxiliares (Opas, *apud* PIRES-ALVES e PAIVA, 2006, p.28).

Os debates sobre a educação médica colocavam em primeiro plano a existência de necessidades especiais prioritárias, exigindo um redirecionamento tanto da organização da atenção como da formação dos profissionais. Para oferecer um tipo de cuidado primário, orientado pela integralidade e pela adequação ao quadro nosológico de cada contexto social, considerou-se necessário superar a fragmentação dos conhecimentos e práticas e a especialização precoce. As respostas a esse quadro foram buscadas na medicina generalista, na medicina comunitária e na Integração Docente-Assistencial:

> Sobretudo a IDA era uma das formulações mais presentes no pensamento médico educacional crítico na segunda metade da década de 1970, com ampla expressão a partir da Opas. Ao final da década, por exemplo, o Informe Final do Grupo de Trabalho sobre Requisitos Mínimos para a Criação de Escolas de Medicina, publicado em *Educación Medica y Salud* (1979), recomendava a IDA como uma das estratégias mais promissoras na medida em que pretendia, no âmbito de processos de regionalização, uma profunda articulação entre todos os segmentos da escola médica e os vários níveis de atenção, a partir da ideia de regionalização (PIRES-ALVES e PAIVA, 2006, p.29).

Assim, a ideia de IDA produziu uma atualização do tema da integração, pensando a atenção à saúde em termos coletivos. O hospital-escola, até então peça chave na arquitetura curricular, é secundarizado diante da recomendação de integrar radicalmente a formação e capacitação de recursos humanos às prioridades objetivas dos serviços de saúde (idem, p.30).

Vale lembrar que estas iniciativas se dão no contexto de crise do modelo de desenvolvimento do regime autoritário no Brasil e, principalmente, de necessidade de recuperação dos níveis de legitimidade social. Para Pires-Alves e Paiva (2006, p.37), "as estruturas deste mesmo Estado se mostravam permeáveis à constituição de grupos especializados, mais ou menos autônomos, que facilitariam, em tese, a formulação e gestão de políticas públicas". É assim que, em 1975 – mesmo ano em que ocorre a V Conferência

Nacional de Saúde -, são assinados os acordos complementares para o início das atividades de cooperação técnica da Opas no Brasil, tendo o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde – PPREPS como seu primeiro projeto de envergadura. Dos três objetivos centrais estabelecidos no termo de cooperação, o segundo visava aumentar a integração entre o sistema formador e a realidade da rede assistencial:

> O segundo objetivo do programa consistiu no apoio à constituição de 10 regiões docente-assistenciais de saúde, de maneira a atingir-se uma cobertura final de 15 a 20 milhões de pessoas em todo o país. Essa integração deveria se efetivar em todos os níveis da formação de recursos humanos para a saúde e em todos os âmbitos de assistência do sistema de serviços. Deveria permitir a experimentação de modelos, métodos e procedimentos, em apoio ao processo de regionalização dos serviços, a partir de uma articulação técnica e administrativa entre as várias instituições do setor e entre estas e as instituições formadoras, em especial com a universidade (...) Com esta frente de atuação, o PPREPS alinhava-se a um movimento de alcance continental, apoiado pela Fundação Kellogg, que pretendia uma reorganização do ensino de medicina, com o fortalecimento dos componentes de interação entre ensino e serviço, com ênfase na cooperação interdepartamental e multiprofissional (...) Portanto, o desenvolvimento de projetos IDA não era àquela altura um domínio exclusivo ou tampouco uma preocupação solitária da Opas e da cooperação técnica (PIRES-ALVES e PAIVA, 2006, p.44-45).

A extensão, capilaridade e a convergência entre os projetos de cooperação técnica desenvolvidos no país ajudam a compreender o imbricamento que ocorre entre estes e as políticas públicas, por um lado, e as instituições formadoras, por outro. Ainda que administrativamente o Grupo Técnico Central (GTC) estivesse subordinado à Opas, essa vinculação não implicava subordinação técnico-política. A Comissão de Coordenação (CC) do PPREPS, composta por representantes do MEC, do MS, da Fiocruz e da Opas, era presidida pelo Secretário Geral do MS. Os documentos de referência do PPREPS indicavam que cabia às instâncias de coordenação "a implementação de um programa inteiramente nacional e sua subordinação política, técnica e funcional às autoridades nacionais" (PIRES-ALVES e PAIVA, 2006, p.48), e que suas atribuições incluíam "a realização de ações de orientação conceitual e de elaboração de modelos metodológicos; a identificação de fontes de financiamento e a captação de recursos adicionais; a contratação de serviços de assessoria complementares; além das responsabilidades de informação e de documentação do Programa" (idem, ibidem).

Como assinalam Pires-Alves e Paiva (2006, p.48), "os membros do GTC contratados pela Opas, embora funcionários nacionais, recebiam remuneração baseada em seus valores em dólar" (idem, ibidem). Os recursos, provenientes do MS eram repassados à Fiocruz, e desta às obrigações estabelecidas pelos convênios e à Opas, decorrente dos encargos técnicos do GTC.

Este arranjo, obviamente sumarizado nesta descrição[32], acrescenta elementos importantes para a compreensão da adesão e disseminação do discurso de integração entre os processos de formação e de trabalho, entre a docência e os serviços de saúde:

> Esse movimento, no plano interamericano, em particular na Opas, assinalava uma crescente afirmação dos recursos humanos como tema estratégico em saúde. Era, também, expressão da necessidade de modelos inovadores na implementação de iniciativas de cooperação técnica que, superando a assistência técnica, marcada pela ideia de subordinação e dependência, propiciando uma melhor mobilização e a reprodução ampliada das competências nacionais" (idem, p.50).

Dos três objetivos estabelecidos pelo PPREPS, a linha de atuação em torno dos projetos IDA foi o que enfrentou as maiores dificuldades. Implantados inicialmente em apenas quatro regiões docente-assistenciais - nos estados de Minas Gerais, Pernambuco, Paraíba e Piauí –, os projetos padeceram de sustentação institucional, "consequência de uma incipiente institucionalização do recém-criado Sistema Nacional de Saúde (SNS)" (idem, p.60). As dificuldades também foram percebidas no interior das universidades, onde diversos grupos mostraram-se refratários às reformas e às abordagens interdisciplinares[33].

Assim, em 1978, a constituição de regiões docente-assistenciais foi considerada uma medida prematura, cujos resultados "deveriam ser necessariamente mais demorados e custosos" (PIRES-ALVES e PAIVA, 2006, p.60). Mesmo as iniciativas de IDA mais promissoras, para as quais a coordenação do programa buscou agregar maior capacidade de transformação, tiveram seus possíveis impactos amenizados pelas práticas vigentes nas universidades, "seja relegando-as a uma dimensão estritamente formal, seja confinando-as a aspectos puramente experimentais" (idem, ibidem).

Embora não haja uma consolidação de dados referente ao número das experiências de IDA ao longo da década de 1980, sua distribuição se deu em pelo menos treze estados, sendo que boa parte dos projetos de IDA desenvolvidos nas universidades foram resultantes de uma

---

[32] Para maiores informações sobre a estrutura e a operacionalização do PPREPS, ver Pires-Alves e Paiva (2006).

[33] Essa resistência, no entanto, não deve ser interpretada de modo simplificado. No livro em que aborda as políticas de integração curricular, Lopes (2008) considera que, a despeito de um acentuado discurso de valorização do currículo integrado, "pensar em formas de integração implica mudar os territórios formados" (LOPES, 2008, p.87), o que significa que estes processos não ocorrem sem conflitos. Segundo a autora, "as mudanças na organização curricular dependem de alterações mais profundas nas relações sociais e culturais (e nas relações de poder), não sendo derivadas, portanto, apenas de decisões de alguns grupos favoráveis à inter-relação de determinados saberes" (LOPES, 2008, p.89). A atuação de comunidades disciplinares na dinâmica de produção das políticas curriculares, por exemplo, indica que as disciplinas não são apenas divisões do conhecimento ou expressões das divisões de conhecimento da ciência. As disciplinas são organizações de conhecimento capazes de criar vínculos entre atores sociais, mobilizar recursos materiais e simbólicos, envolver relações de poder e delimitar territórios de atuação que atendem a demandas sociais específicas (LOPES, 2008, p.86).

reconfiguração das iniciativas de extensão típicas da medicina comunitária (PIRES-ALVES e PAIVA, 2006, p.86).

Em 1983, mediante um diagnóstico que reiterava as dificuldades já encontradas, foi sugerida a necessidade de superar a fase preliminar - "empírica" e preocupada apenas com efeitos demonstrativos - e buscar a utilização de critérios populacionais e clínico-epidemiológicos para a definição e planejamento dos projetos. É nesse momento que Fundação Kellogg e Capes/MEC instituem uma instância de coordenação nacional dos projetos de IDA, envolvendo uma coordenação geral e uma rede de sete centros regionais: "a partir de então, a articulação em rede seria, de fato, uma tendência duradoura na forma de organização do conjunto dos projetos IDA no Brasil[34]" (PIRES-ALVES e PAIVA, 2006, p.87). No entanto, o Relatório da Cooperação Técnica Opas-Brasil, elaborado em 1985, sugeria que a integração docente-assistencial já não possuía a mesma força como item da agenda programática (idem, ibidem).

Nessa mesma década começaram a ser desenvolvidas as Ações Integradas de Saúde (AIS), germe do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que depois daria origem ao SUS. O movimento da RSB aprofunda sua mobilização, e em 1986 realiza a VIII Conferência Nacional de Saúde, considerada um marco na proposição dos princípios que deveriam reger a reformulação do sistema nacional de saúde. Dentre as principais bandeiras do Movimento Sanitário figuravam a luta pela saúde como um direito, garantida pela universalização do acesso às ações e serviços necessários para sua proteção e recuperação; a busca pela equidade, por meio da identificação das necessidades sociais de saúde e da reorganização dos serviços e redistribuição dos recursos de modo a atender, de forma diferenciada, os diversos grupos; e a integralidade, vista como a articulação das ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência a doentes, implicando sistematização do conjunto de práticas que vêm sendo desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde dos diversos grupos da população. Para além destas, foram definidas como diretrizes estratégicas e organizativas do sistema, a descentralização com comando único, a regionalização, a hierarquização dos serviços e a participação social. Cada uma destas bandeiras articulou um conjunto distinto de demandas em sua defesa, o que permitiu com que o sistema, a despeito das muitas resistências, fosse aprovado no texto constitucional.

---

[34] Esta observação faz referência à constituição da Rede UNIDA, que a partir da década de 1980 se consolidou como ator estratégico na formulação e sustentação de políticas públicas de formação em saúde no país.

Este clima de intenso debate favoreceu a emergência da área de recursos humanos como temática estratégica e como campo de estudos e pesquisas. De acordo com Machado (2005), no final da década de 1970, uma série de investigações teóricas sobre a organização social das práticas em saúde são desenvolvidas por pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) e da Universidade de São Paulo (USP), abrindo caminhos para os estudos mais específicos na década seguinte. Utilizando as bases de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), passaram a ser monitoradas algumas tendências desse mercado de trabalho, como o assalariamento, as jornadas de trabalho, o multiemprego, a feminilização entre outras. Os estudos sobre os processos formativos dos profissionais, embora mais escassos, também começam a serem produzidos nesse período, como as dissertações de Eleutério Rodriguez Neto, Roberto Passos Nogueira e Lilia Schraiber, nas temáticas da formação médica e da integração docente-assistencial.

Colocada na pauta do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), a área de Recursos Humanos (RH) em saúde passa a mobilizar uma série de pesquisadores e técnicos no diagnóstico e elaboração de propostas para o enfrentamento dos desafios do setor.

Nos anos 1990, a Fundação Kellogg dá início a um novo programa, o *UNI – uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde: união com a comunidade.* Reconhecendo a necessidade de incluir a participação popular no debate sobre as mudanças na formação, os projetos de integração ensino-serviço são reconfigurados, ampliando seu escopo e concepção para uma *integração ensino-serviço-comunidade*.

No documento que apresenta a base conceitual do programa e o plano geral de sua operacionalização (KISIL e CHAVES, 1994), foi considerado que a estratégia de articulação do ensino das profissões de saúde com o sistema de saúde, apesar de amplamente utilizada, precisava ser reformulada, transcendendo o trabalho de um departamento e de uma profissão, devendo envolver *equipes multiprofissionais* durante toda a graduação, e que a falta de *participação da comunidade* vinha sendo uma das deficiências desses projetos.

Nas universidades essa mudança precisaria envolver duas condições básicas: as atividades curriculares desenvolvidas nos serviços de saúde e na comunidade deveriam ser destinadas, obrigatoriamente, a *todos* os alunos e estar relacionadas *com o restante do currículo*, retroalimentando o processo de decisão quanto à organização das disciplinas, a seleção de conteúdos e às metodologias de ensino e de avaliação: “os projetos UNI devem funcionar como estímulos ao processo de mudança dos cursos de graduação” (KISIL e CHAVES, 1994, p.26).

Assim, os Projetos UNI,

> (...) abriram caminhos de mudança nas reformas curriculares, desafiando a mudança de conteúdos para além da saúde pública preventivista, via integração ensino-serviço-comunidade, e para uma saúde comunitária participativa. O ideário reformista desse período não envolvia mais uma reforma conteudista, mas os aspectos formativos nos quais a articulação com os serviços era fundamental e também a articulação com os representantes da população. Não se trabalharia com a montagem de unidades-escola pertencentes à universidade, mas com redes locais de saúde (CECCIM e CARVALHO, 2011, p.84).

Criada em 1985, a *Rede UNIDA* surge da mobilização de diversos atores que integram as principais entidades do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB), como Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), com o objetivo de qualificar a educação profissional em saúde no país, de modo a contribuir para a transformação do modelo de atenção a partir de um conceito ampliado de saúde, com ênfase na promoção da saúde. Desde então, a Rede UNIDA vem se constituindo em um dos mais ativos atores políticos deste campo, seja em razão de seus projetos, de sua editora, da publicação de periódicos ou dos congressos nacionais da Rede, hoje em sua 14ª edição. De acordo com seu site oficial,

> A principal ideia força da Rede Unida é a proposta de parceria entre universidades, serviços de saúde e organizações comunitárias. Não se trata de qualquer parceria: trata-se de uma modalidade de co-gestão do processo de trabalho colaborativo, em que os sócios compartilham poderes, saberes e recursos (...) Neste sentido, é tarefa prioritária da Rede Unida reafirmar o processo histórico de luta pela reforma sanitária e democratização da saúde, com o objetivo de fortalecer o SUS por meio de mudanças na formação profissional em saúde. Para tanto, é desafio da Rede induzir modelos de educação profissional interdisciplinares, multiprofissionais e que respeitem os princípios do controle social e do SUS e, assim, promover tessituras entre educação, saúde e sociedade a partir da formação de trabalhadores críticos e reflexivos, capazes de realizar leituras de cenário, identificar problemas e propor soluções no cotidiano de sua prática profissional (REDE UNIDA, 2019).

A atuação da Rede UNIDA se dá por meio do estímulo à produção de estudos e pesquisas, no desenvolvimento de tecnologias alternativas, produção e divulgação de informação e conhecimentos técnicos e científicos, proposição de novos modelos sócio produtivos e de sistemas alternativos de produção que fortaleçam a garantia de direitos no campo da saúde (REDE UNIDA, 2019).

Da necessidade de ultrapassar uma profissão, de ultrapassar um departamento, de instituir a multiprofissionalidade, de dar lugar aos usuários (gestão participativa dos processos de mudança) e de ampliar a interação com o sistema de saúde, o movimento articulado pela Rede aponta mudança para uma forma de *integração ensino-trabalho-cidadania*, em que

> A educação dos profissionais de saúde não se dirige apenas aos serviços de saúde (lugar da atenção), um *praticismo*, mas ao trabalho (atenção, gestão e controle social) no setor (...) Ou seja, (...) não mais uma visão instrumental, a comunidade como *lócus* de *aplicação*, mas como o *local*, nascente da política de construção da cidade (CECCIM e CARVALHO, 2011, p.87).

Consolidando as iniciativas históricas dos movimentos de mudança na formação em saúde e congregando pesquisadores de diversas universidades brasileiras, gestores e representantes de associações comunitárias e de trabalhadores, a Rede UNIDA tornou-se uma organização estratégica na produção de conhecimento especializado no campo, fomentando uma teorização sobre a mudança na educação dos profissionais de saúde. Dadas estas características, pode-se dizer que a Rede UNIDA reúne e viabiliza o que se poderia chamar de uma *comunidade epistêmica,* com forte presença na formulação, crítica e avaliação de políticas de formação em saúde no país.

Essa suposição parte do pressuposto de que a produção de políticas não é uma atividade exclusiva do Estado, e que atores não-governamentais se envolvem, direta ou indiretamente nos processos de elaboração dos textos oficiais.

A participação de docentes e pesquisadores da Rede UNIDA nas esferas de gestão governamental, em comitês consultivos e agências multilaterais que discutem os processos de reorientação das políticas curriculares na formação em saúde, sugere sua atuação como comunidade epistêmica, ou seja, como "sujeitos e grupos que, organizados em comunidades (...), produzem conhecimento, influenciando e difundindo diagnósticos e soluções das/para as políticas curriculares" (DIAS e LÓPEZ, 2006, p.53).

O intercâmbio de ideias, a circulação de textos e o reconhecimento social da autoridade do conhecimento produzido por seus integrantes fazem com que essa coalizão promova "um dado regime de verdade e, consequentemente, de poder, legitimando o estreitamento da relação política/conhecimento" (idem, p.57).

Para Hass, (*apud* ANTONIADES, 2003, p.24), as comunidades epistêmicas são "uma rede de profissionais com reconhecida experiência e competência em um domínio particular e que possuem uma autoridade legitimada em termos de conhecimento relevante para a política dentro desse domínio ou área de atuação." Essas comunidades tanto podem assumir o caráter de uma coalização *ad hoc*, baseada na lógica de que os problemas políticos é que definem as comunidades de pensamento e que sua vida é limitada ao tempo e ao espaço definidos pelo problema e suas soluções, como podem apresentar um caráter mais constante e holístico, visando o estabelecimento e perpetuação de crenças e visões como dominantes discursos sociais. Este tipo de comunidade epistêmica baseia-se na lógica de que a realidade social é que define essas comunidades de pensamento, cuja vida depende das interações sociais e do resultado das lutas sociais, que 'produzem" essa realidade (ANTONIADES, 2003, p.28).

Mesmo reconhecendo que o conceito de comunidades epistêmicas acompanha a lógica estruturalista da subjetividade política e do pertencimento, entendo que pode ser produtivo

"manter aspectos característicos da abordagem das comunidades epistêmicas como forma de resguardar certa distinção sociológica das/nas linguagens de diferenciação cultural dos grupos atuantes/influentes na produção das políticas" (PIMENTEL JUNIOR, 2018).

A despeito da importante contribuição heurística de tal noção para compreender a atuação de sujeitos nas políticas curriculares da formação em saúde, a leitura pós-estrutural das subjetividades políticas que assumo nesta pesquisa recomenda que o foco não seja nos integrantes das comunidades, mas nas demandas postas em marcha por tais comunidades. São estas demandas que, uma vez articuladas, constituem tais comunidades. Amparado nas observações realizadas por diversos autores do campo (COSTA e LOPES, 2016; DIAS e LÓPEZ, 2006; PIMENTEL JUNIOR, 2018), entendo que

> se há concordância com a ideia de sujeito descentrado e com a proposição de que as políticas produzem subjetivações, os limites discursivos de uma comunidade disciplinar [ou epistêmica] não podem ser definidos previamente às ações políticas. Tampouco podem ser enumerados os atores sociais que produzem sentidos para as políticas de currículo, em nome de uma disciplina, como lideranças estáveis e estabilizadoras, como autoridades constituídas por um registro epistemológico, mesmo que socialmente construído, indiferente à própria política (COSTA e LOPES, 2016, p.1027).

Embora a Rede UNIDA priorize a discussão e elaboração das políticas curriculares para a formação em saúde de nível superior, os sentidos produzidos pelos discursos da integração curricular assumem certa "função universal" que inscrevem diversas demandas da formação de técnicos de saúde em uma ampla cadeia de equivalências.

Nos anos 2000, o discurso da integração ensino-serviço – com seus deslizamentos semânticos e cadeias de substituição de significantes - é articulado à proposta de educação permanente em saúde, tendo entre os membros da Rede UNIDA seus mais importantes defensores.

Antes confinada aos debates acadêmicos e iniciativas isoladas desenvolvidas em distintos países do continente americano, a proposta de educação permanente em saúde é retomada na década de 1980, sendo sistematizada na década de 1990 por um grupo de consultores e colaboradores do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Opas[35] (HADDAD, ROSCHKE e DAVINI, 1994).

---

[35] No Relatório Final da pesquisa "Análise da Política de Educação Permanente em Saúde: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde" (VIEIRA *et al,* 2006), os autores chamam a atenção para a estreita vinculação entre as propostas das agências multilaterais como Banco Mundial e Organização Panamericana de Saúde e as transformações do capitalismo. O fracasso das experiências anteriores é atribuído à sua base pedagógica e às características intrínsecas da concepção de educação continuada, como a verticalização dos processos, sua desvinculação da realidade dos serviços e a fragmentação e focalização em profissões consideradas prioritárias. A proposta de educação permanente surge como melhor estratégia para enfrentar as demandas crescentes de formação, dando ênfase à gestão e às

A disseminação destas ideias na segunda metade da década de 1990 encontra eco nas críticas aos modelos de formação até então desenvolvidos no país e nas propostas de reorganização das práticas assistenciais e de gestão no SUS, que sugerem a incorporação de tecnologias "leves" e "leve-duras" para o trabalho em saúde, como as tecnologias de relação, produção de vínculo, acolhimento, co-gestão de coletivos etc (CAMPOS, 2000; MERHY, 2002; MERHY *et al,* 2004).

A despeito das múltiplas articulações que historicamente permitiram a hegemonização da formação discursiva da integração ensino-serviço, sua tradução no contexto de instituição da PNEPS incorpora, como suplemento de iterabilidade, a teorização de Emerson Merhy e de Gastão Wagner de Souza Campos.

Estas referências são incorporadas em um novo amálgama de sentidos para a integração ensino-serviços, agora nomeada por meio do "quadrilátero da formação": a integração ensino-gestão-atenção-controle social (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

Partindo de uma "crítica à formação para a saúde que temos feito no Brasil", Ceccim e Feuerwerker (2004) reivindicam a urgência de uma reforma da educação[36] no setor saúde, capaz de ir além das iniciativas esparsas de mudança no processo de formação em saúde no país:

> (...) todas essas iniciativas foram muito tímidas na sua capacidade de promover mudanças nas práticas dominantes no sistema de saúde. Limitadas a introduzir mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e cuidado em saúde, mantiveram a lógica programática das ações e não conseguiram desafiar os distintos atores para uma postura de mudança e problematização de suas próprias práticas. Por se apresentarem de forma desarticulada ou fragmentada e corresponderem a orientações conceituais heterogêneas, as capacidades de impacto das ações do SUS em educação têm sido muito limitadas, no sentido de alimentar os processos de mudança sobre as instituições formadoras, e nulas em apresentar a formação como uma política do SUS: potência de interpor lógicas, diretrizes e processos organizados, coerentes e desafiadores dos modos de fazer (CECCIM e FEUERWERKER, 2004, p.45).

Em 2004, a proposta de educação permanente é alçada ao plano de política pública, estabelecendo uma ampla recomposição das estruturas de gestão da educação no campo da saúde. A força política das práticas discursivas de integração se expressa na institucionalização das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), que no texto da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) são concebidas como instâncias de

---

metodologias educacionais (ativas). Segundo os autores, "nas publicações divulgadas pela OPS para a educação permanente, embora seja ressaltada a necessidade da saúde ser entendida no seu sentido mais amplo, não se questiona as políticas neoliberais empreendidas que interferem na diminuição dos recursos do Estado. A crise na saúde, vivida pelos países da América Latina, é abordada ou como uma face inerente ao capitalismo atual, ou derivada das consequências da má gestão do Estado, não enfocando as causas estruturais do problema" (VIEIRA *et al,* 2006, p.24).

[36] Para os autores, sobretudo, uma reforma universitária.

apoio e de cooperação técnica com os Colegiados de Gestão Regional (CGR) para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007a).

Se expressa também no crescente aporte de recursos direcionados à recém-criada Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde: a análise dos Relatórios de Gestão[37] da SGTES/MS, indica uma dotação orçamentária média de R$ 310 milhões para as ações da Secretaria para o período de 2004 a 2011. A média de despesas diretamente relacionadas à formação de técnicos e fortalecimento das ETSUS foi de R$ 122 milhões, representando cerca de 40% dos recursos executados.

A partir de 2009, ano em que o impacto das metas e do financiamento do Plano Mais Saúde se faz sentir, o orçamento da Secretaria inicia uma forte tendência de incremento. Nesse período diversas ações estratégicas e prioritárias para o governo começam a ser executadas, como o Programa Mais Médicos, Telesaúde, Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde), Universidade Aberta do SUS – UNASUS, as Especializações Multiprofissionais e o Profaps, além da continuidade de ações já desenvolvidas pela pasta. De um aporte total de R$ 300.863.720 milhões em 2009, o orçamento empenhado pela Secretaria para a ação de Educação e Formação em Saúde salta para um total de R$ 1.110.531.596 bilhão, no ano de 2014, e de R$ 994.564.658 milhões, em 2015.

O volume dos recursos executados pela SGTES ao longo destes anos dá conta de um forte investimento governamental na educação permanente, na formação técnica e nos programas que visam promover a integração ensino-gestão-atenção-controle social (Pró-Saúde, PET-Saúde).

A integração ensino-serviço (aqui ressignificada pelo quadrilátero da formação) é colocada na centralidade das políticas de saúde, com expectativas de impacto mais amplas do que a qualificação de seus profissionais.

---

[37] A consulta aos Relatórios de Gestão da SGTES/MS disponíveis no site do MS (de 2004 a 2015) revelou uma significativa variabilidade nas formas de apresentação. De 2004 até 2008 foram disponibilizadas informações agrupadas por ações prioritárias, como por exemplo, a) Serviço Civil; b) Escolas Técnicas; c) Capacitação à Distância; d) Formação Técnica; e) VerSUS; f) Áreas Técnicas; g) Pólos de Educação; h) Mudança na Graduação; i) Formação Superior; j) Mesa Nacional de Negociação; k) Harmonização das Carreiras do SUS e l) Observatórios de RH (BRASIL, 2006). De 2009 em diante o Relatório de Gestão deixa de apresentar a execução orçamentária agrupada por ações específicas, mudando também a estrutura e a forma de organização das informações. Nesse período também foi observado um aumento significativo de repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde por meio de diferentes instrumentos celebrados, como convênios, termos de cooperação e repasses fundo a fundo.

2.2.2 A estrutura de promessa da integração: messianismo

Uma vez examinadas algumas das contingências e relações sociais que permitiram a estabilização dos discursos de integração no campo da formação em saúde nas últimas décadas – integração curricular, docente-assistencial, ensino-serviço, ensino-serviço-comunidade, ensino-trabalho-cidadania, ensino-gestão-atenção-controle social – pretendo mostrar que o caráter contingente destas articulações envolve certo fundamento místico, um tipo de *messianismo* que convém questionar.

A noção de messianismo, desenvolvida e explorada por Derrida nos livros *Espectros de Marx* e *Força de Lei* (DERRIDA, 1994; 2018), e comentada brevemente por Laclau no ensaio *O tempo está deslocado* (LACLAU, 2011), está relacionada ao caráter místico com que Marx descreve a produção do fetiche e da forma-mercadoria na economia burguesa ("envoltos em bruma fantasmática"), sempre à espera de "nostálgica e impaciente de redenção" (DERRIDA, 1994, p.183).

Segundo Derrida, para Marx as aparições espectrais do fantasma, do fetiche e da religião "se esvanecerão, serão dissipados na verdade" (idem, p.219). Para fazer compreender e ressaltar o caráter místico e o segredo da forma-mercadoria, introduziu-se as noções do fetichismo e do ideológico: "sem se reduzir um ao outro, eles partilham uma condição comum: ora, diz *O Capital,* apenas a analogia religiosa, apenas a 'região nebulosa do mundo religioso' pode permitir compreender a produção e a autonomização fetichizante dessa forma" (DERRIDA, 1994, p.220). O religioso (em Marx) não é um fenômeno ideológico ou uma produção fantasmática como outra qualquer: ele informa a possibilidade emancipatória por meio do messianismo escatológico.

Para Derrida (1994, p.223), o marxismo compartilha com a religião a estrutura formal de uma escatologia messiânica. O autor, porém, ao tratar dessa "herança ateológica" prefere o termo "messiânico", como forma justamente de liberá-lo de sua vinculação religiosa ao messianismo abraâmico:

> Ao dizer isso, não afirmamos que essa escatologia messiânica, comum às religiões que ela critica e à crítica marxista, deva ser simplesmente desconstruída. Se ela é comum a estas, salvo a diferença de conteúdo (...) é também que sua estrutura formal de promessa as ultrapassa ou as precede. Bem, o que permanece igualmente irredutível a toda desconstrução, o que permanece tão indesconstrutível quanto à possibilidade da desconstrução, é talvez uma certa experiência da promessa emancipatória; é, talvez mesmo, a formalidade de um messianismo estrutural, um messianismo sem religião, um messiânico, mesmo, sem messianismo, uma ideia de justiça – que distinguimos sempre do direito, e até dos direitos humanos – e uma ideia de democracia – que distinguimos de seu conceito atual e de seus predicados determinados hoje (DERRIDA, 1994, p.86).

Segundo Laclau, Derrida chama a atenção para algo pertencente "à estrutura geral da experiência", algo que está ligado à ideia de promessa, mas não a uma promessa em particular. A desconstrução derridiana incide justamente sobre o predicado escatológico dos messianismos historicamente existentes, seja o religioso, com as promessas de salvação e de paraíso, seja o próprio marxismo, com a afirmação teleológica de um mundo reconciliado consigo mesmo, onde os espectros serão exorcizados definitivamente. Mas retém aquilo que é "irredutível", "indesconstrutível": a estrutura geral da experiência, a estrutura da promessa:

> Com base nessas premissas, Derrida elabora seu conceito de "democracia por vir" (*democratie à venir*). Esse *à venir* não envolve uma afirmação teleológica – nem mesmo aquela limitada a uma ideia regulativa -, mas simplesmente o comprometimento contínuo de manter aberta a relação com o outro, uma abertura que está sempre *à venir*, que nunca está já dada por qualquer cálculo apriorístico. Para resumir: o messianismo de que estou falando é um messianismo sem escatologia, sem uma terra prometida preconcebida, sem um conteúdo determinado. É simplesmente a estrutura da promessa inerente a toda experiência, cuja falta de conteúdo – resultante da radical abertura ao evento, ao outro – é a própria possibilidade de justiça e dá seu sentido somente à democracia por vir. A singularidade como o terreno da justiça, envolve a indecidibilidade radical que faz a decisão possível (LACLAU, 2011, p.118).

O gesto desconstrutivo derridiano – que o autor teve o cuidado de distinguir da *destruktion* heideggeriana e da "demolição" proposta por Nietzsche – não se refere a uma "operação de aniquilação (...) um movimento negativo de destruição, de desarticulação ou de decomposição do pensamento" (SISCAR, 2012, p.15). Buscando *responder* à herança marxista (sendo-lhe, ao mesmo tempo, fiel e infiel, para mantê-la viva), Derrida trata de questionar os traços essencialistas de sua ontologia, que insiste em dar um conteúdo utópico, teleológico, ao de vir das sociedades. Assim, na desconstrução operada em *Espectros de Marx,* a estrutura de promessa é preservada, entendida como inerente à linguagem e, portanto, à política. Como o próprio Derrida afirma,

> não existe linguagem sem a dimensão performativa da promessa; no instante em que abro minha boca, estou na promessa. Mesmo se eu disser que "*não acredito na verdade"* ou qualquer outra coisa, no instante em que abro minha boca, há um *"*acredite *em mim"* em ação (DERRIDA, 2016, p.126-127).

A consideração de que a promessa é constitutiva da experiência remete à indecidibilidade estrutural, isto é, a consideração de que a decisão – impossível, mas necessária – não é baseada em uma fundamentação última, capaz de produzir uma presença fechada em si mesma. Para Derrida, ao exceder ao cálculo, a decisão (a promessa) é abertura ao heterogêneo, ao radicalmente outro - ao acontecimento – e chama à responsabilidade ético-política (LOPES, 2018, p.93).

No entanto, na estrutura de promessa das políticas curriculares, de um modo geral, há um desejo de normatividade, um caráter normativo que delimita o que pode ser significado

como profissional, como currículo, como escola, como *integração* (LOPES, 2008, 2015; MACEDO, 2017, 2018; CUNHA, COSTA e BORGES, 2018). A insistência em projetos normativos para o currículo tem como pressuposto a possibilidade de que possam ser definidos os fundamentos que devem guiar a política: o melhor conhecimento, as melhores práticas, as melhores metodologias, os melhores perfis. Divergindo dessa tendência, concordo com a posição de Lopes (2015, p.141), que

> Se o currículo encontra sua completude, sua definição, se vê encarnado por uma única posição de conteúdo, conhecimento, plano, proposta, cessa a disputa por essa encarnação, a política para construir tal significação torna-se restrita a um momento anterior à definição curricular e a todos os processos, posteriores a essa definição, são construídos para tentar garantir a leitura correta da definição pré-estabelecida. O currículo sucumbe à categoria de coisa a ser reproduzida nas salas de aulas, nos livros, na formação de professores, nas avaliações (LOPES, 2015, p.141).

A integração ensino-serviço também apresenta seu caráter messiânico: a promessa emancipatória desenha-se, por exemplo, nas expectativas de que o encontro entre a universidade, os serviços de saúde e a população possa gerar melhorias nos três polos dessa relação.

A promessa da integração ensino-serviço - que no ideário da PNEPS é convertida em integração ensino-gestão-atenção-controle social - é referida a diversos *conteúdos* a serem integrados: 1) uma integração epistemológica do currículo, que pretende superar a fragmentação da organização disciplinar, os binarismos teoria/prática, básico/clínico e fomentar a aprendizagem significativa; 2) uma integração entre a formação e a gestão do SUS, seja na perspectiva de identificação de demandas de qualificação profissional dos serviços, seja na discussão e reorganização dos processos de trabalho para garantia da integralidade; 3) uma integração da formação e da atenção com a população, na expectativa de humanização das práticas de cuidado, de produção de vínculos e fluxos para os itinerários terapêuticos e de formação de profissionais compromissados com a transformação das realidades sócio-sanitárias e 4) uma integração do ensino e da gestão com as comunidades, no sentido de sua formação para a participação nas esferas de controle social do SUS.

A aposta na mudança do modelo de atenção à saúde *via* integração docente-assistencial (ensino-serviço, ensino-trabalho) é recorrente nas publicações da área, sendo considerada "uma condição essencial para a concretização das mudanças do setor saúde, com vistas a se atingir o direcionamento da Política Nacional de Saúde" (KUABARA, 2014, p.200).

Essa construção discursiva se funda na expectativa de "desconstrução dos aspectos enrijecidos das instituições – particularmente aqueles que atualizam os modelos

tecnoassistenciais hegemônicos e as relações de poder que os caracterizam" (GUIZARDI *et al,* 2011, p.158).

A integração ensino-gestão-atenção-controle social, na perspectiva da educação permanente, opera como um dispositivo de mudança que não se restringe à educação:

> Uma formação, assim colocada, envolve a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção, que passam a ser problematizadas na prática concreta dos profissionais em terreno e dos quadros dirigentes. As demandas para educação em serviço não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas prioritariamente a partir dos problemas da organização do trabalho, considerando a necessidade de prestar atenção relevante e de qualidade, com integralidade e humanização, e considerando ainda a necessidade de conduzir ações, serviços e sistemas com produção em rede e solidariedade intersetorial. É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho - em cada serviço de saúde - que são identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas (CECCIM e FEUERWERKER, 2004, p.50).

Nos documentos com assinatura oficial que instituem a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a estrutura de promessa é conferida pela própria retoricidade utópica do texto:

> A grande expectativa é a instituição de relações orgânicas e permanentes entre as estruturas de gestão da saúde (práticas gerenciais e organização da rede), as instituições de ensino (práticas de formação, produção de conhecimento e cooperação técnica), os órgãos de controle social em saúde (movimentos sociais e educação popular) e as ações e os serviços de atenção à saúde (profissionais e suas práticas); assim como a ruptura com a lógica da compra de produtos e pagamento por procedimentos educacionais; o compromisso dos gestores com a formação e o compromisso dos formadores com o sistema de saúde; a produção e disseminação de conhecimento por relevância e compromisso (BRASIL, 2004a).

Em um estudo sobre as experiências de ensino acompanhadas pelo EnsinaSUS[38], Guizardi *et al* (2011, p.156) investigam os "encontros e fronteiras" entre os territórios do ensino de graduação da saúde e o trabalho do SUS, procurando "evidências de novas práticas que tenham como efeito a produção de integralidade, tanto no âmbito do ensino, como do trabalho

[38] Iniciado em 2005, com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj), o EnsinaSUS, como uma das linhas de atuação do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde – LAPPIS, configura o trabalho de vanguarda de pesquisadores/as que atuam, de forma inovadora, educativa e ético-política, no ensino, pesquisa e formação e para o Sistema Único de Saúde (SUS). Seu objetivo geral tem sido apoiar experiências realizadas por diferentes instituições de educação, saúde e direito, buscando a melhoria da formação de profissionais dessas áreas em dois campos de atuação específicos: a) na formação e educação permanente, tendo em vista as interfaces educação, saúde, direito e trabalho; e b) no desenvolvimento/incorporação de novas tecnologias do cuidado capazes de articular saberes e práticas produzidas nos serviços, a fim de conhecê-las, avaliá-las e promover sua divulgação. Este estudo integrou pesquisadores vinculados ao LAPPIS - IMS/UERJ e ao EducaSaúde – Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Educação – UFRGS

em saúde". Pela sua pertinência para esta investigação e, em especial para a discussão que será realizada na próxima seção, me permito destacar alguns de seus resultados.

De acordo com os autores, a aproximação entre os universos do ensino e do trabalho possibilitaria a emergência da crítica como "o estranhamento do corriqueiro, das verdades e normas que, sem que sejam explicitadas, organizam nosso cotidiano (...) a tessitura de pequenas genealogias de certezas que nos norteiam, as quais permitem interrogar e forjar problemas e perguntas a seus enunciados de verdade" (GUIZARDI *et al*, 2011, p.156).

Um primeiro aspecto destacado pela pesquisa diz respeito à inexistência formal ou restrita de espaços conjuntos de enunciação e debate entre as instituições, onde os modos de saber e fazer possam ser confrontados. Estes espaços mostram-se pontuais e permanecem nos limites de cada instituição, dificultando a produção de questões sobre suas dinâmicas. Por vezes, o foco da interação fica restrito à cobrança de contrapartidas materiais no âmbito dos convênios.

Diversas dificuldades foram relatadas pelos profissionais: a alta rotatividade dos estudantes; sua presença na detecção dos problemas, mas não no desenvolvimento das ações; a postura inadequada e a distância cultural entre estudantes e a população. A própria ideia de mútua influência é colocada em questão:

> O cotidiano do ensino não é problematizado como possibilidade de atualização da prática profissional que se deseja questionar com a diversificação de cenários de aprendizagem. Isso nos defronta com o risco de que, nessa interação, a universidade permaneça como referência de saber legítimo e autorizado, o que restringiria o olhar sobre os sistemas de saúde como espaços também legítimos de produção de saberes e práticas inovadoras na construção da integralidade da atenção (GUIZARDI *et al*, 2011, p.159).

Por outro lado, o impacto sobre a formação dos profissionais e sobre a organização dos serviços também é notado: os autores relatam mudanças nas posturas de maior compromisso com o SUS, rearranjos nas formas de organização das práticas dos serviços e a construção de ligações diferenciadas com os usuários, focadas na qualidade das relações e nos vínculos estabelecidos (idem, p.167).

Parte das mudanças percebidas na postura dos profissionais dos serviços é atribuída à presença dos alunos na rede: sua condição de "estrangeiros" na instituição permitiria tensionar as práticas em pelo menos dois aspectos: primeiro, exigindo a explicitação das motivações e compreensões sobre o trabalho dos demais, ajudaria na reconfiguração do trabalho em equipe e na busca da co-responsabilização; e segundo, proporcionando um retorno à gestão por meio da observação de um ator externo à instituição. Assim

> A presença do estudante muitas vezes instiga a desnaturalização do trabalho, atuando como um convite ao deslocamento desses profissionais de suas referências de

> estabilidade, no que essas estreitam a complexidade de sua intervenção e a demarcam como cristalização de práticas não refletidas (idem, p.168).

Concordo com Biesta (2013) de que a educação é um risco, e que os resultados da aprendizagem não podem ser conhecidos ou especificados de antemão. E no importante deslocamento que se processa de uma visão da aprendizagem como *aquisição* até a que a vê como *resposta* (BIESTA, 2013, p.45). No entanto, fica por óbvio difícil imaginar que um processo educativo possa ser construído com base em uma relação de desconfiança e preocupação entre os sujeitos. Insinua-se uma perigosa proximidade entre a relação pedagógica e o controle externo das práticas:

> A preocupação sentida pelos trabalhadores da equipe, de elaborar discursivamente sua ação em razão da presença dos estudantes, pode ser pensada como uma possibilidade de aprendizagem e formação no processo de trabalho. A atuação dos estudantes e seu desejo de aprender muitas vezes *fazem os trabalhadores se sentirem obrigados* a repensar suas práticas, na direção de uma valorização do cuidar, da intervenção técnica apropriada e da necessidade de estudar e pesquisar para atuar, segundo a integralidade (GUIZARDI *et al*, 2011, p.169, grifo meu).

Uma das principais diferenças entre a proposta da educação permanente em saúde e as demais iniciativas de educação profissional está na aposta que esta faz no *dispositivo* educacional, em detrimento de uma atenção aos conteúdos da formação. Assim, os autores destacam o valor dos efeitos não-planejados nas instituições, as transformações moleculares, não-replicáveis, porque produzidas na singularidade das relações.

Em alguns casos, as instituições escolares se mostraram afetadas pela decisão política de formar profissionais capazes de dar respostas às necessidades de saúde da população, promovendo novas formas de organizar o currículo da graduação. Pautadas pelo desejo de romper com a lógica do saber disciplinar, centrada nos sistemas orgânicos ou nas especialidades biomédicas, essas experiências buscaram referenciais no ciclo vital (concepção, desenvolvimento da criança, do adolescente, do adulto e do idoso), e na organização baseada em módulos e disciplinas transversais:

> Entendemos que este movimento, de pôr em questão as verdades e de flexibilizar os campos disciplinares, representa uma intervenção importante em direção à transformação da própria universidade e abre a possibilidade de novos desenhos em meio aqueles que a determinam (idem, p.172).

Ainda que a iniciativa de reorganizar o currículo buscando sua integração possa ser um caminho a ser seguido pelas universidades, nada garante que seus resultados possibilitem romper com as dicotomias estabelecidas ou que impeçam a criação de novas. A desejada desfundamentação dos saberes (de inspiração deleuziana), professada pelos autores, esbarra "nos limites à criação de novos olhares e estratégias de intervenção, já que é frequente que o

recurso aos saberes disciplinares se concretize como valor de verdade sobre o conhecimento do mundo e não como possibilidade de engendrá-lo" (idem, p.173).

Essa percepção é reforçada pela constatação da estabilidade dos discursos disciplinares e biomédicos, cuja iterabilidade fornece uma matriz de inteligibilidade para os processos de identificação dos estudantes:

> Ao propor essa discussão (...) procuramos questionar os limites dados pelos discursos institucionais hegemônicos, cujos sentidos se desenham e atualizam regularmente por meio de conexões estruturadas, cujos encadeamentos muitas vezes estão previstos e predeterminados, sentidos que unem os fragmentos desses territórios institucionais, compondo os nexos como campo fechado de possíveis (GUIZARDI *et al*, 2011, p.175).

Fazendo um contraponto a essa perspectiva, os autores buscam conferir visibilidade à emergência do novo em suas virtualidades, importando menos os elementos constitutivos que as relações que se estabelecem:

> A transformação/inovação não é, portanto, definida ou condicionada à existência de elementos específicos na interação entre ensino e trabalho: um projeto, modelo de intervenção ou formação determinada (...) Sua presença marcante nas relações moleculares sinaliza que ela é efeito de novas organizações e movimentos dos elementos presentes nesses territórios institucionais, na medida em que o encontro desses territórios desestabiliza as narrativas que organizam os sentidos a partir dos quais a realidade é compreendida em seu contexto. Assim, mais do que fazer surgir uma conformação institucional inédita, trata-se de articular e provocar interferências entre as existentes (...) O encontro de ambos [ensino e trabalho] só pode ser produtivo em suas diferenças (GUIZARDI et al, 2011, p.175-176).

A de-sedimentação do discurso da integração ensino-serviço, enquanto formação discursiva do campo da formação em saúde, todavia, inclui o esforço de reativação das contingências em que este se institui no campo da educação profissional técnica de nível médio em saúde.

2.2.3 De princípio à condição: quando a integração ensino-serviço se converte no *ensino em serviço*

Resta ainda uma questão fundamental que persiste e instiga a que mais um caminho seja percorrido nesta seção: é possível falar da integração ensino-serviço para a formação profissional técnica de nível médio do mesmo modo que para a graduação? Penso que não.

Gostaria de argumentar que apesar das tentativas de fixação dos sentidos desse discurso, as contingências que possibilitam sua hegemonização nesse segmento são distintas, e suas especificidades e efeitos precisam ser considerados.

Como veremos em mais detalhes no capítulo 3, as primeiras iniciativas de formação profissional voltadas aos trabalhadores de nível elementar e médio da saúde no Brasil se deram no contexto dos projetos de expansão de cobertura e da cooperação técnica firmada entre o governo brasileiro e a Organização Panamericana de Saúde (Opas), na década de 1970.

Neste período, a concentração de renda e a perda crescente do poder aquisitivo da população são associadas ao processo de intensa migração e urbanização desordenada, e ao aumento da pobreza e das doenças. O governo militar passa a considerar a questão social uma prioridade para conter a crise política e recompor as bases de legitimidade do regime (LIMA, 2010, p.163; PIRES-ALVES e PAIVA, 2006, p.30). Em 1972, o governo Geisel lança o II Plano Nacional de Desenvolvimento e, em 1975, institui o Sistema Nacional de Saúde, consolidando a separação entre os campos de atuação da saúde pública (desenvolvido pelo MS) e assistência médica previdenciária (desenvolvido pelo Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS):

> Em que pese esta diferenciação, foi também (...) uma tentativa de introdução de componentes de maior racionalidade em um sistema que, desde a década anterior, favorecia a prestação privada – contratada e financiada pelo Estado a custos crescentes – dos serviços médico assistenciais, ao mesmo tempo em que deixava à margem do sistema amplos contingentes de trabalhadores não formalmente inscritos no sistema previdenciário (PIRES-ALVES e PAIVA, 2006, p.32).

Ao lado da ampliação da medicina previdenciária, um segundo movimento se origina no interior do Ministério da saúde: de natureza complementar ao primeiro, se materializa no lançamento de diversos programas de extensão de cobertura, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal da Saúde (PPREPS).

Sob o signo da política de expansão da cobertura dos serviços de saúde, o PIASS buscava responder de forma planificada às demandas de formação profissional exigidas pela implantação de estruturas básicas de saúde em municípios com menos de 20 mil habitantes (unidades básicas e postos de saúde, sistemas simplificados de abastecimento de água e saneamento). Inspirado nas ideias de medicina comunitária, estes projetos tinham como diretriz a ampla utilização de pessoal auxiliar recrutado nas próprias comunidades beneficiadas (LIMA, 2010, p.170). Os trabalhadores capacitados eram, em sua maioria, de nível elementar, como agentes comunitários, atendentes de enfermagem e auxiliares de saneamento.

> Esses dados demonstram, em primeiro lugar, que o PIASS, um dos principais programas de extensão de cobertura na época, foi executado principalmente com base numa força de trabalho de baixa qualificação, contribuindo assim para aumentar o quantitativo destes trabalhadores, em um contexto no qual "as secretarias estaduais procuravam priorizar projetos que atendessem às demandas mais imediatas de recursos humanos resultantes desses programas. Em segundo lugar, indicam que o

> baixo desempenho, decorrente, entre outros, dos cortes orçamentários, se vincula diretamente à crise financeira da previdência social, cujo ápice é 1978, e ao agravamento da crise econômica no país. Esses resultados demonstram também que, como programas complementares à política dominante no setor, de privatização da assistência médica, tinham limites concretos na reorganização da prestação de serviços e no aumento de cobertura por meio dos serviços médico-sanitários (LIMA, 2010, p.173)

O PPREPS, por sua vez, fruto do acordo de cooperação firmado entre o governo brasileiro e a Opas[39], foi o primeiro projeto da cooperação técnica, desenvolvido de 1976 a 1978.

As medidas racionalizadoras demandavam a incorporação de quadros técnico-científicos nem sempre disponíveis nas estruturas governamentais. Diversos profissionais egressos dos cursos de pós-graduação que vinham gradativamente constituindo um movimento pela reforma do sistema de saúde – o nascente movimento sanitário – passam a integrar postos técnicos na burocracia estatal e outros, a compor as equipes de projetos estratégicos na Opas.

Ao final deste período, o acordo foi revisado em novas bases, tendo suas metas ampliadas e firmadas em um termo aditivo para o Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil. Em 1980, mediante um segundo termo aditivo, o MPAS passou a integrar a base institucional de sustentação do Acordo. É nesse contexto que são elaborados o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde) e o Projeto Larga Escala (PLE).

O PPREPS contou com um grupo significativo de profissionais de saúde brasileiros, todos contratados como funcionários internacionais da Opas, com salários em dólar. Alguns técnicos que tinham "fichas" recusadas no Serviço Nacional de Informações (SNI) - o que os impedia de trabalhar nas instituições públicas nacionais – foram abrigados sob o manto de proteção do organismo internacional, (LIMA, 2010; PIRES-ALVES e PAIVA, 2006). Entre os quadros contratados pela Opas para compor a equipe técnica do PPREPS, encontrava-se a enfermeira Izabel dos Santos[40], que será figura central no desenvolvimento do Projeto Larga

---

[39] A Opas, assim como as agências internacionais privadas Fundação Rockfeller e Fundação Kellogg, já tinha uma tradição de assistência e cooperação técnica no ensino médico e das profissões de saúde na América Latina e no Brasil (PIRES-ALVES e PAIVA, 2006).

[40] Izabel dos Santos nasceu em Pirapora/MG, em 1927, e faleceu em 2010. Formou-se me enfermagem na Escola de Enfermagem Hugo Werneck, atualmente vinculada à PUC/MG. Atuou junto à Fundação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) e depois na Escola de Enfermagem de Recife. De trajetória ligada à organização dos serviços e dos cursos de formação de auxiliares de saúde, foi convidada pela Opas em 1961 para fazer parte de um grupo de discussão de políticas públicas. Integrou o comitê de seleção de livros para o Paltex, programa dedicado à publicação e venda subsidiada de obras didáticas em saúde. Em Brasília, integrou o grupo técnico do Programa de Preparação Estratégica em Formação de Recursos Humanos, o PPREPS. Foi a principal idealizadora do Projeto Larga Escala (PLE), institucionalizado a partir da década de 1980 e responsável pela formação de pessoal de nível técnico e elementar, bem como por inovações metodológicas no ensino em saúde (PIRES-ALVES e PAIVA, 2006).

Escala. Nos depoimentos concedidos à pesquisa que recuperou a história da cooperação Opas-Brasil, o médico Roberto Passos Nogueira afirma que

> Em nosso trabalho (...) nos reuníamos muito regularmente e as abordagens giravam em torno do que acontecia no país e da formulação de políticas nacionais. Tanto é assim que eu tinha a impressão de que éramos agentes de formulação de políticas públicas feitas em uma instituição internacional. O compromisso ou o sentido de vinculação com o governo era maior do que com os organismos internacionais e as suas diretrizes (PIRES-ALVES e PAIVA, 2006, p.150).

No desenvolvimento inicial do PPREPS, de qualificação de agentes que estavam ingressando nas secretarias de saúde com baixo nível de escolaridade e poucas habilidades, a equipe acumula experiências para a formulação do Projeto Larga Escala. De acordo com o entrevistado,

> Ainda quando estava na Universidade Federal de Pernambuco [Izabel do Santos], já se envolvia com a integração entre ensino e trabalho. O que o PPREPS fez foi fomentar essa integração no próprio ambiente de trabalho, *e não a partir da escola*. A ideia era que a educação permanente *verdadeira* se dá no local de trabalho (idem, p.151. Grifos meus).

Marca-se aqui uma diferença – sutil, porém central - em relação aos demais projetos de integração ensino-serviço: antecipando-se às discussões da educação permanente que irão ocupar as agendas da formação em saúde a partir da década de 1990, não é a escola que busca integração aos serviços, mas o trabalho que busca integração à escola. Apesar de pioneiro, os efeitos e desafios desse deslocamento, não parecem ter sido enfrentados em toda sua extensão.

A integração *a partir da escola* pressupõe um movimento de reconhecer as demandas de mudança da formação como articuladas às expectativas de mudança do trabalho em saúde, e dele se valem como cenário de aprendizagem. Isso implica um *encontro* de espaços institucionais que se constituem, precária e contingencialmente em sua heterogeneidade e diferença. A integração *a partir do trabalho*, por sua vez, depreende que as demandas de mudança nos processos de trabalho – traduzidas como demandas de formação -, sejam capazes de interpelar a instituição escolar em sua estrutura e organização, o que não deve significar a diluição ou o esvaziamento de seu papel. Uma *relação* pressupõe a existência de identidades que se constituam diferencialmente.

Em entrevista concedida em 2002 para o Observatório de Recursos Humanos do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UFRN, a enfermeira Izabel dos Santos recupera diversos aspectos de sua trajetória na UFPE e na Opas, particularmente de seu trabalho à frente do Projeto Larga Escala:

> Comecei a desenvolver um trabalho na Escola de Enfermagem em Recife que vim saber, mais tarde, que poderia se chamar integração docente-assistencial. Já disse que sou uma pessoa que começo a fazer as coisas e no fazer é que vou compreendendo as

> relações, descobrindo e formando novos conceitos. (...) Eu ministrava a disciplina de saúde pública e pensei que seria interessante levar a disciplina para dentro de um centro de saúde. A ideia era, no decorrer do curso, organizar o serviço de enfermagem (...) Nessa experiência, eu verifiquei o seguinte: primeiro, que o processo de ensino tem uma força geradora de energia, de entusiasmo, de afeto das pessoas muito importante para um processo de mudança; segundo, que vários outros atores passaram a participar do processo de ensino, quero dizer, foram ouvidos o diretor da unidade de saúde, a enfermeira-chefe, os atendentes de enfermagem e outros componentes da equipe. O importante não era, apenas, ao término do curso se ter o processo de produção sistematizado, organizado, normatizado, com rotinas, protocolos e atribuições claramente definidos; o mais significativo era a participação e aceitação do diretor e das demais chefias da unidade de saúde na reorganização do serviço. Dessa forma todos aprendíamos. Os alunos, vivendo uma situação real, aprendiam com mais segurança. Eles enfrentaram oposições, tiveram dificuldade de obter consenso, enfim, eles conheceram e viveram várias situações inerentes ao processo de reorganização do serviço (CASTRO et al, 2002, p.46-47).

A repercussão desse trabalho chamou a atenção dos técnicos da Opas, gerando o convite para integrar a equipe do PPREPS. Chama a atenção que a experiência relatada pode ser considerada uma típica ação de integração docente-assistencial que *parte* da escola para o trabalho. A situação que Izabel iria lidar no âmbito do Larga Escala, no entanto, era distinta. Em outro trecho do depoimento de Roberto Passos Nogueira essa questão é apresentada:

> No Prev-saúde estávamos avaliando a qualificação dos agentes de saúde, um pessoal com baixo nível de escolaridade, baixa capacidade técnica, uma massa de gente trabalhando nos postos e centros de saúde. Se nos anos 1970 a preocupação era qualificar por meio de pequenos cursos de reciclagem ou aperfeiçoamento desses trabalhadores, na década de 1980 surgiu a preocupação de titulá-los, fazer com que chegassem a dispor de um diploma. (...) para que ele não fosse apenas qualificado em serviço. Com uma titulação ele seria alçado à condição de cidadão pleno. Isso passava por uma articulação grande com o MEC, com os conselhos federais e com os conselhos estaduais de educação. A outra preocupação era fazer isso *em um processo integrado de educação e serviço*, utilizando-se os supervisores dos centros de saúde como professores e incorporando-se uma metodologia um pouco mais emancipatória, inspirada em Paulo Freire, com todas as adaptações necessárias (PIRES-ALVES e PAIVA, 2006, p.153. Grifo meu).

A decisão de passar da mera qualificação inicial para a habilitação técnica não põe em questão a necessidade da formação *em serviço*, enunciada apenas como uma preocupação técnica, passível de ser enfrentada com recurso à pedagogia freireana. A utilização de supervisores do próprio serviço – hierarquicamente superiores – como docentes, não é problematizada ou vista como incompatível com a emancipação desejada.

Essa perspectiva – que faz do processo formativo o acesso à profissionalização – passa a requerer algo mais do que ações esporádicas e pontuais de treinamento. Nas palavras de Izabel:

> Quando eu fui descobrindo isso, pensei, “nossa! A tarefa é maior do que imaginei”. Porque aí eu já estava intuindo que teria que pensar uma outra escola, pensar um outro processo educacional e teria, também, que fazer com que as pessoas se interessassem por essa mudança. O que supus, seria o mais difícil. Que escola seria essa? A minha experiência dizia que a escola formal, regular, pouco seria útil para o

> aluno/trabalhador que tinha sido excluído, em algum momento de sua vida, dos bancos escolares formais. Portanto, ela teria que ter, como princípio primordial, a inclusão. Como fazer isso? Foi a partir daí que eu comecei a formatar a ideia de que a escola para esse aluno/trabalhador deveria ser algo flexível; ele não poderia ser obrigado a ir até ela todos os dias; o professor não deveria ser um mero transmissor de conhecimentos. Dessa forma, passei a perceber que essa escola deveria ter regimentos diferentes, currículos diferentes, ofertar cursos descentralizados, pensar na qualidade da assistência à saúde prestada e formar instrutores e supervisores de ensino em processos técnicos e pedagógicos diferentes. Pressenti uma missão difícil (CASTRO et al, 2002, p.58).

A razão pela qual a "escola formal" é excluída das opções, se resume à experiência da educadora na "pouca utilidade" de uma instituição que, se supõe, tenha sido, *em si,* a responsável pela exclusão precoce dos alunos. A operação discursiva segue seu encadeamento lógico com a projeção fantasmática da escola ideal: a escola da inclusão, onde o professor não mais será o opressor conteudista, nem os currículos serão disciplinares. Prossegue Izabel:

> Eu pensei que essa escola deveria ser diferente porque ela teria um novo cliente e este novo cliente é um trabalhador adulto que vai cursar o ensino técnico. Portanto a escola de formação técnica tem que ser diferente da escola de formação geral, ela tem que ter um compromisso com o fazer, com a aplicação do conhecimento, com a prática, com o desempenho. A escola, em vez de ser uma escola endereço, passa ser uma escola função. Isso quer dizer que ao invés do aluno ir todos os dias para a escola em horários programados, a escola é quem vai ao aluno, no seu ambiente de trabalho. O docente, em vez de ser um cargo, passa a ser uma função. Nessa concepção de escola função é que se baseia toda a descentralização dos cursos, a busca de atender às necessidades do cliente trabalhador e do cliente gestor dos municípios mais distantes. Ou seja, ela rompe com os pressupostos da escola regular (CASTRO et al, 2002, p.59-60).

A *escola função*, o *nome* que representa a identidade antagônica à *escola formal,* surge assim como o modelo a ser implantado nas secretarias de saúde, de modo a possibilitar a formação dos trabalhadores já inseridos nos serviços. Há aqui, porém, um jogo de linguagem que parece nos convidar, derridianamente, à *différance*: trata-se de formar trabalhadores *sem qualificação* inseridos nos serviços ou de trabalhadores *inseridos* sem qualificação nos serviços? Essa observação, feita com todo rigor e risco, denuncia os apagamentos que vão se dando na sedimentação do discurso da integração ensino-serviço. A despeito do rico legado de luta de Izabel e de um conjunto de outras profissionais que, de forma obstinada, construíram um outro patamar para a formação técnica em saúde, a presença e o modo de inserção não qualificada de trabalhadores têm se naturalizado nesse discurso.

No entanto, para a enfermeira-educadora, essa escola de formação técnica, que deixa de ser um endereço, não deveria prescindir de um corpo de ideias e concepções de educação compartilhadas:

> Eu não aceitava, de forma alguma, fazer uma escola de formação técnica baseada nos pressupostos de uma escola de educação geral. Eu não aceitava também que a escola fosse só cadeiras, paredes e quadro negro. Eu achava que a escola, para ser escola,

> devia ter um corpo filosófico, ou seja, todos aqueles que fazem aquela escola devem ter uma concepção de homem, de sociedade, de educação, de direitos à saúde, de serviços de saúde. (...) Eu acho que uma escola tem que ter um arcabouço filosófico, político e cultural para poder definir a missão dela e fazer a sua projeção para o futuro. Com base nisso, é que ela deve organizar um regimento, coerente com esse projeto político pedagógico, que deve ser autorizado pelo sistema educacional para que ela possa atuar. E como essa escola tem os trabalhadores de saúde como docentes, eles também devem participar da construção desse projeto. A turma que pensa a escola pela escola, acha que é a escola que tem que definir as suas prioridades, eu sempre neguei isso. A escola tem que trabalhar em parceria com o serviço de saúde (CASTRO, 2002, p.60-61).

Como veremos em maior detalhe no capítulo 3, a grande circulação, dispersão (núcleos descentralizados) e a vinculação esporádica dos docentes (por cursos e hora-aula) não favorecem o envolvimento desejado com a construção de um projeto político-pedagógico. O docente-*função* não encontra suporte e institucionalidade capaz de abrigar sua dupla inserção no sistema de saúde, seja em termos do reconhecimento e valorização da dimensão educativa que constitui o trabalho em saúde, seja do tempo de dedicação necessário à prática pedagógica (muito além da sala de aula ou das supervisões).

O discurso da integração ensino-serviço mantém, assim, o aluno no serviço, mas não porque, sendo adulto, se mostraria desmotivado em frequentar uma escola. As poucas oportunidades formativas oferecidas a estes trabalhadores foram os treinamentos. Tampouco para que se possa realizar um retorno mítico à "realidade", perdida nos processos formativos tradicionais. A "realidade" dos serviços, do território e das comunidades assistidas fazem parte do seu trabalho cotidiano. Menos ainda porque, sendo realizado nos serviços, o processo educativo pudesse desencadear a mudança das práticas: a mudança iniciaria pelos trabalhadores que muitas vezes são sequer ouvidos nas equipes? Tendo como docentes os profissionais hierarquicamente superiores da própria unidade?

Defendo, pelo contrário, que há uma construção discursiva da impossibilidade dos trabalhadores ausentarem-se de suas atividades, e que este discurso articula demandas tanto de profissionais de nível superior como dos gestores dos serviços, mobilizados, de um lado, pela manutenção das relações de poder que os mantém sob o signo do trabalho simples, subordinado e subalterno, e de outro, pela preocupação em garantir a execução das metas de produtividade e em evitar a pressão corporativa pela absorção dos técnicos qualificados. Na argumentação dos gestores, a liberação dos trabalhadores para as atividades de concentração previstas nos cursos esbarra em obstáculos de diversas ordens: as dificuldades alegadas vão desde a vedação do acesso à formação justificada pelos vínculos precários, a impossibilidade de garantir as contrapartidas que dão suporte aos alunos (deslocamento, alimentação, hospedagem), o tamanho reduzido das equipes, a priorização de situações epidemiológicas emergenciais até a

impossibilidade de abertura de vagas para técnicos na administração direta das secretarias de saúde.

De forma semelhante, o discurso da integração ensino-serviço no Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Enfermagem (Profae) também se apresenta como uma estratégia de aproximação e enfrentamento dos problemas da realidade. Alinhado às diretrizes curriculares nacionais para a educação profissional técnica de nível médio (BRASIL, 1999b), o Profae adotou a organização curricular baseada em competências como forma de promover a integração curricular. A ideia de que o desenvolvimento de competências requer a "explicitação das atividades ou tarefas em que elas podem se materializar e se fazer compreender" (RAMOS, 2010, p.59), favoreceu sua convergência ao princípio da integração ensino-serviço e às expectativas de mudanças na organização dos serviços.

Em uma operação de substituição metonímica, a integração ensino-serviço se torna equivalente à integração curricular promovida por meio do desenvolvimento de competências:

> Currículo integrado é um plano pedagógico que articula dinamicamente trabalho e ensino, prática e teoria, serviço e comunidade. (...) Tal processo de formação se caracteriza pela concepção pedagógica de integração ensino-serviço, em que a realidade se torna a referência problematizadora e as ações educativas consistentes com a proposta da reforma sanitária, no sentido de reorientar e qualificar a prática profissional (SÓRIO, 2002, p.53).

Apesar do caráter instrumental e conformista denunciado por diferentes autores, a recepção à pedagogia das competências entre os profissionais da educação no país não foi negativa. Uma série de fatores podem ter contribuído para esse acolhimento, como o aporte do construtivismo piagetiano e a valorização das atividades e experiências para a construção do conhecimento; o deslocamento do ensino para a aprendizagem e do professor para o aluno e o próprio antagonismo estabelecido com o modelo taylorista-fordista no trabalho, e com o currículo disciplinar na educação. Vista como uma forma de promover a integração curricular, aproximar a escola do mundo do trabalho e desenvolver outras competências para além das cognitivas, o discurso das competências foi revestido de "contornos potencialmente democráticos" (LOPES, 2008).

É assim que, na área da saúde e, mais especificamente na educação profissional, a tentativa de superar a pedagogia tradicional e o conteudismo disciplinar propiciou terreno favorável para que a pedagogia das competências se constituísse em referência para as ETSUS (RAMOS, 2010).

O discurso da integração ensino-serviço é retomado com força com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Reivindicando a herança dos projetos IDA e

UNI, a integração é suplementada[41] pela incorporação das dimensões da gestão e do controle social. Reconfigurada no "quadrilátero da formação", amplia não só sua significação, como as expectativas em torno desse princípio.

Fazendo dos processos formativos o principal dispositivo de mudança do modelo de atenção, a PNEPS acentua os processos de descentralização, com a implantação de Pólos de Educação Permanente que, depois, seriam substituídos pelos Colegiados de Gestão Regional (CGR) e pelas Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES). De um *dispositivo de qualificação* das práticas de saúde e da educação dos profissionais de saúde" (conforme Portaria MS/GM 194/04, BRASIL, 2004a), a integração ensino-serviço passa à esfera da *institucionalização,* com a criação de instâncias (CIES) onde a integração se materializa (conforme Portaria MS/GM 1996/07, BRASIL, 2007a).

A integração das ETSUS aos serviços de saúde é estendida agora às CIES – espaço onde gestores, instituições de ensino, trabalhadores e movimentos sociais discutem e propõem estratégias de formação e desenvolvimento dos trabalhadores em cada região de saúde. Tanto o planejamento dos cursos como os mecanismos de sua aprovação e financiamento passam ser negociados nos espaços colegiados de gestão do SUS.

Ainda nessa perspectiva, a defesa da formação dos profissionais como *estratégia para* a transformação das práticas de saúde vai se fundamentar teoricamente na pedagogia da problematização de Paulo Freire e na ideia de aprendizagem significativa, de David Ausubel. Tais referências foram incorporadas aos fundamentos teóricos da política, especialmente articuladas às noções de *clínica ampliada, método da roda e co-gestão em* saúde, contribuições de Gastão Wagner de Souza Campos (CAMPOS, 2000; 2003) e à aposta na reestruturação do trabalho em saúde a partir da *micropolítica do trabalho-vivo-em-ato* e da reorganização da *valise tecnológica* dos trabalhadores, com ênfase nas *tecnologias leves* (cuidado, acolhimento, vínculo, relações interprofissionais, trabalho em equipe), contribuições de Emerson Merhy (MERHY, 2002; 2004).

Esse deslocamento favoreceu a compreensão do *cotidiano dos serviços* como território mais apropriado para a formação em saúde, tendo em vista as possibilidades de problematização dos processos de trabalho. Nesse discurso que toma os trabalhadores como agentes de mudança

---

[41] A lógica do *suplemento,* em Derrida é indissociável da lógica da *différance*, do jogo de relações nunca marcado e sempre aberto, do descentramento. A lógica do suplemento é a lógica da não identidade (SANTIAGO, 1976). Dessa forma, escapa de si-mesma, não coincide com a suposta presença. Inscreve-se na lógica derivativa da significação como diferença constitutiva em relação a si. Não existe *a* integração que possa ser identificada, descrita, classificada e incorporada como recomendação. Ao ser prescrita, estabelecida como algo que se torna necessário ou obrigatório, a integração aciona/reivindica um outro sentido que permanece habitando o significante: *prescrita*, como o que já perdeu o prazo, ilegítima, inválida, anulada.

da prática, no entanto, são apagadas as precárias condições e relações de trabalho nos serviços de saúde, bem como as demais disputas políticas que envolvem a estruturação e consolidação de um sistema universal de saúde em meio às lógicas de produção neoliberal do capitalismo.

Como busquei demonstrar, o discurso da integração ensino-serviço se hegemonizou no antagonismo à formação biomédica flexneriana, característica histórica dos currículos na área da saúde. Vista inicialmente como estratégia capaz de promover o contato e o compromisso solidário dos estudantes com a realidade, teve seus sentidos contingencialmente ampliados, envolvendo uma extensa cadeia de equivalências articulada em torno do significante *integração*, produzindo certo apagamento de seu caráter contingente e mesmo dos limites de suas possibilidades pedagógicas como dispositivo para reestruturação dos processos de trabalho. Contrapondo-se à essa naturalização, Morosini (2010) chama a atenção para os diferentes sentidos que a integração assume quando desenvolvida nos processos formativos dos trabalhadores de nível médio:

> No caso dos trabalhadores de nível médio e principalmente dos ACS, cuja profissionalização tem se dado quando este trabalhador já se encontra em serviço, essa relação vem sendo influenciada por um dado de realidade importante que é a necessidade de liberação desse trabalhador do serviço para a sua formação. Sob o argumento, que se mostrou importante nos documentos analisados, de defesa do ensino em serviço como forma de garantir que a formação dos ACS esteja baseada na realidade das práticas em saúde, percebo o risco de serem produzidas situações em que o trabalhador tenha a sua formação restringida ou subtraída. Isto seria possível pela realização de boa parte da carga horária de formação no âmbito do próprio serviço, o que diminuiria a quantidade de horas liberadas para a formação (MOROSINI, 2010, p.191-192).

Ainda que fundamentada em perspectivas críticas e construtivistas de aprendizagem significativa, as práticas de integração ensino-serviço voltadas aos trabalhadores de nível médio nem sempre correspondem às expectativas depositadas nas estratégias metodológicas. Na investigação realizada sobre os processos educativos de agentes comunitários de saúde, Barbosa *et al* (2012) entendem que, apesar da proposta da educação permanente conceber o professor como facilitador da aprendizagem, promovendo a possibilidade da construção de novos saberes que tenham significado a fim de proporcionar a mudança da prática dos alunos, os enfermeiros-docentes têm pouco contato com a ferramenta da Educação Permanente, realizando as atividades de capacitação muitas vezes fundamentadas na metodologia tradicional de ensino:

> A educação em serviço, relatada acima pelos enfermeiros, dificulta a incorporação de novos conceitos às práticas estabelecidas, por apresentarem-se descontextualizadas, desconsiderando as concepções dos atores envolvidos no trabalho e basearem-se na transmissão de conhecimento. As relações estabelecidas nessa pedagogia são fundamentalmente narradoras e dissertativas, sendo os educandos sujeitos passivos e ouvintes, depositários de conteúdos alheios à realidade vivida por eles. Nessa

> metodologia, os educandos são conduzidos a um processo de memorização dos conteúdos; quanto mais conteúdo é transmitido, mais acredita-se ser este assimilado (BARBOSA *et al*, 2012, p.59-60).

Poderiam ser ressalvadas as diferenças conceituais entre *integração ensino-serviço* e *ensino em serviço* e, portanto, apontar a deturpação de um sentido "original". Esta observação, no entanto, representaria uma tentativa – a meu ver improdutiva – de buscar a fixação do significante ao significado, cuja traição se dá na própria esfera da linguagem:

> Operar com a noção de tradução coordena a investigação com a compreensão dos jogos de linguagem ou campos discursivos que constituem o cenário da investigação (um texto) a partir de fios tramados na contingência. (...) Neste aspecto, os significantes que logram importância - por repetição, por serem apresentados como princípios ou conceitos fundantes da inovação pretendida em uma política -, podem ser tomados tal como o phármakon. Phármakon(s), remédio ou veneno (DERRIDA, 2005), os significantes que estruturam uma política curricular, por não conterem qualquer essência, movem-se sempre como horizonte e sempre escapam à possibilidade de alcance. Remédio e veneno, porque não nos permitem tangenciar sua origem, seus efeitos, tampouco ter controle sobre eles. Reconhecer o Phármakon como a textualização da política é concebê-la como coordenada por significantes que jamais alcançam a estase de sua significação (LOPES; CUNHA e COSTA, 2013, P.398-399).

A tradução que associa integração ensino-serviço ao ensino em serviço, comum nos planos de curso das escolas técnicas e centros formadores do SUS, pode ser melhor entendida considerando os rastros de uma tradição pedagógica que tem lugar no discurso que sustentou as opções pedagógicas do Projeto Larga Escala, mas que também reverbera o discurso que sedimenta as fronteiras que distinguem o trabalho de nível superior dos demais. As relações de saber/poder que separaram as ocupações das profissões se interpõem, naturalizando uma concepção de que, ao trabalho subordinado, não se faz necessária uma formação que transcenda "os elementos da preparação imediata para o trabalho" (MOROSINI, 2010). Assim, para os trabalhadores de nível médio, a integração ensino-serviço se apresenta como um arranjo precário que disputa os espaços da rotina dos serviços, com privilégio da dimensão prática do *saber-fazer.*

No Profaps, como veremos no capítulo 3, a integração E-S ganha ainda mais conotação de *ensino em serviço* quando confrontada com os limites impostos aos trabalhadores de nível médio para sua formação. Aparece então como a *única forma autorizada* para sua formação precária, nas margens do cotidiano dos serviços, uma vez que as demais alternativas são sistematicamente bloqueadas: seja pela natureza do vínculo, pela subvalorização de seus saberes, pela subalternização de suas práticas ou pela subordinação de seu trabalho.

A reativação destas contingências é necessária para que se possa entender os deslizamentos de sentido do discurso da integração ensino-serviço quando este é enunciado no âmbito da formação de nível médio em saúde.

Nos projetos de reforma do ensino de graduação, a direção da integração é sempre da universidade aos serviços. Ainda que essa significação tenha se ampliado nas rearticulações posteriores (projeto UNI e PNEPS) com a incorporação das dimensões da gestão e do controle social, a demanda e o objetivo central dos projetos continuam sendo a mudança na formação das profissões da saúde. Quem precisa se "aproximar" da realidade, quem precisa vivenciar as práticas concretas de assistência, gestão e controle social, são os estudantes e docentes universitários. A "falta" que se busca preencher com o discurso da integração é imaginariamente preenchida na diversificação dos cenários de aprendizagem e nas interações resultantes do encontro entre o ensino e o trabalho.

Na particularidade da educação profissional técnica de nível médio, pelo contrário, a quase totalidade dos processos formativos realizada pelas escolas técnicas e centros formadores do SUS envolve trabalhadores adultos, já inseridos na rede de serviços. A "realidade" dos serviços e do cotidiano com as comunidades não lhes falta, e sim, a formação geral e específica para o exercício de suas atividades, as condições adequadas de trabalho e o reconhecimento profissional. Diferentemente dos universitários, falta-lhes um processo de construção sistemática de saberes de sua atividade profissional que seja desenvolvido e legitimado pela instituição educacional. A integração necessária, neste caso, não parece ter a mesma direção daquela. Não há necessidade de integrar ao serviço quem nele já exerce cotidianamente suas atividades. Ainda que se possa arguir pela necessidade de ampliar a visão de processos de trabalho considerados estanques e fragmentados, tal investimento teria de vir acompanhado de outras iniciativas de mudança na organização e gestão do trabalho em saúde.

Em outras palavras, a iterabilidade do discurso da integração ensino-serviço na formação técnica de nível médio articula demandas e produz efeitos discursivos diferentes daqueles observados na formação superior.

No clássico *A ordem do discurso,* Foucault (2014) enumera uma série de procedimentos que permitem o controle dos discursos: dois deles nos ajudam a compreender o funcionamento desta formação discursiva e da que se segue na próxima seção. Enquanto as *sociedades de discurso* têm por função conservar e produzir discursos, fazendo-os circular em espaços fechados, distribuídos somente segundo regras estritas, a *doutrina* - política, religiosa, filosófica constitui o inverso, tende a difundir-se; "e é pela partilha de um só e mesmo conjunto de discursos que indivíduos, tão numerosos quanto se queira imaginar, definem sua pertença

recíproca" (FOUCAULT, 2014, p.39-40). Parece-me que o discurso da profissionalização se apresenta assim nos moldes de uma *sociedade de discurso,* ao passo que a integração ensino-serviço se não pode ser tratada como *doutrina,* parte da mesma aceitação de um discurso que "vale sempre como o sinal, a manifestação e o instrumento de uma pertença prévia – pertença de classe, de status social ou de raça, de nacionalidade ou de interesse, de luta, de revolta, de resistência ou de aceitação. A doutrina liga os indivíduos a certos tipos de enunciação" (idem, p.40-41). O discurso da integração ensino-serviço, enunciado por gestores, docentes das escolas técnicas e pesquisadores, vale como sinal de pertença ao campo da saúde coletiva (e à sua tradição), assim como ao campo da educação crítica (de matriz freireana), que se quer distante da pedagogia tradicional, conteudista e centrada no professor. Obviamente, essa não é uma operação puramente racional. Como todo processo de subjetivação, envolve as dimensões simbólicas e imaginárias do afeto.

2.3 **Profissionalização: a promessa sonegada**

Reverberando em múltiplos espaços e tempos da política curricular, o discurso da *profissionalização* tem sido enunciado por diferentes atores sociais envolvidos nas políticas de formação em saúde. O significante profissionalização (profissional, profissão) vem funcionando como um significante privilegiado, que estrutura um discurso hegemônico como ponto nodal e põe em marcha o conjunto de uma formação discursiva. Dizer que a profissionalização é desejada e enunciada pela maior parte do campo, não quer dizer que seu acesso esteja franqueado a todos, tampouco que as fronteiras que ajuda a estabelecer não sejam fortemente vigiadas.

Nesta seção, pretendo argumentar que esse discurso emerge no campo da saúde como significante de uma falta, de uma totalidade ausente, e que diferentes demandas têm sido articuladas nas lutas políticas que projetam sentidos para a profissionalização dos trabalhadores técnicos em saúde. Como projeto de fixação de identidades, o discurso da profissionalização opera via tentativas de controlar os saberes e práticas destas pessoas. Defendo que tal projeto bloqueia possibilidades mais democráticas para as políticas de saúde e favorece simultaneamente a expansão do gerencialismo na saúde.

Defendo ainda que esse discurso é constituído a partir de uma ampla cadeia de equivalência estabelecida em torno do significante *mudança na formação* e pelo antagonismo ao trabalho não qualificado nos serviços de saúde.

A formação em favor do trabalho qualificado se contrapõe ao trabalho não qualificado e constitui sua ideia de qualificação por meio dessa contraposição. É a flutuação dos sentidos do que se compreende por trabalho não qualificado que garante a extensão da cadeia de equivalências, significando tanto o mau desempenho, como o trabalho sem controle e avaliação de resultados, a formação ineficiente das competências ou distante da realidade dos serviços, as más condições de trabalho, a ausência de plano de cargos, carreiras e salários, a falta de reconhecimento profissional, a formação acrítica etc. A defesa do trabalho qualificado é possibilitada pela existência de um trabalho não qualificado, ao mesmo tempo esse trabalho não qualificado (sua legitimidade como posto de trabalho, sua necessidade para o sistema hierárquico na saúde e para certa interpretação da responsabilidade fiscal na gestão) impossibilita a ampliação dessa formação.

O significante *mudança na formação* apresenta-se, portanto, como um significante vazio, que expressa e constitui uma ampla cadeia de equivalências. Uma cadeia tão heterogênea que, "sem o esvaziamento (nunca completo) de sentidos precisos dos significantes que assumem a tarefa de hegemonizar o discurso" (LACLAU, 2013, p.14), não seria possível articular. Assim, a mudança na formação pode ser pensada como "um lugar, no sistema de significação, que é constitutivamente irrepresentável. Nesse sentido, ele permanece vazio, mas este é um vazio que pode ser significado, pois estamos lidando com um vazio no interior da significação" (idem, p.166). Argumento que essa articulação tem possibilitado as ações em favor da normatização dos currículos e da afirmação de um conjunto de saberes e práticas que se pretendem universais em cada área, fortalecendo a expansão do gerencialismo na saúde e bloqueando outras significações do trabalho e do trabalhador da saúde, com prejuízo às ações coletivas e intersetoriais, por exemplo.

Como modelo de gestão, o gerencialismo opera sob a lógica da produtividade para determinados fins, de forma instrumental, e tem sido amplamente criticado na literatura do campo da saúde (CARNEIRO e MARTINS, 2015; CARNUT e NARVAI, 2016). Seus efeitos na organização dos processos de trabalho, restringem as possibilidades do planejamento local das ações de saúde, baseado nas necessidades e singularidades de cada contexto, substituídas pelo cumprimento de metas baseadas em parâmetros objetivos e mensuráveis e pela contratualização de resultados expressos em indicadores de produtividade e avaliações de desempenho dos sistemas de saúde. Tal modelo de gestão sustenta um currículo pautado na mesma lógica de identidades fixas e ao mesmo tempo é sustentado por práticas que supõem que o planejamento racional e estruturado é base da qualidade da formação e, consequentemente, dos serviços a serem oferecidos à população. Por sua vez, o gerencialismo também concorre

para a instituição de um discurso que desqualifica a esfera pública de gestão, na medida em que esta é concebida como incapaz de organizar práticas de controle, procedimentos e metas de forma eficiente e adequada aos fins gerencialistas, exceto quando se pauta por lógicas da esfera empresarial.

Para desenvolver estes argumentos, primeiramente, trato das diferentes abordagens da profissionalização nas perspectivas sociológicas e dos limites que estas apresentam para o entendimento da constituição de identidades profissionais. Com o auxílio da Teoria do Discurso de Ernesto Laclau, busco romper com o essencialismo identitário daquela abordagem, considerando a contingência e a precariedade dos processos de subjetivação.

Em seguida, por meio dos documentos acessados nesta investigação, interpreto as condições de emergência das articulações que têm possibilitado a hegemonização de sentidos do que vem a ser um *profissional* de nível técnico nas políticas curriculares de formação em saúde. Questiono a possibilidade de se estabelecer fundamentos epistemológicos e identitários capazes suturar, de uma vez por todas, a adequação de conteúdos e de perfis profissionais às necessidades de saúde. Afirmo que essa normatização atende apenas às expectativas homogeneizantes da centralização curricular que sustenta e é sustentada pelo gerencialismo, (e por outras abordagens, como as histórico-críticas) restringindo outras possibilidades de significar a profissionalização e os modos de ser trabalhador técnico em saúde.

2.3.1 A profissionalização nos limites das abordagens sociológicas: para além do essencialismo

Embora muitas vezes naturalizada, a distinção entre os termos profissão e ocupação vem sendo produzida por um longo processo histórico de hierarquização e distinção social intra e entre grupos profissionais. Inicialmente vinculadas às corporações de ofício, somente com o desenvolvimento das Universidades, no século XIII, é que as artes liberais e as artes mecânicas começam a se dissociar, opondo as profissões e os ofícios (DUBAR, 2005). A abordagem da sociologia das profissões tradicional, de inspiração funcionalista, buscou na ciência o argumento legitimador desta diferenciação, definindo os grupos profissionais como "a) comunidades homogêneas reunidas em torno dos mesmos valores e de um mesmo código de ética; b) detentores de um poder assentado sobre um conhecimento científico tomado como absoluto e dado" (FRANZOI, 2006).

Esta perspectiva apresenta-se bastante limitada para o exame das dinâmicas de reconhecimento social nas atividades de trabalho contemporâneo: de um lado, porque reserva

a determinadas atividades – as ditas “profissões liberais” – o monopólio do profissionalismo, não contemplando os diversos trabalhadores inseridos nas organizações, em diferentes níveis hierárquicos, nem os que se encontram desempregados. Por meio dessa perspectiva, são excluídos os membros de todas as chamadas “semiprofissões, quase-profissões ou pseudo-profissões” (DUBAR, 2005, p.175), muitas em franco processo de profissionalização do ponto de vista prático. De outro lado, porque a tese da homogeneidade omite importantes diferenciações internas dos grupos profissionais, nos quais estereótipos e segregações de gênero, de pertencimento étnico e social, operam como mecanismos de hierarquização e de reserva de subfunções desvalorizadas (DUBAR, 2005). Contestando essa posição, sociólogos interacionistas e críticos afirmam a possibilidade de todas as atividades de trabalho tornarem-se profissionais, uma vez que “não se reduzem à troca econômica de um gasto de energia por um salário, mas possuem uma dimensão simbólica em termos de realização de si e de reconhecimento social” (DUBAR, 2012, p.354).

Procurando uma renovação desse campo, a sociologia francesa começa a investigar as relações entre a estruturação e evolução de uma profissão e a construção e racionalização de organizações, considerando-as essenciais no que se refere ao trabalho e à carreira. Assim, a sociologia dos grupos profissionais situa-se entre a sociologia do trabalho e a sociologia das organizações, envolvendo também a sociologia da educação (VIEIRA, 2007). Esta vertente traz importantes contribuições para o estudo de grupos ocupacionais que apresentam pouca coesão e frágeis vínculos identitários. Embora considerando a formação um processo central no desenvolvimento da profissionalidade, esta vertente afirma que a construção das identidades profissionais para tais grupos ocupacionais não pode ser reduzida ao espaço-tempo da educação profissional. Para Dubar, a construção conjunta da profissionalidade dos indivíduos implica a articulação de três processos:

> - o processo de formação inicial e contínua das competências por meio da articulação das diversas fontes destas: saberes formalizados, habilidade, experiência; - o processo de construção e evolução dos empregos e de sua codificação nos sistemas de emprego; - o processo de reconhecimento das competências, resultado do movimento das relações profissionais (DUBAR, 2005, p.213);

Situo os técnicos da saúde dentre esses grupos de pouca coesão e vínculos identitários, uma vez que, para diversos trabalhadores, como os agentes administrativos, os agentes comunitários de saúde e os agentes de combate às endemias, a não exigência de formação profissional específica para ingresso na ocupação, a precarização dos vínculos de trabalho, a indefinição da área de atuação e o escasso reconhecimento interno às equipes e junto à

população fragilizam a construção de sua identidade como técnicos da saúde (BATISTELLA, 2013; MOROSINI, 2010; VIEIRA, DURÃO e LOPES, 2011; VIEIRA e CHINELLI, 2013).

Localizando este debate no contexto mais amplo das relações sociais de trabalho, Castro e Tartuce (*apud* VIEIRA & CHINELLI, 2013) buscam no conceito de qualificação um caminho mais produtivo de análise: assumido como histórica e socialmente construído, o conceito de qualificação mostra-se adequado a uma perspectiva que "não dissocia a organização, a gestão e as práticas de trabalho do processo de qualificação e da autoconstrução da subjetividade dos trabalhadores" (p.1592). O recurso a este conceito se dá como contraponto ao deslocamento representado pela adoção do conceito de competências na perspectiva das organizações flexíveis do trabalho. Sua multidimensionalidade abriga a qualificação do emprego, do posto de trabalho, do indivíduo e da relação social capital/trabalho:

> Partindo do entendimento de qualificação como relação social, o nexo entre trabalho e qualificação deve ser buscado na própria trama das relações técnicas e sociais presentes nos processos de trabalho, nas relações políticas entre saberes e poderes no interior das organizações. Nessas relações encontram-se refletidas as experiências que os trabalhadores trazem e com as quais barganham sua inserção nos sistemas de classificação que organizam as relações no campo profissional (CASTRO, 1994). Esse entendimento situa a noção de qualificação como uma instância relevante na construção das barreiras que delimitam o campo de reconhecimento de sujeitos, fixando, assim, parâmetros para a construção de formas de identidade (VIEIRA, 2007, p.245).

Diante das transformações do mercado de trabalho, a formação profissional é compreendida como *uma* dimensão da qualificação (VIEIRA, 2007, p.255), sendo insuficiente para responder, isoladamente, à constituição de identidades profissionais e à profissionalização.

Apoiado na perspectiva do interacionismo simbólico de Everett Hughes, Dubar (2005, 2012) entende a identidade profissional mais como resultado do êxito dos processos de iniciação, conversão e incorporação de uma cultura do trabalho do que de uma decorrência do acúmulo de saberes teóricos e abstratos (DUBAR, 2012). De acordo com o autor, a socialização profissional assim concebida compreende uma iniciação, no sentido etnológico, à cultura profissional. Essa "passagem através do espelho", uma espécie de "imersão na cultura profissional", consistiria na instalação de uma crise decorrente da "identificação progressiva com a função" e a descoberta da "realidade desencantada" do mundo profissional (DUBAR, 2005, p.182). Um segundo mecanismo ligado a este processo é referido como a:

> (...) instalação na dualidade entre o 'modelo ideal' que caracteriza a 'dignidade da profissão' e o 'modelo prático' que concerne às 'tarefas cotidianas e trabalhos duros' (...) A constituição de um 'grupo de referência' no interior da profissão, representando a um só tempo uma antecipação das posições desejáveis e uma instância de legitimação de suas capacidades, constitui um mecanismo essencial de gestão dessa dualidade. (idem, p.183).

Por fim, para Dubar, a solução habitual da fase de conversão final, no sentido religioso, do indivíduo a uma nova concepção de si e do mundo, implicaria a "tomada de consciência de suas capacidades" (idem, p.186), das chances que o profissional pode razoavelmente esperar do futuro para, desse modo, desenhar as estratégias e tomar as decisões visando as oportunidades de carreira projetadas.

Esse complexo processo de socialização é compreendido como uma construção social em que as formas de identificação são socialmente pertinentes em uma esfera de ação determinada e situada:

> (...) as identidades sociais e profissionais típicas não são nem expressões psicológicas de personalidades individuais nem produtos de estruturas ou de políticas econômicas impostas de cima, mas sim construções sociais que implicam a interação entre trajetórias individuais e sistemas de emprego, de trabalho e de formação. Resultados sempre precários ainda que sempre muito fecundos de processos de socialização, essas identidades constituem formas sociais de construção de individualidades (idem, p.330).

Nesta perspectiva, os processos de identificação envolvem a articulação de transações objetivas e subjetivas, "como resultado de compromissos 'internos' entre identidade herdada e identidade visada, mas também de negociações 'externas' entre identidade atribuída por outrem e identidade incorporada por si" (Idem p.323-324). Dois processos concorrem para a formação identitária: os processos biográficos (identidade para si) e os relacionais (identidade para o outro).

No prefácio à terceira edição do livro *A socialização: a construção das identidades sociais e profissionais*, Claude Dubar assume a utilização do termo formas identitárias em substituição à identidade, agregando certa dinamicidade de desestruturação/reestruturação à sua teorização. Com este movimento, o autor procura esquivar-se das críticas recebidas pelos pares, afirmando que "não existe nenhuma identidade 'essencial' em qualquer que seja o campo social" e que "todas as identidades são denominações relativas a uma época histórica e a um tipo de contexto social" (DUBAR, 2005, p. XXI).

Embora esse esforço indique a preocupação com interpretações generalizantes de sua teorização, o apego objetivista e realista às sistematizações das investigações empíricas produzem um inevitável (e por vezes incômodo ao autor) engessamento dos fenômenos, ainda que remetidos a sua historicidade. Apesar da importante contribuição à abordagem sociológica das identidades, o autor não consegue afastar-se do estruturalismo na formulação de tipos-ideais, "desvendados empiricamente" como "configurações identitárias mais elementares" e de sua associação a tipos de saberes privilegiados que estruturam as identidades profissionais.

O discurso da sociologia das profissões (especialmente o de inspiração interacionista) tenta romper com o essencialismo identitário, no entanto o faz apenas parcialmente. Ainda que confira dinamicidade à constituição identitária, compreendendo-a como um processo constante de construção, desconstrução e reconstrução, o pensamento sociológico preserva a ideia de identificar regularidades e tipologias capazes de descrever a estrutura da realidade. Essa necessidade de fixação acaba por trair a própria dinamicidade e contextualização empreendida com as críticas ao registro funcionalista.

Buscando aprofundar as dinâmicas não essencialistas da profissionalização concernentes aos enfoques de Dubar, aposto na perspectiva discursiva como possibilidade de questionar o objetivismo associado aos enfoques sociológicos e, na mesma medida, aos enfoques funcionalistas. Tal objetivismo é situado na própria noção de social e sociedade: objeto a ser investigado e compreendido em sua totalidade pelo registro sociológico e para o qual certas identidades profissionais são formadas.

Para Laclau (2000), a negatividade própria das relações antagônicas é incompatível com uma visão objetivista e positiva do social:

> O que a contingência implica, portanto, não é um conjunto de relações puramente externas e aleatórias entre as identidades, mas a impossibilidade de fixar com precisão – isto é, em relação a uma totalidade necessária – tanto as relações como as identidades. O que se dá, portanto, neste caso, é um campo de identidades, puramente relacionais que – posto que as relações não formam um sistema fechado – não conseguem nunca se constituir plenamente. Disto decorrem duas consequências importantes: a primeira é que as identidades e suas condições de existência formam um todo inseparável (...) e a segunda (...) é que a força antagônica cumpra ao mesmo tempo dois papéis cruciais e contraditórios: por um lado ela "bloqueia" a plena constituição da identidade a que se opõe – e, neste sentido, mostra sua contingência – mas como, por outro lado, esta última identidade, como todas as identidades, é puramente relacional e não seria portanto o que é à margem da relação com a força que a antagoniza, esta força é também parte das condições de existência daquela identidade (LACLAU, 2000, p.38) (tradução do autor).

Assentada na metafísica da presença, a perspectiva essencialista tem a pretensão de descrever a objetividade do mundo e a "verdade" das relações sociais, servindo de fundamento racional que direciona o curso das trajetórias e dos modos de ser profissional em cada atividade. Tal opção produz efeitos preocupantes sobre as políticas curriculares. Na formação em saúde, boa parte da literatura parece defender a fixação identitária com vistas à melhoria da qualidade da atenção (SILVA e PINTO, 2013). Tal propósito se materializa na definição de mapas de competências, na modelagem de currículos e na definição de parâmetros de avaliação das práticas, fortalecendo a expansão da racionalidade gerencialista na saúde. Argumento, contudo, que a defesa da normatividade favorece o controle do conhecimento escolar (LOPES e BORGES, 2017), expulsando ou marginalizando a diferença dos currículos, barrando a

possibilidade de que os processos de trabalho – e os modos de ser agente, auxiliar ou técnico – sejam instituídos a partir das contingências dos contextos e demandas locais.

A descrição, o reconhecimento ou a projeção de identidades profissionais, portanto, são fantasias que buscam apagar as relações de poder que atuaram na expulsão das demais alternativas presentes no momento político do antagonismo. É com essa interpretação que, retomando a questão inicialmente posta nesta tese, na próxima seção busco reativar o contexto discursivo que tem permitido a subjetivação dos trabalhadores técnicos da saúde como tal nas duas últimas décadas.

2.3.2 Disputas pela significação do profissional nas políticas curriculares de formação em saúde

A saúde como campo de intervenção social engendra sua institucionalização no conjunto de doutrinas políticas e econômicas do Estado Moderno, quando a preocupação com a saúde da população e dos trabalhadores se torna estratégica no contexto de industrialização crescente e de manutenção do poder dos Estados-Nação. O surgimento da medicina social no século XVIII, associado ao desenvolvimento da estatística médica, da assistência aos pobres e de ações de vigilância e higiene urbana foi sustentada, sobretudo, pela emergência do poder médico (FOUCAULT, 1982). Nesse período, o próprio exercício da medicina passa a ser objeto de controle, com a normalização do saber e das práticas e sua subordinação a uma administração central. A medicina torna-se "motivo de intervenção do profissional enquanto *autoridade social*" (BORGES *et al*, 2014). Nesse contexto, a profissionalização reveste-se de um sentido de *legitimação estatal e científica* para o desenvolvimento das práticas médico-sanitárias.

Mesmo considerando as evidentes diferenças históricas, também é este o sentido posto em operação quando, com a chegada da família real portuguesa ao Brasil, são criadas as primeiras escolas de medicina (Salvador e Rio de Janeiro) e a Fisicatura-mor - instituição que entre 1808 e 1828 foi responsável por regulamentar as "artes de curar", concedendo autorizações e licenças para os diferentes terapeutas. Na vigência de seu regimento, as práticas médicas foram divididas em dois cargos: o de físico-mor e o de cirurgião-mor, sendo estabelecidas relações diferenciadas com os praticantes das diversas artes de curar, incluídos aí boticários, sangradores, parteiras e curandeiros. A progressiva organização da corporação médica em torno das faculdades, sociedades de medicina e periódicos especializados fortaleceu a luta dessa categoria pelo monopólio das práticas de cura, que passou também pela formação de uma linguagem cada vez mais exclusiva e uniformizada. Em meados do século XIX, os

médicos chamavam a atenção das autoridades, cobrando respostas quanto à ausência de repressão ao exercício de práticas sem habilitação. Apesar do prestígio que gozavam entre as camadas populares pela reconhecida eficiência de seus procedimentos terapêuticos, os curandeiros passaram a ser desqualificados e, "cada vez mais identificados, pelos médicos, com a categoria de charlatões. Estes não teriam os conhecimentos necessários para tratar da saúde das pessoas e até colocariam suas vidas em risco" (PIMENTA, 2003). O discurso em defesa da profissionalização, nesse momento, reivindica para si a garantia da qualidade da atenção à saúde, estabelecendo fronteiras mantidas mediante o acesso autorizado a um conjunto de conhecimentos especializados.

De outra forma, também esse discurso esteve presente quando, no final da década de 1920, o "higienismo policial" foi cedendo lugar ao modelo de intervenção sanitária representado pela criação dos centros de saúde. Neste contexto, foi conferido um papel de destaque a novas categorias profissionais: as enfermeiras visitadoras e as educadoras sanitárias, selecionadas entre as professoras primárias, seguindo um modelo de profissionalização baseado na "feminização" da atenção ao paciente e às famílias. Para além da valorização do trabalho pedagógico junto à população, a formação abreviada das educadoras e visitadoras permitia respostas mais rápidas às demandas de expansão do sistema:

> Nas justificativas para a escolha das normalistas, é recorrente a afirmação de ter sido essa solução engendrada em função da falta de enfermeiras formadas. As professoras atuaram como visitadoras sanitárias dos serviços de saúde estaduais até serem substituídas, gradativamente, por profissionais com formação e treinamento em saúde pública (FARIA, 2006, p.187).

A disseminação das escolas de enfermagem nas décadas seguintes fez vir à tona uma série de tensões relativas à hierarquia profissional entre as educadoras sanitárias e as enfermeiras diplomadas. O antagonismo ao trabalho desqualificado rearticula as demandas corporativas em torno do discurso da profissionalização como domínio de saberes e práticas específicas. O período de 1934 até 1955 foi marcado por intensas disputas em torno da regulamentação do exercício profissional: organizadas em torno da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), as enfermeiras diplomadas mobilizaram-se em defesa de seus interesses trabalhistas e econômicos atuando na regulação e fiscalização do exercício ilegal da profissão. Por sua vez, as enfermeiras religiosas e do exército – que não se enquadravam na nova Lei que estabelecia como padrão o modelo científico da Escola Anna Nery – reivindicavam, como critério para a autorização do exercício profissional, a validação de seu tempo de serviço, atestado pelos diretores dos hospitais. Essa disputa, materializada em leis, decretos e portarias, se seguiu ao longo de décadas, contrapondo interesses divergentes e estabelecendo exigências,

provas, cursos e prazos para que práticos, atendentes e auxiliares pudessem ter reconhecido seu direito à profissão (LIMA, 2010).

Esse movimento tornou-se mais crítico a partir dos anos 1970, quando as iniciativas de expansão da cobertura dos serviços de saúde se fizeram acompanhar da incorporação à força de trabalho em saúde de um enorme contingente de pessoal sem qualificação específica. É interessante notar que, em artigo publicado na década de 1980 pelas coordenadoras/consultoras do Projeto Larga Escala, apesar dos limites apontados, a inserção de trabalhadores previamente qualificados ainda aparecia como alternativa no horizonte das possibilidades de organização do sistema:

> Por outro lado, a oferta de profissionais em nível de 2º grau apesar da proposta de preparar pessoal com essa qualificação técnica pelo ensino regular, não correspondeu à demanda gerada pela expansão da rede. (...) Entretanto essa incorporação não pode ser vista apenas como consequência da falta de resposta do sistema educacional, na medida em que ela continuou obedecendo às exigências da racionalidade econômica do modelo e ao clientelismo político da oligarquia nacional menos avançada, ou seja, os que detêm o poder político/econômico e o utilizam nos processos eleitorais. Assim, em áreas onde havia um excedente de profissionais e nível técnico qualificado no mercado, a política de incorporação de pessoal auxiliar para os serviços de saúde obedeceu a mesma lógica, isto é, foi dada prioridade à contratação de pessoal sem qualificação específica (SANTOS, SOUZA e GALVÃO, 1988, p.76).

O apagamento destas contingências fará com que, anos mais tarde, a oferta de formação articulada ao ensino médio (concomitante ou integrada) esteja praticamente ausente nas ETSUS[42]. A naturalização das formas precárias de inserção favorece uma predominância dos cursos subsequentes, como possibilidade de formação em serviço.

A introdução de um numeroso contingente de trabalhadores sem qualificação específica para a realização de atos isolados colocava em risco não só a saúde da população, como a própria legitimidade da categoria. O discurso da profissionalização voltou a ser enunciado como forma de corrigir as distorções e assegurar a qualidade do atendimento à saúde da população, uma vez que a "assistência de enfermagem em geral foi fragmentada, desqualificada e descaracterizada em função da racionalidade do modelo" (idem, p.77).

O artigo, elaborado como subsídio à formulação de uma política de profissionalização dos trabalhadores de enfermagem, ressoava os ares democráticos pós VIII Conferência Nacional de Saúde (realizada em 1986) e pré-Constituição de 1988, tecendo fortes críticas às políticas setoriais de privatização do setor e de acentuação da dicotomia entre ações curativas individuais e ações coletivas de saúde pública. Nesse contexto, da cadeia de equivalências que

---

[42] A EPSJV/Fiocruz é uma das únicas escolas que oferece a formação técnica integrada à formação geral de nível médio.

possibilitou a articulação do discurso de profissionalização também participaram demandas de alcance social mais amplo, em que os direitos trabalhistas passam a ser reivindicados:

> O dimensionamento de uma nova política de recursos humanos constitui um imenso desafio, pois trata-se de reverter as distorções já apontadas na equipe de saúde e construir um novo perfil de compromisso e capacidade entre os trabalhadores de saúde. Essa política deverá contemplar a valorização do trabalhador e garantir condições dignas de trabalho com planos de carreira e salários compatíveis (...) É importante ressaltar que esses trabalhadores sustentaram e sustentam a assistência de enfermagem no país, e sua prática empírica desprovida de conhecimentos e técnica é realizada com um total compromisso de serviços, pois a esse trabalhador, até o momento foi negada a necessária qualificação, somando-se este fato os aspectos de desvalorização do seu trabalho que é extremamente mal remunerado. Nesse sentido, tal grupo de trabalhadores está incluído na dívida social que necessita ser resgatada no processo de democratização da sociedade brasileira. (idem, p.77).

Apesar da referência aos processos de inserção e valorização no trabalho como dimensões da profissionalização, é a estratégia da formação, priorizada com o projeto Larga Escala, que encarnou e buscou suturar sua significação. Nesta perspectiva, a ênfase nos aspectos metodológicos ganha maior acento, respondendo às demandas de trabalhadores cujos processos de qualificação anteriores eram inexistentes ou considerados insuficientes.

Entendendo o Larga Escala como um movimento alicerçado por diversos outros processos que, embalados pela reforma sanitária brasileira, buscavam operar profundas transformações no sistema de saúde, Bassinello e Bagnato (2009b) ressaltam que a adequação metodológica coloca a centralidade no trabalho, abrindo caminhos para um efetivo processo de profissionalização:

> (...) o programa e a forma como ele operacionalizava a relação entre qualificação e trabalho em saúde e enfrentava o desafio de "ir além", podia ser relevante, para que a qualificação profissional dos trabalhadores de Nível Médio em Saúde superasse a condição de "profissionalização estreita", tradicionalmente vivenciada. Assim, o PLE foi resultante de um contexto democrático de reabertura político-social de espaços e, portanto, uma experiência pedagógica que se conformou satisfatoriamente a essas condições e para atender especialmente a essa realidade. Entendemos que esta experiência buscou um sentido mais amplo de qualificação: a centralidade do trabalho, enquanto condição para a formulação de um processo de formação de trabalhadores, constituído de pressupostos pedagógico-metodológicos e a qualificação de trabalhadores no ambiente de serviço (integração ensino-serviço), com o intuito de formar um profissional crítico (BASSINELLO; BAGNATO, 2009b, p.626).

O enfrentamento de uma "profissionalização estreita" se deu pela possibilidade de formar e certificar os alunos-trabalhadores valendo-se da estratégia de articulação ensino-serviço. De acordo com as autoras, foi necessário encontrar brechas na legislação para criar uma escola inclusiva, uma escola-função, diferente do modelo formal considerado inviável para este segmento de trabalhadores:

> As condições para a realização do projeto, de maneira que o trabalhador não se afastasse do seu ambiente de trabalho vieram do Parecer do Conselho Federal de Educação nº 699/72, que definia a modalidade de ensino supletivo – educação de adultos, com uma das suas funções: a qualificação profissional. Seu regimento aprovado pelo sistema educacional garantiu: "ensino multiprofissional, centralização dos processos de administração escolar, descentralização da execução curricular, utilização de profissionais de nível superior da rede de serviços como instrutores e acesso de pessoal empregado e ou em vias de admissão, como alunos" (BASSINELLO; BAGNATO, 2009b, p.621).

Foi com a criação e implantação do SUS em 1988 que se apontou a necessidade de promover a mudança do modelo biomédico de atenção à saúde, marcadamente centrado no hospital e nas práticas curativas. Esse processo envolveu o estabelecimento do antagonismo à matriz curricular flexneriana e uma ampla discussão sobre a formação dos trabalhadores, organizada principalmente em torno das Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde. Configuradas como importante fórum de produção da política setorial, as conferências apresentaram críticas e proposições para a consolidação e aprimoramento do SUS, representando uma mostra significativa dos discursos que circulam em cada momento histórico.

Já na primeira destas conferências, realizada em 1986, a profissionalização apareceu como uma necessidade para a construção do novo modelo de atenção e um componente estratégico da política de recursos humanos, sendo associada exclusivamente à formação:

> (...) o setor educacional, historicamente, não tem respondido às necessidades de profissionalização para o setor saúde em função da pequena oferta de vagas e da inadequação curricular à realidade dos serviços (BRASIL, 1986).

Essa perspectiva é mantida nas conferências posteriores, ainda que a educação passe a ser entendida como insuficiente para garantir os processos de profissionalização. São apontadas inúmeras contradições que obstaculizam a construção do SUS:

> As oportunidades de capacitação são escassas. Os salários são aviltantes. Os trabalhadores convivem, no mesmo local de trabalho e com as mesmas funções, com salários profundamente desiguais. Inexiste, na maioria das instituições, um Plano de Cargos, Carreiras e Salários compatível com as responsabilidades, riscos e encargos inerentes ao processo de trabalho da área da saúde (BRASIL, 1994).

Por força da nova lei do exercício profissional da enfermagem (Lei nº 7.498, de 25/06/86), foi estabelecido o limite de dez anos para que os atendentes fossem excluídos da prática legal. Em 1994, com a proximidade do final do prazo[43], a presidente da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Maria Auxiliadora C. Christófaro, escreve um duro

---

[43] Em 28 de dezembro de 1994 é promulgada a Lei nº 8967, alterando o parágrafo único do art. 23 da Lei nº 7.498/86, que passa a vigorar com a seguinte redação: "É assegurado aos atendentes de enfermagem, admitidos antes da vigência desta lei, o exercício das atividades elementares da enfermagem, observado o disposto em seu artigo 15." (BRASIL, 1994).

editorial publicado no primeiro número do vol. 47 da Revista Brasileira de Enfermagem, dando o tom de frustração da categoria com a circularidade do problema:

> Há longa data as instituições de saúde no Brasil incorporam trabalhadores de saúde sem a qualificação técnico-profissional requerida e necessária para a execução de ações e procedimentos que lhes são atribuídos. Tal prática usual e fortemente consolidada, tanto nos serviços de saúde públicos como privados (na rede hospitalar e ambulatorial), gerou, como não poderia deixar de acontecer, uma situação para a qual não há justificativa que sustente sua manutenção, quando se pretende melhorar o nível e padrão de qualidade da assistência à saúde no País, assim como as condições e as relações de trabalho no sistema de saúde. No entanto, setores e segmentos da sociedade, entre estes alguns governantes, dirigentes e representantes políticos, profissionais de saúde e empresários do setor, usam das diferenças regionais que marcam o país; do número insuficiente de escolas profissionalizantes do nível médio; do reduzido número de egressos das escolas existentes e da concentração regional de profissionais técnicos de saúde, para sustentarem a manutenção desta prática (CHRISTÓFARO, 1994, p.5).

Avaliando as propostas colocadas à mesa para o enfrentamento da questão, a dirigente é taxativa quanto à estratégia que considera apropriada:

> Para alguns, a proposta se resume na ampliação de escolas e vagas, que assegurem a educação geral e a criação de cursos profissionalizantes que privilegiem as habilitações de saúde do nível médio. Sem dúvida, é imprescindível que isto ocorra. No entanto, esta é uma proposta inoportuna em relação à qualificação daqueles que já estão inseridos na produção de serviços de saúde. Ela cumprirá o papel de gerar os futuros profissionais de saúde de nível médio que ingressarão no mercado. Seu impacto nos serviços de saúde só poderá ser esperado a médio e longo prazos. A situação que se tem hoje nos serviços de saúde exige que o sistema de saúde - público e privado - implementem programas de profissionalização dos seus trabalhadores sem qualificação específica que foram (e continuam sendo) incorporados nos serviços. (...) As propostas que pretendem resolver o problema impedindo-os (até judicialmente) de trabalhar e exigindo demissões sumárias, têm sido apresentadas. Infelizmente, tais propostas só têm servido para adiar uma possível solução e aumentar o número destes trabalhadores no setor saúde (idem, ibidem).

Novamente, a possibilidade de acesso à escola profissional e à formação integrada é considerada inadequada. Em tom afirmativo, a presidente da ABEn reivindica um programa de profissionalização que conjugue os conteúdos técnicos ao reenquadramento dos novos profissionais, acentuando, porém, a condicionalidade da formação em serviço:

> O que precisa ser concretizado é um programa efetivo de profissionalização para estes trabalhadores que contemple: o conteúdo técnico exigido para cada habilitação específica; a adoção de métodos e metodologias que permitam ao trabalhador entrar no processo de formação sem afastar-se do seu serviço e nem tampouco cumprir jornada de trabalho adicional; o enquadramento, dos que concluírem o processo, nos planos de cargos, carreira e salários (idem, ibidem).

Com a publicação da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) (Lei 9394/96) e o fim do ensino supletivo, o Larga Escala dá lugar ao Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (Profae), que busca prover a elevação da escolaridade e a qualificação dos atendentes em auxiliares e destes em técnicos de enfermagem.

Alinhado à lógica das reformas educacionais dos anos 1990, a qualificação passa a ser significada como atendimento às demandas das transformações ocorridas no mundo do trabalho. Em um cenário de grandes avanços científicos e tecnológicos, os modelos tradicionais de ensino-aprendizagem e de trabalho docente estariam mudando. A sociedade do conhecimento exigiria a formação de trabalhadores polivalentes, flexíveis e com maior autonomia. A retórica da profissionalização associa o profissionalismo à aquisição de competências de diversas ordens. Em sintonia com a *new public management,* o profissionalismo faz um apelo ao compromisso e responsabilidade dos trabalhadores com a eficiência dos serviços. Entre os estudantes, a oportunidade do Profae significa a profissionalização como *perspectiva de empregabilidade,* representando a ampliação das possibilidades de entrada ou reposicionamento no mercado de trabalho.

Embora a força do movimento sanitário já ocupasse os principais fóruns de discussão e elaboração de políticas de saúde, é no contexto político do primeiro governo do presidente Luis Inácio Lula da Silva que o discurso da mudança na formação e da integralidade como princípio orientador dos processos de ensino-aprendizagem são assumidos como política de governo.

Em 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES/MS) e a instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), o MS passou a assumir de forma mais efetiva a responsabilidade de ordenar a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o Sistema Único de Saúde (Portaria GM/MS 198/04).

Apesar do redirecionamento político, a abordagem das competências não é abandonada, articulando-se à perspectiva da educação permanente. Com o objetivo de "contribuir com uma nova gramática na discussão e compreensão dos processos pedagógicos por sua interface com a integralidade e o trabalho no SUS" (PINHEIRO, CECCIM e MATTOS, 2011, p.9) são introduzidos novos eixos e preocupações na educação profissional, como a dimensão do cuidado, a humanização das práticas e a adoção de metodologias ativas. Estas diretrizes não se chocam com a orientação hegemônica na educação profissional técnica de nível médio e nem mesmo com as abordagens críticas. Pelo contrário: os elementos diferenciais destas matrizes são articulados em torno de discursos que passam a hegemonizar a educação profissional em saúde.

A tradição instrumental, ao enfatizar a integração curricular baseada na noção de competências e a prática como lugar privilegiado da aprendizagem, aproxima-se da integração ensino-serviço valorizada na tradição da educação permanente em saúde. Difundida pela Opas na década de 1990 por intermédio de consultores como Mario Rovere, Jorge Haddad Q., Maria Alice Roschke e María Cristina Davini, a proposta de educação permanente em saúde é

renovada nos anos 2000, associando a defesa de uma noção "ressignificada" de competências para a saúde (estabelecida com recurso a autores como Morin, Perrenoud, Malglaive e Zarifian) às ideias de autores cognitivistas (Ausubel, Piaget) e progressivistas (Dewey, Paulo Freire). Tal perspectiva foi fertilizada pela herança do pensamento social em saúde de Maria Cecília Donnangelo e de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, principalmente nos nomes de Emerson Mehry e Gastão Wagner Campos. Essa articulação teve ampla difusão entre assessores e técnicos do Ministério da Saúde, bem como entre pesquisadores do campo, como Ricardo Ceccim, Laura Feuerwerker, Marcio Almeida, Ruben Mattos e Roseni Pinheiro.

Por sua vez, entendo que a intervenção com vistas à mudança na formação em saúde (seja no nível superior, seja no técnico), na contingência da política e a despeito do antagonismo que mutuamente as constitui, articulou a perspectiva acadêmico-disciplinar de matriz crítica (representada por nomes como de Saviani e Libâneo) à tradição das competências na defesa de currículos centralizados. Semelhante aproximação – improvável do ponto de vista epistemológico, mas não em registro discursivo – foi tratada por Macedo (2016) no contexto de negociações da Base Nacional Curricular Comum (BNCC). Lá (e aqui, arriscaria dizer), a suposta fronteira entre o *conhecimento em si* e o *conhecimento para fazer algo* é borrada em função da equivalência construída para atender às demandas de justiça social e igualdade democrática, no combate às iniquidades (MACEDO, 2016, p.62). Obviamente, essas articulações não apagam as diferenças entre as matrizes, mas fortalecem os discursos que hegemonizam as políticas curriculares.

O discurso da profissionalização, antes restrito à área da enfermagem, estende-se às demais atividades e ocupações de nível médio da saúde. Já em 2004 são elaborados os perfis de competências e as orientações curriculares para a formação de auxiliares de consultório dentário (ACD) e técnicos de higiene dental (THD)[44] e para a formação técnica de agentes comunitários de saúde (ACS), ocupações ligadas diretamente à Atenção Básica em Saúde.

É nesse período (2006) que acontece a III Conferência, já não mais de "Recursos Humanos", mas de "Gestão do Trabalho e Educação na Saúde", marcando uma posição política pela maior integração destas áreas (BRASIL, 2007c).

Esses processos, à semelhança do ocorrido na área de enfermagem, inauguram – e por vezes reativam – uma série de tensões e disputas em torno da definição das fronteiras do exercício profissional. Na área de saúde bucal, por exemplo, Zanetti *et al* (2012) reconhecem que, apesar de existirem bases tecnicamente justificáveis para a racionalização organizacional

[44] Designações posteriormente alteradas pela Lei 11.889/2008, passando os ACD a Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e os THD a Técnicos de Saúde Bucal (TSB).

do trabalho odontológico no SUS, a hegemonia de um profissionalismo tradicionalista impede e bloqueia as possibilidades de universalização do acesso à assistência odontológica por meio do trabalho de auxiliares e técnicos. Os autores apontam para uma redução das competências profissionais de auxiliares e técnicos da primeira definição de diretrizes, de 2004 para a segunda, de 2008, e uma resistência em relação à profissionalização dos técnicos, considerados uma ameaça ao mercado de trabalho:

> Nesses marcos ideológicos, sob princípio profissional, a divisão do trabalho odontológico aceita pelas lideranças tradicionais é tão somente aquela contida na ideia do simples auxiliar de consultório tradicional (de nível fundamental), hoje legalmente denominado de auxiliar de saúde bucal (ASB) (ZANETTI *et al,* 2012, p.209).

A competição interprofissional direta entre dentistas e técnicos de saúde bucal tem fragilizado a constituição de equipes com maior resolutividade na estratégia de saúde da família (ESF). Ressalte-se que essa competição é travada no terreno do controle dos conhecimentos e competências e, consequentemente, na regulação das práticas autorizadas para cada segmento profissional. Os autores alertam que, apesar de saudada como um grande avanço, a regulamentação do exercício das profissões de técnico em saúde bucal e de auxiliar em saúde bucal (BRASIL, 2008) precisa ser mais bem analisada.

> Porém, em termos de contabilidade, a chave do cálculo dos avanços e limites não está na análise isolada das competências profissionais por profissão. Ela melhor se coloca quando os profissionais estão uns na presença dos outros. (...) Assim, as competências profissionais dos auxiliares não anulam as competências profissionais dos CDs, tanto quanto as competências do ASB não anulam as competências profissionais dos TSBs; nada impede que o CD desempenhe competências profissionais de auxiliares (TSBs e ASBs). O mesmo vale para o TSB em relação às competências do ASB (ZANETTI *et al,* 2012, p.214).

De acordo com os autores, a falta de clareza e objetividade relativas à definição de competências do TSB nos procedimentos operatórios restauradores e periodontais básicos abre uma disputa interpretativa, remetida agora ao alcance do Judiciário e de sua jurisprudência. A exclusão de atribuições se constitui por meio de uma operação retórica da Lei:

> Quanto ao segundo impasse, sobre se o TSB perdeu ou não a competência histórica da remoção de indutos e de tártaro supragengival, a discussão se dá em virtude do uso da palavra biofilme no texto legal. Essa palavra trouxe a questão da disputa interpretativa para o assunto da remoção de cálculos e indutos, isto é, para a operatória em peridontia básica, cujo entendimento e aceitação têm mais de cem anos (desde Rhein, no início do século XX). (idem, p.216).

Entre os agentes comunitários de saúde, as disputas são ainda mais intensas. Considerada uma categoria profissional de atuação exclusiva no âmbito do setor público, os ACS tiveram sua profissão regulamentada por meio da Lei 10.507/02 e os Referenciais Curriculares para o curso técnico publicados pelo MS em 2004.

Sua profissionalização, no entanto, fruto do contexto de luta e organização da categoria, não era unanimidade mesmo entre os sanitaristas "históricos". Compreendendo que a atuação comunitária que dá sentido a existência deste ator social no sistema de saúde poderia ser desvirtuada, diversos pesquisadores se colocaram contrários à sua profissionalização:

> Por isso, pode-se questionar a busca de cursos técnicos a partir de dois aspectos. As agentes buscam um conhecimento técnico, porque querem igualar-se profissionalmente aos outros membros da equipe e, por falta de consciência sobre seu papel na comunidade, pensam que não se legitimam apenas pelo conhecimento cultural das peculiaridades da comunidade. Se para o desempenho de suas tarefas é importante o conhecimento popular, a busca de formação não necessariamente passaria pelos cursos técnicos de enfermagem, mas pela sua capacitação para o papel social (MARZARI *et al,* 2011, p.877).

A inadequação do vínculo de servidor público foi atribuída à especificidade do perfil social comunitário, naturalizando e apagando as contingências de produção desse perfil por meio de uma política pública (MOROSINI, 2010, p.153). Essa posição é contestada por pesquisadores da área que defenderam a superação das propostas iniciais de treinamento introdutório (80 horas) e mesmo de qualificações mais abrangentes (320 horas), uma vez que não possibilitavam um projeto profissionalizante à preparação dos ACS (MOROSINI, 2007, 2010; BORNSTEIN e DAVID, 2014).

Após um longo período de negociações e consulta pública, foram aprovadas diretrizes para a formação técnica dos agentes (1200 horas), contemplada em uma estrutura curricular com desenho de itinerário formativo previsto em três etapas. No entanto, logo após a publicação das diretrizes, agudizou-se uma batalha jurídica contrapondo a exigência de desprecarização dos vínculos de trabalho (defendida pelo Ministério Público Federal) e aos receios, por parte de gestores de saúde, de desrespeito à Lei de Responsabilidade Fiscal como consequência do provável impacto à folha de pagamento dos municípios[45]. Diante do impasse, aprovou-se a Lei 11.350, estabelecendo que os ACS e agentes de endemias deveriam ser contratados por vínculo CLT. A publicação desta Lei, em que pese destravar o impasse jurídico, deu margem à um sensível retrocesso do ponto de vista formativo:

> Mas um dos maiores problemas da lei no 11.350 certamente diz respeito ao âmbito da formação. Ela reproduz exatamente os mesmos requisitos que a lei no 10.507 elencava para o exercício da função de ACS. E dois desses requisitos são a conclusão do ensino fundamental e de um curso introdutório de formação inicial e continuada – neste último, apenas a nomenclatura foi modificada porque, após o decreto no 5.154/05, deixou de existir qualificação básica, como já assinalamos. A diferença é que, em 2002, ainda não existia o curso técnico, tal como proposto pelo Ministério da Saúde e aprovado pelo CNE, ambos em 2004. Uma das consequências possíveis dessa desatualização da lei é a prevalência de uma cultura de gestão que, justificada pelos baixos recursos disponíveis para as políticas sociais, como é o caso da saúde, invista

[45] Para mais detalhes, ver MOROSINI, CORBO e GUIMARÃES, 2007.

> apenas o mínimo necessário para evitar a ilegalidade. Nesse caso, alguns municípios poderiam optar apenas pela formação inicial dos seus agentes, o que significaria um retrocesso em relação ao debate público e coletivo que identificou a necessidade de um curso técnico (MOROSINI, CORBO e GUIMARÃES, 2007, p.276-277).

De fato, nos anos seguintes, o MS passa a financiar apenas a primeira etapa da formação, ficando a conclusão do itinerário formativo uma decisão política e orçamentária de estados e municípios. Para muitos ACS, a promessa da formação técnica foi, portanto, sonegada.

A partir de 2010, a criação do Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Saúde – Profaps (BRASIL, 2009a) passa a induzir a expansão da oferta de cursos considerados prioritários para a qualificação da assistência e do diagnóstico no SUS, através da publicação das Diretrizes e Orientações para a Formação de Técnicos nas áreas de Citopatologia, Hemoterapia, Radiologia e Vigilância em Saúde (BRASIL, 2011a, 2011b, 2011c, 2011d) e de dotações orçamentárias específicas.

Nesse contexto de ampliação da cadeia articulatória constituinte do discurso da profissionalização, participam demandas de diversos outros segmentos, incluindo as de fortalecimento das escolas técnicas do SUS, através de oportunidades de financiamento fundo a fundo; as demandas de escolas privadas e entidades de direito privado – Sistema S – interessadas diretamente no repasse de recursos públicos para o atendimento das necessidades formativas dos municípios; demandas de gestores municipais, também atentos à oportunidade de captação de recursos e, ao mesmo tempo, de créditos políticos resultantes da mobilização de seus trabalhadores em processos formativos certificados; demandas históricas de aprofundamento dos princípios políticos, filosóficos e operacionais da Reforma Sanitária Brasileira e demandas relativas à valorização e reconhecimento do trabalho técnico na organização e nos processos de trabalho em saúde, traduzidas nas expectativas de melhoria das condições de trabalho e de salário. Também fazem parte da cadeia de equivalência demandas pela rigorosa delimitação das fronteiras do exercício profissional entre as diferentes categorias e famílias profissionais da saúde, evidenciando movimentos de defesa mais corporativa do que de comprometimento com o SUS. Do mesmo modo, participam demandas de normatização e controle da oferta formativa visando certa padronização curricular que permita às instituições formadoras (públicas e principalmente privadas) a configuração de um ambiente de maior segurança e planejamento na oferta de seus cursos e, ainda, demandas pela incorporação de princípios neoliberais ligados à reestruturação produtiva do trabalho, buscando a constituição de subjetividades favoráveis à cultura do desempenho e auto-responsabilização, aceitação da meritocracia e flexibilização das relações de trabalho.

No entanto, como "a articulação política por hegemonia não destrói a diferença entre as demandas em articulação, apenas as torna equivalentes em relação a um exterior constitutivo" (MACEDO, 2016, p.58), é possível entender que os discursos em defesa do SUS e em defesa do mercado têm construído relações de equivalência no preenchimento de sentidos para a profissionalização dos trabalhadores técnicos em torno do significante da mudança na formação. Ainda que no discurso da saúde coletiva o sentido da mudança da formação envolva o desenvolvimento da integralidade da atenção e a humanização das práticas, e no discurso biomédico este sentido esteja vinculado à eficiência e resolutividade gerencialista, ambas as tradições são deslocadas, produzindo novas articulações em defesa da normatividade dos currículos e da centralidade dos conhecimentos.

Na definição dos perfis profissionais, as identidades são projetadas tendo por referência a mapas de competências que incorporam três dimensões do saber: saber-saber (conhecimentos), saber-fazer (habilidades) e saber-ser ético-profissional (atitudes e valores). Buscando afirmar um trabalhador capaz de atuar em "diferentes contextos e serviços" (BRASIL, 2011b), as diretrizes analisadas reverberam o sentido de polivalência já presente no Parecer CNE/CEB 16/99 (BRASIL, 1999a) e em diversos documentos emanados pelo Ministério da Educação voltados à educação profissional técnica de nível médio nos últimos anos, reforçando um discurso que visa o desenvolvimento de novas competências para um mundo em transformação:

> Na operacionalização do Profaps é imprescindível considerar o contexto de mudança nos processos de trabalho em saúde, em que se destacam a constante incorporação de inovações tecnológicas e de novas formas de organização do trabalho, que tornam imperativas a articulação entre os diversos setores, maior integração das ações dos diferentes agentes que atuam na área da saúde e a busca da recomposição dos trabalhos parcelados (BRASIL, 2011b).

Buscando antagonizar com o trabalho não qualificado nos serviços de saúde, as diretrizes intencionam uma aproximação das normalizações educacionais às profissionais. Por outro lado, buscam afirmar um conjunto de saberes e práticas que se pretendem universais em cada área. Mesmo considerando a estabilização de sentidos que circunscreve um determinado rol de saberes e intervenções como aqueles que definem uma área profissional, não há nada que assegure a essencialização das práticas[46].

[46] Defendo, amparado nas perspectivas pósfundacionais, que não existe uma essência objetiva da realidade cujos sentidos possam ser apreendidos fora do discurso: "a própria nomeação de certos objetos como realidade nos insere em uma dada formação discursiva. Não há como separar os *objetos* do *conhecimento sobre os objetos,* pois esse conhecimento é construído em práticas (ações) mediadas pela linguagem" (LOPES, 2015, p.132). A legitimação de determinados conhecimentos e procedimentos é resultante de práticas articulatórias no interior de comunidades epistêmicas (das ciências básicas, das especialidades médicas), cuja precária estabilidade depende de relações de poder que "restringem outras possibilidades de

Ainda que nos documentos analisados afirme-se que as escolas são fundamentais na efetivação dos processos de formação e de educação permanente, defendendo sua "intervenção crítica e criativa" (BRASIL, 2011b, p.12), a prescrição das orientações curriculares parece restringir seu papel à implementação. A despeito de se reconhecer que "a organização curricular consubstanciada nos planos dos cursos é prerrogativa e atribuição da escola", todos os elementos que compõem o Plano de Curso a ser submetido aos Conselhos Estaduais de Educação são detalhados, incluindo justificativa, objetivos, requisitos de acesso, perfil de conclusão, estrutura e organização curricular, carga horária, organização de conteúdos, campos e carga horária do estágio curricular supervisionado, aproveitamento de conhecimentos e experiências, avaliação, pessoal docente, instalações e equipamentos, seleção e uso de material didático e certificação.

Como as diretrizes são orientadas para o desenvolvimento de competências, e estas devem ser avaliadas por meio de desempenhos observáveis, os currículos tendem a valorizar a dimensão técnica-instrumental que se traduz em indicadores de produtividade (número de procedimentos) monitorados no modelo gerencialista. A ênfase nas competências ligadas à execução de ações e procedimentos técnico-operacionais nos planos de curso de vigilância em saúde[47], por exemplo, indica a valorização de conhecimentos técnico-práticos diretamente relacionados ao desempenho das atividades prescritas, como as visitas domiciliares, o Levantamento do Índice Parasitário Rápido (LIRA) etc., em detrimento de conhecimentos gerais, ligados às competências de organização e gestão do processo de trabalho e de educação e comunicação.

No texto das diretrizes do Profaps as competências são associadas à aprendizagem e resolutividade nos serviços, ao desenvolvimento de responsabilidades e à melhoria dos indicadores de saúde (BRASIL, 2011b, p.19-20).

---

leitura" (idem, p.133). Toda racionalidade (inclusive a científica) depende de uma estrutura explicativa, de fundamentos que sustentem suas interpretações e intervenções. No entanto, como aponta Derrida (*apud* LOPES, 2015, p.133), "toda estrutura repousa sobre um centro fundante que garante sua estruturalidade, mas para tal sempre faz referência a uma presença, a um fundamento que não pode ser explicado no interior da própria estrutura", remetendo sempre a um exterior que o constitui. A indecidibilidade, portanto, "reside na estrutura enquanto tal, na própria razão estruturada" (idem, ibidem). Não se trata de apostar no relativismo (qualquer conhecimento ou prática são válidas), tampouco no irracionalismo. As decisões continuam a ser tomadas, mesmo na área da saúde, isentas de qualquer garantia sobre suas consequências, ainda que se possa falar de melhores decisões, melhores escolhas baseados em critérios validados contextualmente. Mesmo o ensino "baseado em evidências" se encontra amparado em regimes de verdade que são sustentados por comunidades (que, por sua vez, são também sustentadas por estes mesmos conhecimentos).

47 Essa ênfase se expressa na elevação da carga horária relativa aos conteúdos técnicos e práticos nas propostas das Escolas Técnicas e Centros Formadores analisadas por ocasião do I Seminário Nacional de Educação Profissional Técnica de Formação em Vigilância em Saúde, realizado em dezembro de 2016 (PROFAPS, 2016).

As críticas à incorporação do modelo gerencialista em políticas públicas de saúde – como no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB (BRASIL, 2011e) – denunciam a inadequação do sistema de metas, padrões e recompensas ao campo da saúde (MORAES & IGUTI, 2013; CARNUT & NARVAI, 2016; CARNEIRO & MARTINS, 2014) e o privilégio conferido aos aspectos quantitativos e às medidas de controle de doenças em um enfoque biomédico (FONSECA *et al*, 2012; FONSECA & MENDONÇA, 2014). Essa crítica se estende às sobredeterminações entre gestão e educação profissional:

> Nesse cenário, a avaliação não tem provocado uma digressão frente ao parcelamento e à simplificação do trabalho do ACS, o que contribui para a diluição das práticas mais emancipatórias da educação em saúde, cuja submissão a uma perspectiva utilitarista acarreta o enfraquecimento do papel de agente de mobilização desse trabalhador. Isso repercute sobre os processos de capacitação, nos quais se valoriza a habilidade para o exercício de ações pontuais, fortemente marcadas pela vigilância epidemiológica. Pelo poder atribuído à avaliação entre as tecnologias de gestão, outras formas de interferir no processo de trabalho, como a supervisão, encontram constrangimentos para priorizar questões que não atendam diretamente aos propósitos contemplados nos indicadores de avaliação (FONSECA & MENDONÇA, 2014, p.356.)

Tendo como perspectiva "formar profissionais capazes de trabalhar em equipe com foco na integralidade e na qualidade da atenção à saúde" (BRASIL, 2011b, p.20), as diretrizes e orientações aparecem assim como solução para um conjunto de problemas que estão muito além dos processos formativos, envolvendo a necessidade de mudanças na gestão e organização do trabalho em saúde. Uma vez que as diretrizes e orientações curriculares passam a funcionar como uma base nacional curricular comum para a formação técnica destas categorias profissionais, corroboramos as preocupações de Macedo (2016) quanto aos efeitos da padronização curricular sobre a agência do professor e sobre a educação: a promessa de aquisição de bens certificados – sejam conhecimentos, sejam capacidades de fazer – tendo em vista o atendimento da demanda por justiça social e de igualdade democrática expulsa da educação "toda diferença e toda singularidade que não são, por natureza, antecipáveis e sem as quais educação, justiça e democracia não fazem sentido" (MACEDO, 2016, p.63).

Em nome da *mudança da formação*, a definição de referenciais curriculares para a educação profissional em saúde também funciona como um dispositivo de controle do que se entende por conhecimento e práticas válidas para o trabalho técnico. Ademais, a insistência no controle externo do currículo via produção de diretrizes, materiais didáticos e avaliações acaba por perenizar a condição precária da maior parte das Escolas Técnicas do SUS (ETSUS), cujo corpo de funcionários é reduzido a uma estrutura mínima e os professores são, em sua maioria, contratados de forma temporária. Assim como na educação básica, busca-se compensar as

difíceis condições de trabalho, a desvalorização dos docentes e a brevidade de seus processos de capacitação por meio da prescrição curricular.

Ainda que o discurso da profissionalização dos trabalhadores técnicos em saúde articule uma ampla cadeia de equivalências, incorporando demandas históricas do movimento sanitário e de defesa da integralidade da atenção, os discursos acerca das identidades profissionais – aqui interpretados por meio da investigação dos documentos citados – operam via reverberações de sentidos, afirmando a necessidade de formar profissionais capazes de se inserir no contexto de mudança nos processos de trabalho em saúde, contribuindo para a hegemonização de um sentido para o trabalhador polivalente e flexível. No quadro de crescente precarização do trabalho em saúde, esse discurso tende a fortalecer uma subjetividade de auto-responsabilização que naturaliza a instabilidade e a diminuição dos direitos trabalhistas mediante a terceirização dos contratos.

Por outro lado, apesar de, na defesa da organização curricular por competências, enfatizarem-se as "multidimensões que emergem de sua contextualização nos espaços e tempos socioculturais, econômicos, políticos, técnicos e científicos (BRASIL, 2011b, p.19)", a prescrição de conteúdos é mantida em todos os documentos, visando "instituir fundamentos para a formação (...) na perspectiva de um desempenho profissional ampliado e coerente com as políticas e estratégias desenvolvidas pelo SUS" (BRASIL, 2011b). Apoiado nas perspectivas pós-estruturais e na apropriação da teoria do discurso ao campo do currículo por Lopes (2011, 2015), defendo que a tentativa de definir parâmetros epistemológicos e identitários para a normatização do currículo acaba por reduzi-lo à categoria de coisa a ser reproduzida nas salas de aula, restringindo os espaços de poder de decisão curricular (LOPES, 2015). O deslocamento produzido pela posição pós-estrutural, em meu entender, pode vir a permitir a desconstrução dos discursos que buscam controlar a diferença, abrindo espaço para a politização: a constituição de sujeitos através de processos múltiplos e contingentes de identificação.

Da mesma forma que o discurso da integração ensino-serviço, o discurso da profissionalização envolve um fundamento místico, um messianismo escatológico que pretende dar um conteúdo à promessa emancipatória da profissionalização. A tentativa de controlar o sentido do profissional, via definição de perfis de competências, surge como resposta a um conjunto bastante distinto de demandas (como a dos trabalhadores e a do gerencialismo) articuladas na luta contra o trabalho não qualificado. Este, funcionando como um exterior constitutivo, torna a profissionalização um significante poderoso nas políticas curriculares da formação técnica em saúde. Como já argumentado, a promessa de profissionalização não se cumpre por meio da aquisição de competências: nem produz os resultados esperados (a

formação profissional), tampouco aqueles que costumamos associar a ela, uma vez que as demais dimensões envolvidas nesse processo (reconhecimento profissional, planos de cargos, carreiras e salários etc.) não são contempladas ou desencadeadas por meio de propostas curriculares. Outrossim, a própria noção de profissionalização não comporta uma definição objetiva, passível de fechamento de sua significação. É somente liberada de um projeto normativo, de um messianismo teleológico, que a dimensão performativa da promessa se abre ao comprometimento contínuo com a luta pela profissionalização.

3 POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL TÉCNICA DE NÍVEL MÉDIO EM SAÚDE

3.1 A espectralidade da política

Nesta seção, busco reativar o contexto de produção da política curricular do Programa de Formação Profissional de Nível Médio em Saúde – Profaps, dando destaque às disputas e articulações contingenciais que sedimentaram as formações discursivas nesse campo. Para tanto, faço um percurso que não pretende estabelecer começos ou origens, mas oferece uma interpretação dos antagonismos que constituem as cadeias de equivalência que estabilizam dada significação desta política, as demandas aí articuladas, os discursos que lhe conferem significação, bem como as práticas realizadas em seu nome. Algumas observações preliminares são necessárias antes de prosseguirmos.

Em primeiro lugar, é preciso advertir que a noção de contexto em um registro pós-estrutural não admite limites fixos, não pode ser definido em termos de tempo, espaço, institucionalização etc. O contexto não possui um centro capaz de restringir os sentidos que circulam, nem é recuperável em uma hipotética completude. Para Derrida, a determinação de um contexto nunca é absolutamente assegurada ou saturada:

> Um signo escrito, no sentido corrente da palavra, é uma marca que permanece, que não se esgota no presente de sua inscrição e que pode dar lugar a uma iteração na ausência e para além da presença do sujeito empiricamente determinado que, num contexto dado, emitiu ou produziu. É por isso que, tradicionalmente pelo menos, se distingue a “comunicação escrita” da “comunicação falada”.
>
> Do mesmo modo, um signo escrito comporta uma força de ruptura com o seu contexto, quer dizer, o conjunto das presenças que organizam o momento da sua inscrição. Esta força de ruptura não é um predicado acidental, mas a própria estrutura da escrita. Se se trata do contexto dito "real", o que acabo de afirmar é demasiado evidente. Fazem parte deste pretenso contexto real um certo "presente" da inscrição, a presença do escritor que a escreveu, todo o ambiente e o horizonte da sua experiência e sobretudo a intenção, o querer-dizer, que animaria num dado momento a sua inscrição. Pertence ao signo ser justamente legível mesmo se o momento da sua produção está irremediavelmente perdido e mesmo se eu não souber o que o seu pretenso autor-escritor quis dizer com consciência e com intenção no momento em que escreveu, quer dizer, abandonou à sua deriva essencial. Tratando-se agora do contexto semiótico e interno, a força de ruptura não é menor: devido à sua iterabilidade essencial, pode-se sempre isolar um sintagma escrito fora do encadeamento no qual é tomado ou dado, sem fazer-lhe perder qualquer possibilidade de funcionamento, senão qualquer possibilidade de “comunicação”, precisamente. Pode-se eventualmente reconhecer-lhe outros inscrevendo-o ou enxertando-o em outras cadeias. Nenhum contexto pode fechar-se sobre si. Nem nenhum código, sendo o código aqui simultaneamente a possibilidade e impossibilidade da escrita, da sua iterabilidade essencial (repetição/aIteridade). (DERRIDA, 1991, p.358).

Assim, o contexto da política é uma contextualização, "não é um dado do mundo a ser investigado, mas uma construção discursiva no mundo. É uma construção interpretativa, precária, sem fronteiras fixas, a não ser pelas opções contingentes realizadas numa dada investigação, numa dada política" (LOPES, 2015, p.135).

Em segundo lugar, a própria noção de política será aqui deslocada de seu sentido tradicional, usualmente restrita aos aspectos empíricos e ao seu caráter instituído. Acompanho as observações de Chantal Mouffe, cuja premissa inicial para este tema é a distinção entre a política e o político:

> Entendo por "o político" a dimensão de antagonismo que considero constitutiva das sociedades humanas, enquanto entendo por "política" o conjunto de práticas e instituições por meio das quais uma ordem é criada, organizando a coexistência humana no contexto conflituoso produzido pelo político (MOUFFE, 2015, p.08).

A força desta distinção reside na ênfase do vínculo entre a política e o poder, independentemente de seu caráter instituído:

> A política, nesse sentido, não se circunscreve aos dispositivos governamentais ou aos atos legislativos, ainda que estes estejam implicados nos processos de regulação e de instituição. A política é o exercício da decisão que nos constitui como sujeitos. (LOPES, 2014, p.51).

A política do Profaps, assim compreendida, diz respeito tanto às instituições e iniciativas que buscam regular o currículo, como à sua dimensão instituinte, referida aos conflitos e atos de poder visando estabilizar a significação do currículo. Vale lembrar que, mesmo em um plano factual e concreto – ôntico – diversos pesquisadores preferem não considerar programas e projetos como política (BASSINELLO e BAGNATO, 2009b). De modo contrário, defendo que tais ações e iniciativas, ainda que não formalizadas como políticas, representam decisões que não podem ser resumidas a simples respostas racionais e especializadas para problemas técnicos. Tais práticas envolvem antagonismos, articulações, negociações e recursos que estabilizam determinadas significações e constituem - precária e contingencialmente - o social.

Por fim, entendo que há uma prática fantasmática que acompanha qualquer política, dentre elas a política de educação profissional técnica de nível médio em saúde. As antigas intervenções estão presentes nas novas, como espectros que rondam e possibilitam uma encarnação da plenitude ausente:

> Agora, a relação hegemônica é aquela na qual certo corpo apresenta-se como a encarnação de certo espírito. E é certamente espectral: um corpo tenta apresentar suas características particulares como expressão de algo que transcende sua própria particularidade. O corpo é um ponto indecidível em que universalidade e particularidade se confundem (...) (LACLAU, 2011, p.115).

Embora formalmente instituído pela Portaria nº 3189/GM, de 18 dezembro de 2009, o Profaps já era mencionado na Revista da RET-SUS, edição nº 20, de jul/ago de 2006 como o "herdeiro do Profae", o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Enfermagem, desenvolvido de 2000 a 2009. Este, por sua vez, é reconhecido como "herdeiro" do Projeto Larga Escala - PLE, desenvolvido entre os anos de 1981 a 1996, também destinado aos trabalhadores da enfermagem (RAMOS, 2010). A analogia metafórica que liga estas políticas pressupõe uma contiguidade metonímica, ou seja, a extensão da analogia tomando a parte pelo todo. Assim, a reiteração de fragmentos (traços) das políticas anteriores nas seguintes confere certa condição de substituição e continuidade, como textualidades de uma mesma política. Para Laclau, mais do que mero adorno linguístico, a retoricidade constitui a significação: é o "cruzamento entre a metáfora e a metonímia que garante a existência de uma narrativa" (LACLAU, 2011, p.186).

Por sua vez, como alerta Derrida, a herança nos atribui tarefas contraditórias:

> (...) longe do conforto seguro que se associa um pouco rápido demais a essa palavra, o herdeiro devia sempre responder a uma espécie de dupla injunção, a uma designação [assignation] contraditória: é preciso primeiro saber reafirmar o que vem "antes de nós", e que portanto recebemos antes mesmo de escolhê-lo, e nos comportar sob esse aspecto como sujeito livre (...) Reafirmar, o que significa isso? Não apenas aceitar essa herança, mas relançá-la de outra maneira e mantê-la viva" (DERRIDA, 2004, p.12).

A reiteração estabelece uma inevitável trajetória entre estas políticas, uma insistente citação, um apelo para responder "em seu nome como em nome do outro (...) É-se responsável perante aquilo que vem antes de si mas também perante ao que está por vir (...) o herdeiro está duplamente endividado" (idem, p.14).

A citacionalidade ou iterabilidade da marca – ou das marcas – indica que tanto o significante como o significado estariam na posição de rastros, adquirindo sentido apenas dentro de uma cadeia de significação. Como o rastro jamais pode apresentar-se como ele próprio, ele não é presença, nem ausência. É antes uma fantasmagoria, um assombramento, uma herança que rompe a temporalidade (DERRIDA, 1991). A noção de traço é utilizada por Derrida como recurso para designar uma presença ausente, uma manifestação de algo que não tem origem, que não pode ser remetida a uma presença originária. A noção de traço oferece uma ferramenta de desconstrução dos pressupostos metafísicos: "Sempre *différante*, o rastro não é nunca como tal, em apresentação de si. Apaga-se apresentando-se, silencia-se ressoando, como o *a* escrevendo-se, inscrevendo *a* sua pirâmide na diferença" (DERRIDA, 1991, p.57).

Para entender o que se herda – e mais importante, poder reinterpretar, escolher essa herança – faz-se necessário conhecê-la. Passemos, portanto, a retomar seus rastros.

3.1.1 A formação profissional em saúde significada como problema e objeto da política

Desde os anos 40 do séc. XX a questão da saúde no Brasil já vinha sendo percebida como indissociável dos processos de desenvolvimento. Independentemente das perspectivas – à esquerda ou à direita – essa temática ganha importância e a atenção de estudiosos e planejadores. A disputa envolve a própria concepção de sociedade e o papel do Estado. De acordo com a leitura realizada pelos pesquisadores do Observatório dos Técnicos em Saúde (EPSJV/Fiocruz) no Relatório do projeto *Memória da Educação Profissional em Saúde - Anos 1980-1990*[48] (LIMA *et al,* 2006), em 1963, em meio ao projeto nacional-desenvolvimentista de João Goulart, o movimento sanitário envolvido na III Conferência Nacional de Saúde discutia a descentralização das ações básicas, visando a articulação de um sistema nacional de saúde unificado. Estas iniciativas foram abortadas pelo regime militar que, associando-se ao pensamento liberal, deu lugar a uma visão da saúde como mercado. O Estado passa a transferir recursos previdenciários ao sistema médico-assistencial privatista, garantindo sua hegemonia na prestação de serviços de saúde (LIMA *et al*, 2006, p.21). É nesse período que se constituem grandes empresas capitalistas no setor, com a instalação de complexos industriais farmacêuticos e de tecnologias médicas. Na década de 1970, o modelo biomédico e hospitalocêntrico se consolida com a aprovação, em 1975, do Sistema Nacional de Saúde – SNS, que cinde as ações de saúde pública – que ficam sob a responsabilidade do MS – das ações de atenção médica –

[48] Importante estudo no campo, o Relatório do Projeto *Memória da educação profissional em saúde - Anos 1980-1990* teve por objetivo investigar as mudanças operadas na educação profissional em saúde a partir da identificação dos sujeitos políticos coletivos e também através do resgate da memória de personagens que tiveram atuação no período 1985-2005, procurando assim avaliar e auxiliar a elaboração de políticas públicas de formação técnica em saúde. Para realização do projeto foram feitos levantamentos bibliográficos de leitura especializada, de fontes documentais e biografias de possíveis interlocutores. No primeiro momento foi feita a identificação dos sujeitos políticos coletivos que fizeram e que fazem parte da história da educação profissional em saúde para em seguida serem feitas as entrevistas prevendo-se a transcrição das mesmas e o retorno aos depoentes para conferência e fidelidade. O resultado é a publicação de um livro, em versão impressa e eletrônica, sobre a Memória da Educação Profissional em Saúde no Brasil com acesso no sítio do Observatório dos Técnicos em Saúde. O estudo foi desenvolvido por uma equipe de pesquisadores vinculado ao Observatório dos Técnicos em Saúde, que tem como missão produzir estudos e pesquisas sobre o trabalho técnico, a educação profissional e as políticas sociais de educação e saúde, buscando disponibilizar um conjunto de dados e informações em publicações impressas e eletrônicas para alunos, professores, pesquisadores, gestores do Sistema Único de Saúde, sindicatos e associações profissionais dos trabalhadores técnicos. Sediado na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV)/ Fiocruz, e vinculado ao Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde (LATEPS), o Observatório dos Técnicos em Saúde busca fortalecer as atividades de ensino e pesquisa no campo da Educação Profissional em Saúde e disponibilizar um conjunto de dados e informações em publicações impressas e eletrônicas para alunos, professores, pesquisadores, gestores do Sistema Único de Saúde, sindicatos e associações profissionais e instituições congêneres dos trabalhadores técnicos em saúde. Integra a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Brasil - Rede ROREHS, que compõe um projeto de âmbito continental da Organização Pan-Americana de Saúde, regulamentada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde - SGTES/MS.

sob a responsabilidade do MPAS. Nesse cenário, a vertiginosa expansão dos serviços privados tem reflexos diretos sobre a força de trabalho e a prestação de serviços. Transcrevo um longo trecho do Relatório do Projeto Memória, por entender que as políticas curriculares até hoje reverberam efeitos desse processo:

> Essa ampliação em larga escala da produção de serviços médico-hospitalares também se encontra na base do fenômeno conhecido como "proletarização da enfermagem", decorrente da contratação de um grande contingente de trabalhadoras(es) sem formação profissional na área: as atendentes de enfermagem. Em levantamento realizado em 1983, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), junto ao Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), constatou que, apesar do expressivo incremento da formação de enfermeiros de nível superior na década de 1970, dos 304.287 trabalhadoras(es) de enfermagem, à época, 8,5% eram representados pelas enfermeiras, 6,6% pelos técnicos de enfermagem, 21,2% pelos auxiliares de enfermagem e 63,8% pelos atendentes de enfermagem. (...) A atendente de enfermagem continuava sendo a principal agente de trabalho, totalizando 194.154 trabalhadoras, na sua maioria, mulheres na faixa etária de 30 à 59 anos. Desse total, 22,8% detinham o 1º grau completo, 15,2% apresentavam o 2º grau completo; 66,6% haviam frequentado cursos de atendentes e o restante não havia frequentado cursos ou havia recebido algum tipo de treinamento serviço; (...) Embora a maior parcela tenha frequentado cursos, na verdade estes caracterizavam-se por serem informais, sem exigência de escolaridade completa e ofertados por instituições privadas. Na área enfermagem, esses cursos ficaram conhecidos como "cursos de garagem", muito frequentes até a segunda metade da década de 80, e que desapareceram por pressão do Cofen (LIMA *et al*, 2006, p.23).

Ainda de acordo com a análise empreendida pelos pesquisadores no referido relatório, neste modelo, a organização do trabalho em saúde não está preocupada com as necessidades sociais de saúde, mas sim com o atendimento das demandas de cuidados, visando diminuir o tempo de internação e conferir maior rotatividade nos leitos hospitalares. Com a progressiva incorporação tecnológica no campo da saúde e a adoção de uma racionalidade da produção, o próprio ato médico se vê transformado.

Apesar do aumento de escolarização observado entre os trabalhadores de enfermagem a partir da década de 1950, da legalização da formação de técnicos de nível médio para a área da saúde pela Lei 4024/1961 e da autorização dos cursos técnicos de enfermagem pelo MEC em 1966, a hegemonia do que se convencionou chamar de racionalidade taylorista de organização do trabalho favoreceu a uma simplificação das práticas de enfermagem, centrada na realização de tarefas e procedimentos (idem, p.26).

A aposta na divisão técnica do trabalho reservou a responsabilidade da gerência dos processos às enfermeiras graduadas, ao passo que todas as tarefas de cuidados foram delegadas ao pessoal auxiliar. Para além de uma divisão do trabalho manual e intelectual,

> Essa organização do trabalho leva a exigir cada vez menos mão-de-obra com o ensino médio completo (antigo segundo grau) e formação profissional técnica. Aliado ao aumento do número de hospitais, isso acaba por transformar o setor saúde em um importante polo de criação de empregos e de absorção de mão-de-obra no período do

> milagre econômico (1968-1974). Paradoxalmente, portanto, os principais postos de trabalho criados privilegiaram, de um lado, a absorção de médicos e, de outro, as atendentes de enfermagem, sem formação profissional específica, na sua maioria com apenas as quatro primeiras séries do atual ensino fundamental (antigo ensino primário), cuja força de trabalho podia ser comprada a um custo menor pelos empresários da saúde e pelo próprio setor público (LIMA *et al*, 2006, p.27).

Se me demoro na descrição desse quadro é porque, como veremos mais adiante, vários aspectos desse contexto manifestam-se como traços nas políticas curriculares da formação de técnicos em saúde. Essa "presença ausente" também pode ser interpretada como aquilo que ameaça e, ao mesmo tempo, possibilita a constituição da identidade profissional da enfermagem por meio de políticas voltadas à profissionalização da categoria e a própria emergência do movimento sanitário em defesa da mudança do modelo de atenção à saúde.

É justamente com os projetos de medicina comunitária, desenvolvidos nos departamentos de medicina social das universidades, que começam a reverberar os discursos em defesa da reorganização do sistema e de um conceito ampliado de saúde, apontando as limitações dos treinamentos em serviço para dar conta da atenção integral à saúde (idem, p.29).

De acordo com o Relatório do Projeto Memória, as propostas de medicina comunitária oriundas da reforma da saúde norte-americana e divulgadas pelo Banco Mundial e Organização Panamericana de Saúde (Opas/OMS) foram adotadas no Brasil e em diversos países da América Latina a partir de 1972, ocasião da III Reunião Especial dos Ministros da Saúde das Américas. Preconizavam a extensão de cobertura do sistema por meio de programas que favoreceriam a modernização administrativa, a reorganização dos serviços e a consolidação de um sistema nacional de saúde. Nesse quadro, a formação de pessoal auxiliar passa a ser considerada estratégica.

> As principais ideias da medicina comunitária que dão contorno aos PECS [Programas de Extensão de Cobertura] são o privilegiamento da atenção primária, a simplificação do cuidado e do serviço oferecido à população, a ênfase nas patologias que afetam o maior número de pessoas, a ênfase na formação e utilização de pessoal de nível médio e elementar de perfil polivalente, as equipes multiprofissionais, a integração ensino serviço, a utilização de tecnologias apropriadas e a participação comunitária (LIMA *et al*, 2006, p.33).

Assim, em 1973, é assinado um "Acordo para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil" entre OPAS e Ministério da Saúde, do qual se originam diversos programas de extensão de cobertura (PECs), como o Programa de Desenvolvimento Rural Integrado (PDRI), o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e, em um acordo assinado entre MS, MEC e Opas, o PPREPS/MS - Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde do Ministério da Saúde, que

representou uma das primeiras iniciativas governamentais para a formação destes trabalhadores:

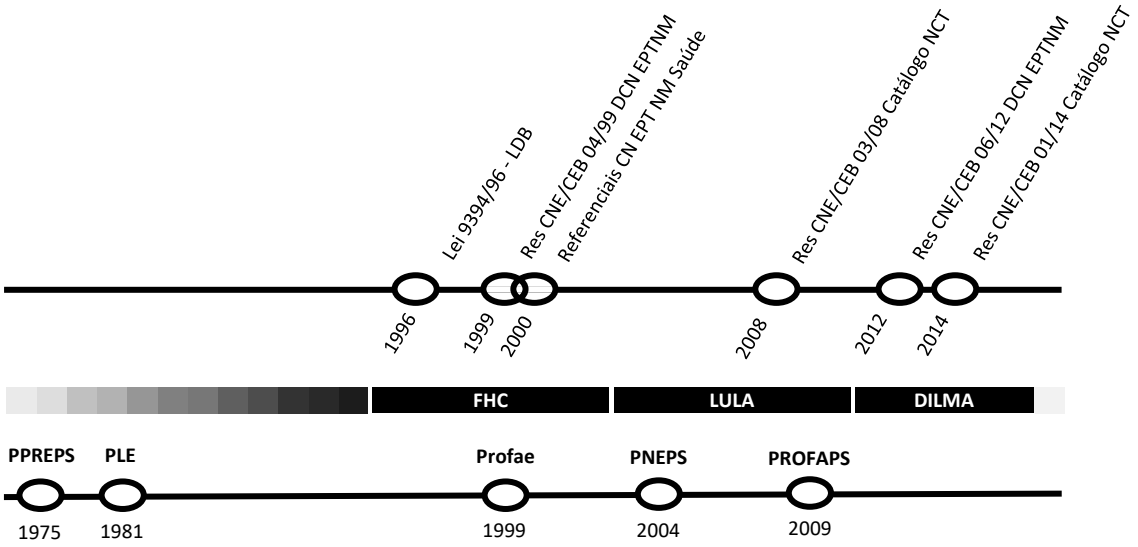
> É no âmbito do PPREPS que se inicia o debate sobre a importância da formação profissional dos trabalhadores técnicos da saúde, visando superar o mero treinamento para a execução de determinadas tarefas, seja nos programas de saúde pública, seja nas atividades mais diretamente ligadas à assistência (...) é partir dele que começa a se construir uma política de formação profissional em saúde, até então fora da agenda governamental, concomitante com a construção de uma política de recursos humanos em saúde, dado as preocupações com o grande contingente de trabalhadores atuando no sistema de saúde sem formação profissional e com as necessidades de expansão de cobertura dos serviços de saúde (LIMA *et al*, 2006, idem, p.36).

3.1.2 O Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde - PPREPS

Concebido como um programa de modernização administrativa, o PPREPS adotou o planejamento com base na racionalidade técnica visando produzir as mudanças esperadas. Seus três grandes objetivos estavam intimamente relacionados: o treinamento, a integração docente-assistencial e a organização de sistemas de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde nos estados. Para a consecução destes objetivos, envolveu o estabelecimento de diversas estratégias, como a articulação interministerial, a consideração das secretarias estaduais como instituições nucleares, priorização das necessidades dos serviços públicos, intercomplementariedade entre saúde e educação, capacitação de agentes comunitários leigos não pertencentes aos quadros dos serviços municipais e a ênfase no treinamento de caráter polivalente integrado ao serviço (LIMA *et al,* idem, p.41).

Em sua primeira etapa (1975-1978), o PPREPS apoiou e financiou ações de treinamento em massa de pessoal de nível médio (técnico e auxiliar) e fundamental (antigo nível elementar) nas secretarias estaduais de saúde. Ao mesmo tempo, o programa buscou fortalecer a capacidade de treinamento das secretarias estaduais, por meio de apoio aos docentes e do fortalecimento tecnológico, de informação e de supervisão. O acompanhamento dos cursos permitiu à equipe coordenadora uma reflexão sobre as necessidades e possibilidades operacionais das secretarias estaduais. É interessante notar que o estímulo da capacidade de execução descentralizada - elemento que se tornou central na estratégia pedagógica das ETSUS - já se fazia presente nas diretrizes do PPREPS. Da mesma forma, a estruturação do programa em componentes distintos é um aspecto que também será reproduzido nas políticas subsequentes, como no Profae.

Figura 1 – Linha do tempo: políticas de educação e de educação profissional técnica de nível médio em saúde.



No entanto, a constatação de que a "preparação estratégica", até aquele momento, ainda correspondia a "treinamento em massa", provocou uma série de embates, inclusive no interior do grupo interministerial. Como se depreende dos depoimentos concedidos pela enfermeira Izabel dos Santos ao Projeto Memória, os conflitos foram produtivos para o reconhecimento dos trabalhadores técnicos:

> A gente achava que recursos humanos em saúde, para poder atender o desenho dos serviços da reforma sanitária [...], [para atender] a mudança, precisava um outro recorte [...] precisava uma compreensão mais sociológica, mais política, mais recursos humanos como agente (...) foram concluindo que treinamento por treinamento não valia, que não bastava número (de pessoal treinado), que se treinava sempre as mesmas pessoas, e foram estruturando melhor a questão da área docente-assistencial, que era uma coisa ainda muito nebulosa (LIMA *et al,* 2006, p.37).
>
> Intuitivamente me dava uma sensação de que os treinamentos pelos treinamentos não resolviam a questão do trabalhador, no sentido de colocá-lo em condições de disputar o mercado. Os treinamentos não valiam nada, do ponto de vista da legitimação social, não davam a ele um diploma. Enfim, eles às vezes aprendiam algumas coisas, mas depois não tinham como fazer valer esse aprendizado. Isso eu fui aprendendo aos poucos, não foi de uma vez não (LIMA *et al,* 2006, p.38).

Apesar da influência do modelo americano, a cooperação técnica com a OPAS não representou a mera implementação de propostas. A defesa de uma formação *polivalente* dos trabalhadores técnicos, por exemplo, foi imediatamente contestada, por se tratar de um perfil genérico que não se alinhava com as especificidades e particularidades do trabalho em saúde no Brasil:

> Izabel nunca apoiou essa proposta [formação polivalente], ao contrário, lutou a favor de um ensino técnico em saúde que levasse em consideração a divisão do trabalho já estabelecida no Brasil. "Eu ignorei a OPAS em termos de proposição técnica, nunca

> dei bola para os documentos que vinham [de Washington] e comecei a criar os nossos processos locais, conceituais". Para ela o polivalente não tinha sentido. "Falei para o pessoal da OPAS – porque nós já temos a divisão do trabalho aqui, já está clara, nós já temos gente que trabalha em apoio diagnóstico, tem os caras que trabalham em laboratório, tem gente que trabalha em farmácia, tem gente que trabalha em enfermagem, tem gente que trabalha no meio ambiente, essas coisas já estão claras aqui no Brasil. Eu não posso fechar os olhos a isso e inventar uma categoria teórica da cabeça não sei de quem" (idem, p.38).

Outros elementos que caracterizaram a operacionalização dos cursos do PPREPS, como a integração ensino-serviço, foram enunciados como "estratégias necessárias" para a formação dos trabalhadores técnicos. De acordo com o Relatório do Projeto Memória, o PPREPS priorizou a

> (...) qualificação daquelas categorias necessárias ao processo de implantação do PIASS, tais como: visitadoras sanitárias, auxiliares de saneamento e auxiliares de laboratório e auxiliares de administração, mas também, auxiliares e técnicos de enfermagem, nutrição, vigilância epidemiológica, estatística e professores de 1º grau. Os egressos dos cursos realizados sem aprovação prévia dos Conselhos Estaduais de Educação, submetiam-se ao exame de suplência profissionalizante. De maneira geral, foram realizados de forma descentralizada nas sedes de microrregiões ou capitais que dispunham de infra-estrutura de serviços e pessoal para as funções de instrutor/supervisor, e em módulos, alternando períodos formais concentrados de aulas teóricas, nas unidades sedes do treinamento, com períodos de práticas na unidade de saúde do treinando (idem, p.43).

As dificuldades enfrentadas pelo projeto fizeram com que a meta de formação, prevista inicialmente em 170.000 pessoas capacitadas, fosse redimensionada para 60.000 para o período 1976-1979. Os resultados, porém, ficaram muito aquém do esperado, atingindo a marca de 38.548 trabalhadores treinados, sendo 49,4% de nível elementar e 27,9% de nível médio. Os trabalhadores de baixa escolaridade foram priorizados no treinamento, em sua maioria atendentes de enfermagem e agentes comunitários.

O resultado mais significativo do PPREPS, no entanto, foi a criação e implementação dos Centros de Desenvolvimento de Recursos Humanos (CENDRHU) em diversos estados. Essa medida foi concebida como "estratégia de sustentabilidade e continuidade dos esforços nessa área", configurando-se como um "processo progressivo de institucionalização das práticas educativas no interior das secretarias estaduais de saúde". A institucionalização dos CENDRHU foi fundamental para "assegurar a operacionalização do Programa de Formação em Larga Escala de Pessoal da Saúde - 'Projeto Larga Escala', na década de 1980, nos diversos estados brasileiros e, a constituição progressiva dos Centros de Formação de Recursos Humanos para a Área de Saúde (CEFOR) e das Escolas Técnicas de Saúde (ETSUS)" (LIMA *et al*, 2006, p.45-46).

A segunda metade da década de 1970 é bastante significativa para a história do movimento sanitário brasileiro. Em 1976 é criado o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde –

CEBES e em 1979, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO. Na Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, em Alma-Ata, no Cazaquistão, a Organização Mundial da Saúde defende a "necessidade de ação urgente dos governos em promover a saúde de todos os povos do mundo", servindo de impulso ao movimento emergente no país. A recomendação de reorganizar os sistemas de saúde tendo por princípio o fortalecimento da atenção primária, influencia as reformas do setor nos países latino-americanos. No Brasil, o período de redemocratização se inicia e com ele a preparação da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS).

As tentativas de produzir acordos no Congresso Nacional, visando a criação de um sistema nacional de saúde (unificando a prevenção e a assistência), esbarra na definição do papel do setor privado: sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais, as confederações e grupos empresariais recusam o caráter complementar que se buscava atribuir, e as negociações fracassam (LIMA *et al,* 2010, p.48).

A VIII CNS contou com a participação expressiva de diversas entidades da sociedade civil, representando interesses igualmente diversos e por vezes conflitantes. A hegemonia do movimento sanitário, no entanto, garantiu o estabelecimento daquilo que Arlindo de Souza, ex-presidente da Comissão Nacional de Reforma Sanitária e da ABRASCO nomeou de "os pilares básicos do novo modelo de saúde": o novo e ampliado conceito de saúde, a proposta de reorganização dos serviços e um modelo de financiamento capaz de sustentar a efetivação da proposta. A defesa radical de um sistema estatal afastou o setor privado da VIII CNS. Essa tensão foi transferida para os debates constituintes, e a relação público-privado tornou-se o principal ponto de divergência e de negociação.

A Constituição Federal de 1988 afirmou a saúde como dever do Estado, garantido mediante políticas públicas e pela criação de um sistema universal e gratuito, o SUS. Uma das importantes conquistas foi a inclusão do texto do Art.200, inciso III, que afirma ser da competência do SUS "ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde" (BRASIL, 1988). Com isso ficava estabelecida a possibilidade de avançar nas discussões da educação profissional em saúde, vinculando a formação ao desafio de reconfiguração do modelo de atenção à saúde e às necessidades do sistema como um todo. O Relatório do Projeto Memória é rico nos detalhes da disputa em torno da inclusão deste artigo no texto constitucional. Alguns setores eram contrários à proposição sobre o ordenamento da formação pelo SUS, como representantes da iniciativa privada e, também, embora por razões distintas, representantes da educação, receosos de que parte da formação saísse do âmbito de responsabilidade do MEC. O consenso – como todo consenso, no dizer de Mouffe (2005, p.21), sempre conflituoso –

construído no movimento sanitário em torno da importância de atuar na formação de novos profissionais para o novo modelo de atenção em saúde, assegurou a sua manutenção no texto final.

3.1.3 O Projeto Larga Escala (PLE)

Ainda que algumas seções estaduais da Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn já tivessem se envolvido, no início da década de 1970, na execução de um projeto[49] de formação profissional vinculado ao MEC, esta iniciativa não foi extensiva a todos os estados, nem considerada satisfatória em seus resultados. Baseada nos princípios da Teoria do Capital Humano, buscava adequar os indivíduos às características da estrutura ocupacional por meio de pacotes tecnológicos de ensino produzidos de forma homogênea para diversos os países da América Latina. Mesmo as tentativas de controlar a execução do projeto e a proliferação desordenada de cursos privados, principalmente em grandes centros urbanos, encontrava obstáculos:

> Participaram também [as seções estaduais da ABEn] da seleção de instituições em condições de celebrar convênios com o programa e do treinamento de enfermeiras responsáveis pelos estágios e aulas práticas, como forma de controlar a oferta dos cursos patrocinados pelo PIPMO para a área da saúde, que comumente não tinham um programa mínimo, nem eram ministrados necessariamente por enfermeiros. Uma irregularidade frequentemente encontrada, na época, era a de existirem instituições privadas emitindo certificados de auxiliares de enfermagem em cursos intensivos de 150 horas formação (LIMA, 2010, p.208).

Havia dificuldade de encontrar enfermeiras disponíveis para a docência. Mesmo os cursos oferecidos pela ABEn aos trabalhadores já inseridos nos serviços eram essencialmente práticos e intensivos. O SENAC, que até então não atuava na área da saúde, edita uma série de manuais técnicos – a Série Metódica Ocupacional – para a formação de auxiliares (requalificação dos atendentes):

> Essa série foi editada na forma de manuais para diversas áreas da enfermagem, tais como a pediátrica e a médico-cirúrgica, obedecendo a uma sequência lógica de tarefas e operações básicas para o desempenho das funções, constituindo-se de uma folha de tarefa que indica "o que fazer", uma folha de operação indicando "o como fazer" e a folha de informação tecnológica que destaca o "com que e por que fazer", representando os conhecimentos tecnológicos necessários à execução eficiente e consciente das tarefas (ROCHA apud LIMA, 2010, p.208-209).

[49] Iniciado em 1963, o Programa Intensivo de Preparação de Mão-de-Obra (PIPMO), era vinculado originalmente à Diretoria de Ensino Industrial do MEC, e destinava-se a preparar trabalhadores e candidatos a trabalho na indústria. Sua expansão para o setor de saúde se deu oficialmente pelo decreto 70.882 de 27/7/1972, vinculado ao Departamento de Ensino Médio do MEC (LIMA, 2010, p.207).

A busca de eficiência na preparação dos indivíduos produtivos vincula-se também à hegemonia do tecnicismo educacional. O método da análise ocupacional em que se baseia a produção das séries metódicas e os exames de suplência profissionalizante acompanhou a expansão dos serviços médico-hospitalares observada em diversos países da América Latina nas décadas de 1970 e 1980. Previa a definição, por especialistas de cada área, das atividades legais e típicas de cada habilitação, os conhecimentos instrumentais para o exercício da atividade, o conhecimento de equipamentos e processos específicos, a capacidade de execução, operação, programação e coordenação. Sua adoção na definição de conteúdos e preparação dos exames de suplência para cada segmento profissional influenciou o desenho das carreiras e de currículos dos centros de formação profissional (LIMA, 2010, p.210).

Reitera-se, assim, a adequação e alinhamento dos processos pedagógicos às expectativas de mercado que acompanham a própria história do campo curricular. O método da análise ocupacional não só privilegiaria o ensino com ênfase em tarefas atribuídas a cada posto de trabalho (idem, p.210) como favoreceria a própria distinção hierárquica entre auxiliares e técnicos. A classificação quanto à complexidade/simplicidade das atividades desenvolvidas em cada posto de trabalho, permitiria a definição do perfil ocupacional, identificação da escolaridade exigida do profissional apto a desenvolvê-las e a fixação dos conteúdos curriculares mínimos dos cursos. Ainda que praticamente restrita à escolarização, essa diferenciação seria amplamente explorada como possibilidade de economia de custos de mão-de-obra dos serviços hospitalares privados (idem, p.211).

Por sua vez, os exames supletivos profissionalizantes[50] foram recomendados pelo Conselho Federal de Educação (CFE) para todos os práticos e atendentes de enfermagem, como forma de promover o acesso à habilitação para aqueles que, até então, não possuíam a devida escolaridade na área profissionalizante. O Parecer CFE 934/72 é uma resposta às demandas da Associação Brasileira de Enfermeiros e Massagistas Práticos (Abemp), que reivindicavam a possibilidade da certificação (idem, p.209).

É neste contexto que surge, no início da década de 1980, o Projeto Larga Escala (PLE), uma ação de cooperação interinstitucional (MS, MEC, MPAS e OPAS) voltada à formação de trabalhadores de enfermagem de nível médio e fundamental inseridos nos serviços de saúde. Configurado em um contexto de grande expansão da assistência hospitalar, o PLE procurou dar respostas às demandas de profissionalização para um expressivo contingente, cujos processos de qualificação anteriores eram considerados insuficientes ou inexistentes:

---

[50] Os exames de suplência profissionalizante eram previstos na Lei 5692/71, Cap.IV (Ensino Supletivo), e regulados pelo Parecer n. 699/72 da Câmara de Ensino de 1º e 2º graus.

> (...) o ensino técnico em saúde, e de enfermagem principalmente, se realizava na maioria das vezes em escolas que funcionavam como extensão da própria estrutura hospitalar. Anexas aos hospitais, predominava a concepção de que estas escolas de enfermagem existiam para prover os hospitais, de forma imediata com pessoal necessário à manutenção da assistência médico-hospitalar, por meio de cursos rápidos de treinamento (LIMA *et al*, 2006, p.26).

Ao mesmo tempo, o PLE procurou ir além da mera formalização através das certificações, sinalizando o propósito de transformar as práticas. Em artigo publicado dois anos após a VIII Conferência Nacional de Saúde, estas preocupações ganham destaque:

> Desde a década passada, *essa categoria vem manifestando o interesse* em receber habilitação específica para conquistar sua legitimidade social e o reconhecimento institucional. (...) Considerando as condições atuais dos *serviços de saúde, cada vez mais pressionados a dar respostas à população***,** toma-se inviável pensar no afastamento a curto prazo desse contingente de profissionais e, mesmo que fosse possível, o sistema de educação não possui Instituições Escolares em número e qualidade suficientes para atender esta demanda com a competência necessária. As instituições escolares que oferecem ensino regular profissionalizante não apresentam em geral condições de ensino adequadas, há insuficiência de docentes, campo de prática e material didático. A alternativa do ensino supletivo, via exame de suplência profissionalizante, tem demonstrado na prática dois problemas: o primeiro refere-se ao baixo índice de aprovação nos exames, em decorrência das características do exame e de falta de preparo científico e técnico dos postulantes. Segundo, aqueles que logram aprovação, não apresentam na prática, nenhuma alteração em sua performance, estando, portanto, habilitados mas não qualificados. Além disso, o trabalhador na maioria das vezes tem que financiar, à custa de seus baixos salários, os cursos preparatórios altamente questionáveis, para o exame (SANTOS; SOUZA e GALVÃO, 1988, p.78, grifos meus).

Essa passagem indica a existência de uma demanda dos próprios trabalhadores da enfermagem, visando a conquista de sua "legitimidade social e reconhecimento institucional". No mesmo artigo, no entanto, as autoras colocam em foco os desafios da extensão de cobertura e a reconfiguração do modelo de atenção à saúde, fornecendo mais elementos acerca das demandas que se articulam em defesa da profissionalização desse contingente. De um lado, o receio quanto à fragilização científica e técnica da categoria, de outro – e intimamente relacionado ao anterior – a preocupação com os riscos para a assistência à saúde da população:

> Em consequência, a assistência de enfermagem foi desqualificada, isto é, esse contingente de trabalhadores sem qualificação específica *descaracterizou científica e tecnicamente a prática profissional da categoria, oferecendo uma assistência com riscos para a população*. É importante ressaltar que esses trabalhadores sustentaram e sustentam a assistência de enfermagem no país, e sua prática empírica desprovida de conhecimentos e técnica é realizada com um total compromisso de serviços, pois a esse trabalhador, até o momento foi negada a necessária qualificação, somando-se este fato os aspectos de desvalorização do seu trabalho que é extremamente mal remunerado. Nesse sentido, tal grupo de trabalhadores está incluído na dívida social que necessita ser resgatada no processo de democratização da sociedade brasileira (SANTOS; SOUZA e GALVÃO, 1988, p.78, grifo meu).

A ideia de dívida social faz com que também as demandas democráticas, emergentes nesse período, participem da cadeia de equivalências em torno de uma política curricular para

os trabalhadores técnicos da enfermagem. Essa é uma interpretação dividida com outras autoras, como Bassinello e Bagnato (2009a; 2009b), que afirmam a possibilidade de o Projeto propiciar uma perspectiva mais abrangente de qualificação e profissionalização. É interessante notar que, na fala destas autoras, por vezes predomina certo tom de exaltação que confere origens míticas ao projeto, apresentando de forma sinérgica a especificidade das demandas e as alternativas pedagógicas, como estas fossem opções anteriores às contingências da formação. O contexto da prática curricular é enunciado como o lugar da concreticidade, do mundo real:

> A metodologia alternativa consubstanciada pelo Larga Escala compreendia um processo pautado na compreensão da realidade. Buscava desenvolver um programa educativo vinculado a uma prática concreta, numa interação entre sujeito e objeto no ambiente de trabalho, a partir da observação dos problemas, identificação de seus determinantes e análise de soluções alternativas. Visava à aprendizagem no serviço, especialmente para trabalhadores sem qualificação ou formação específica (BASSINELLO; BAGNATO, 2009b, p.623).

Entendo, no entanto, que a construção discursiva do contexto naturalizou a "impossibilidade" dos trabalhadores ausentarem-se do trabalho, delineando-se assim os contornos do componente pedagógico da política:

> Ao mesmo tempo iniciou-se o esboço do que seriam os princípios teóricos do projeto: a elaboração de um currículo integrado que possibilitasse a formação em serviço, o que não afastaria o servidor de suas atividades e um Projeto de Educação Continuada, que adequaria os profissionais já engajados nos serviços de saúde como instrutores, proporcionando a adequação destes sujeitos ao projeto (BASSINELLO; BAGNATO, 2009b, p.621).

A integração ensino-serviço parece passar de alternativa aos problemas contingenciais à referencial teórico para a formação:

> A opção pela via supletiva, assegurada pelo parecer n. 699/1972 e mais tarde pelo parecer CFE n. 170/1983, é eleita por sua flexibilidade em termos de carga horária, tempo de formação, corpo docente etc., "dirigido a indivíduos (...) que realmente optaram pelo engajamento nesse setor de mercado de trabalho" (Brasil-MS, 1982, p. 19) e considerando que estes, como diz Castro (2008), tinham dificuldades de frequentar a escola todos os dias. Essa opção, *aliada com a estratégia de integração ensino-serviço e a descentralização dos cursos, permitia ao mesmo tempo a profissionalização da força de trabalho e a permanência dos trabalhadores nos serviços sem descontinuidade da assistência*. Tal foi a lógica de construção da proposta do 'Larga Escala', intimamente vinculada com a experiência dos alunos nos locais de trabalho como o elemento principal na determinação do conteúdo ensino-aprendizagem (LIMA, 2010, p.235, grifo meu).

Chama a atenção o deslizamento de sentidos que se processa nos documentos e artigos citados pelo autor, em que a "via supletiva" e o "engajamento nesse setor de trabalho" passam a ser considerados como "opções", produzindo o apagamento tanto das condições de necessidade e precariedade em que se dava o ingresso dos trabalhadores no setor saúde, quanto do improviso legal que se buscava para suprir as deficiências da universalização do ensino no

país. Ora, como pode ser apreciado nos textos publicados pela própria dirigente da ABEn (CHRISTÓFARO, 1994) e pelas coordenadoras do PLE (SANTOS, SOUZA e GALVÃO, 1988), não havia outra opção a estes trabalhadores que não a modalidade do ensino supletivo, destinada à educação geral e profissionalizante de adultos cujo acesso à educação foi negado histórica e socialmente. A frequência às escolas regulares sem afastar o trabalhador do serviço, tornava-se impeditiva. Ao mesmo tempo, dizer que tal estratégia foi dirigida a indivíduos que "optaram" pelo engajamento neste setor soa, no mínimo, como uma ironia de mau-gosto: os altos índices de desemprego à época não sugerem a existência de um ambiente de "escolha" profissional. Essa operação retórica promove o deslizamento de sentidos de uma "alternativa", construída em virtude das contingências, em uma "opção" política e pedagógica, valorizando com isso a dimensão consciente da escolha autônoma, da decisão racional. Como veremos mais à frente, os efeitos de tal significação ajudaram a sedimentar a proposta de integração ensino-serviço como fundamento da formação de técnicos em saúde.

Como política curricular, o projeto aliava então o ensino supletivo (flexível), o treinamento em serviço e o caráter de habilitação oficialmente reconhecida pelo sistema educacional (PEREIRA e RAMOS, 2006). Ao mesmo tempo, foi responsável pela criação de diversas escolas técnicas e centros formadores de saúde nos estados:

> Eu achava que tinha que ser uma escola que não excluísse ninguém, porque o setor saúde (...) não podia fazer desemprego em massa. Então você tinha que ter uma escola que trabalhasse a pessoa empregada, [e para isso] ela tem que descentralizar os processos de formação para junto do trabalhador. Isto porque no seu entendimento um dos maiores problemas está educação profissional para aquele que já está empregado é que "não pode sair do trabalho e nem o trabalho pode abrir mão dele". Dessa forma, vai aproveitar ao máximo a flexibilidade que então era concedida pelo ensino supletivo, que permitia fazer educação profissional sem o trabalhador ter a escolaridade completa (LIMA *et al,* 2006, p.39).

A proposta da "escola-função" surge então como "medida **necessária** à resolução de um impasse" (RAMOS, 2010, p.43, grifo meu), uma vez que os profissionais de nível superior da enfermagem exerciam pressão pela proibição do exercício profissional das atendentes de enfermagem e a sua absorção pelo sistema formal de ensino se mostrava inviável, mesmo sob o mecanismo dos exames de suplência profissionalizante para técnicos de segundo grau do setor saúde:

> Finalmente, com a aprovação da nova Lei do Exercício Profissional de Enfermagem em 1986 (Lei n. 7.498/86), o Conselho Federal de Enfermagem – Cofen determina a proibição de contratação de atendentes de enfermagem pelos serviços públicos e privados de saúde, estabelecendo o ano de 1996 como prazo para que só exercessem a enfermagem os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Portanto, a extensão de cobertura – ou mais especificamente o crescente processo de municipalização, que implicava, entre outros aspectos, a incorporação de trabalhadores de nível médio e elementar – e o grande contingente de atendentes de

> enfermagem no mercado de trabalho setorial são os determinantes imediatos para a operacionalização do 'Projeto Larga Escala' (LIMA, 2010, p.232).

Assim, a proposta de criação de escolas técnicas específicas para o setor saúde no início dos anos 1980 coloca-se como estratégia nesse cenário. Nos anos iniciais de implementação do Larga Escala, diversas escolas de enfermagem do Inamps são transformadas em Centros Formadores de Pessoal de Nível Médio – Cefor (LIMA, 2010, p.233). Em 1985, o 'Larga Escala' é aprovado como estratégia prioritária para a preparação de recursos humanos no âmbito das Ações Integradas de Saúde pela Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan). O diagnóstico realizado pela equipe técnica do Acordo de Recursos Humanos MEC/MS/MPAS/OPAS alerta para a inadequação do ensino regular profissionalizante de segundo grau, universalizado pela Lei 5692/71:

> A inadequação decorre de uma série de dificuldades encontradas na aplicação daquela lei, consideradas insuperáveis por alguns educadores. De um lado, verificam uma persistente desarticulação entre as unidades de formação e as de prestação de serviço, que é mais crítica no caso das profissões de saúde, em que as instituições do setor relutam em admitir menores como treinandos, num trabalho que envolve, direta ou indiretamente, vidas humanas, e, por isso mesmo, requer grande responsabilidade pessoal e civil. Por outra parte, muitas escolas tem enfrentado inúmeros obstáculos na adoção de algumas habilitações mais agudamente exigidas pelas instituições de serviço, em razão da magnitude dos investimentos de recursos físicos, de escassez de pessoal docente qualificado e da multiplicidade de experiências práticas necessárias à integralização do currículo (BRASIL, 1982, p.18 *apud* LIMA, 2010, p.233-234).

Duas propostas distintas são construídas: a da escola-função, modelo defendido por Izabel dos Santos para enfrentar os desafios da requalificação do grande contingente de atendentes de enfermagem contratados, e a proposta de formação politécnica, estruturada com base no modelo cubano de formação profissional integrada ao ensino médio, lastreada na produção intelectual da área de trabalho-educação no país (LIMA, 2010, p. 212). Em comum, os modelos buscavam a superação da visão biologicista do processo saúde-doença e a articulação da formação dos trabalhadores técnicos ao processo de trabalho em saúde. Compartilhavam, portanto, da crítica à formação baseada em treinamentos e na profissionalização encaminhada via exame supletivo. As propostas pedagógicas dessas correntes, no entanto, diferiam substancialmente. No modelo politécnico, de matriz teórica marxista, o trabalho é concebido como princípio educativo, no sentido ontológico, ou seja, como práxis humana e a forma pela qual os humanos produzem sua própria existência na relação com a natureza e com os próprios humanos: "não é, primeiro e sobretudo, uma técnica didática ou metodológica no processo de aprendizagem, mas um princípio ético-político" (FRIGOTTO, 2009, p.402). O trabalho como princípio educativo "busca proporcionar ao trabalhador a compreensão dos fundamentos científicos, tecnológicos, sócio-históricos e

culturais da produção da existência humana. É uma educação que visa a formação *omnilateral* do ser" (RAMOS, 2010, p.280). A segunda matriz, derivada em grande parte da experiência do PPREPS, organizou-se tendo o trabalho como princípio pedagógico. Inspirada na obra de Paulo Freire, toma a realidade do trabalho como referência problematizadora, e sua abordagem metodológica "privilegiaria conhecimentos, experiências e expectativas do aluno como ponto de partida do processo ensino-aprendizagem" (idem, p.46), favorecendo assim a integração ensino-aprendizagem.

O modelo das escolas-função se desenvolveu na diferenciação estabelecida com as escolas "convencionais": ligadas ao setor saúde e não ao MEC (embora submetidas aos Conselhos Estaduais de Educação), foram caracterizadas como uma escola "que não seleciona o trabalhador que irá formar, mas atende a todos de forma descentralizada, isto é, proporciona a formação nas localidade onde estiverem" (RAMOS, 2010, p.44). Na entrevista concedida ao Projeto Memória, Izabel dos Santos argumenta que a "a educação profissional é tecnológica, trabalha com outra lógica, o aluno tem que saber enfrentar um problema, qual é o processo tecnológico, tem que aprender epidemiologia" (LIMA *et al*, 2006, p.62). Assim, reivindicando a especificidade tecnológica do ensino profissional em saúde, as escolas técnicas foram desvinculadas da formação geral. O antagonismo ao currículo formal[51] – caracterizado como disciplinar, cumulativo, baseado na fragmentação do conhecimento – produz a identificação das escolas técnicas com a proposta do currículo integrado. A organização disciplinar, associada à pedagogia tradicional e à centralidade do professor, representa a ameaça à formação dos técnicos em saúde e a própria impossibilidade de funcionamento para as ETSUS. A *única* escola possível, capaz de deslocar-se até os estudantes-trabalhadores, é a escola-função, a escola do currículo integrado. No Larga Escala, essa busca foi traduzida na defesa da integração ensino-serviço e em níveis crescentes de interdisciplinaridade.

O desenvolvimento do PLE apresentou ritmos diferenciados em cada estado. Diversas resistências se impuseram ao projeto, questionando, principalmente, o papel formador das instituições prestadoras de serviço (PIRES-ALVES; PAIVA, 2006). Apesar das dificuldades políticas e financeiras da década de 1990 e da descontinuidade do projeto, o Larga Escala contribuiu para a qualificação dos trabalhadores empregados nos serviços de saúde, principalmente dos atendentes de enfermagem que, em 1976, detinham 35,8% do total de empregos do setor saúde, em 1984, 29,9%, em 1992, 13,8% e em 1999, 5,3%. Esses avanços

[51] Convém lembrar que a noção de antagonismo na teoria do discurso não deve ser confundida como mera oposição. O antagonismo não é só ser contra, mas é condição de possibilidade e de impossibilidade de constituição de uma identidade.

não se fizeram acompanhar de mecanismos de gestão capazes de cessar a inserção de trabalhadores não qualificados no sistema:

> Entretanto, nem a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, nem a atuação e as ações de formação do Larga Escala impediram que os serviços públicos e privados burlassem a lei e se utilizassem de subterfúgios para continuar contratando atendentes de enfermagem. Agrega-se a isso a aprovação da Lei 8967, de 28/12/1994, no governo Itamar Franco, assegurando aos "aos atendentes de enfermagem, admitidos antes da vigência desta Lei, o exercício das atividades elementares da enfermagem", sob a supervisão do enfermeiro, ou seja, autorizando a prática de um trabalhador considerado ilegal pela Lei do Exercício Profissional. Essas são as determinações imediatas para a criação do Profae ao final da década de 1990 (LIMA, 2010, p.356).
>
> (...) alguns estudos começam a indicar que essa extinção estava sendo maquiada por determinados subterfúgios utilizados pelas instituições públicas e privadas de saúde – por exemplo, ao contratar o atendente de enfermagem com outras nomenclaturas: agente operacional de serviços diversos, agente de atividade de saúde, agente de serviços médicos, agente hospitalar ou maqueiro, entre outras. Ou mesmo, fizeram sua transposição funcional para os cargos técnicos, principalmente o de auxiliar de enfermagem, sem certificado de qualificação profissional (idem, p.389).

Com a publicação da nova LDB, em 1996, o arcabouço legal que lhe dava sustentação é revogado, provocando o fim do projeto, ainda que o desafio da profissionalização dos trabalhadores de nível fundamental e médio da saúde se mantivesse. Seu enfrentamento passou a ser uma das metas do Profae, projeto que herda as bases do PLE, porém sob uma nova regulamentação educacional (RAMOS, 2010).

3.1.4 O Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Enfermagem (Profae)

Assim como em grande parte dos países da América Latina, a década de 1990 foi marcada no Brasil pela adesão ao programa de estabilização e às políticas de ajuste preconizadas pelo Banco Mundial e pelo Fundo Monetário Internacional (FMI). O ideário neoliberal, disseminado em diversos documentos desde o Consenso de Washington, recomendava amplas reformas institucionais, abertura da economia, desregulação do mercado de trabalho e enxugamento do Estado. A difusão de uma nova linguagem de políticas (BALL, 2001) acompanha as transformações do mundo do trabalho, com efeitos na subjetivação dos trabalhadores: termos como flexibilização, empregabilidade. competitividade, empreendedorismo e produtividade passam a fazer parte do *New Public Management.*

No campo da saúde, apesar da conquista formal inscrita na Constituição, a implementação do sistema público, gratuito e universal esbarrava na disputa pela significação das reformas, que avançavam na forma de políticas focalizadas em programas compensatórios e na segmentação do sistema por meio do apoio às instituições privadas. A hegemonia da lógica neoliberal no período dos governos Collor/Itamar e FHC trouxe vários revezes à estruturação

do SUS. De um lado, o programa liberalizante é ampliado com a difusão de um novo tipo de privatização dos serviços, por meio da expansão de um setor público não-estatal. As Organizações Não-Governamentais (ONGs) passam a substituir o Estado na prestação de cuidados de saúde. De outro, as restrições orçamentárias ao gasto social desidratam a base fiscal da seguridade. A própria aprovação das Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8080/90 e Lei 8142/90) só se deu depois de muito embate. Para Carvalho (2001, p.437), "não se podia pensar que seria fácil regulamentar os avanços". O Congresso Nacional ainda era o mesmo da Assembleia Constituinte (LIMA, 2010), e uma ampla articulação de demandas entre a esquerda progressista e a direita conservadora possibilitou que a saúde ficasse como uma questão suprapartidária. No entanto, tão logo as regulamentações foram aprovadas, seguiram-se os vetos presidenciais, a publicação da Norma Operacional Básica nº 1 (NOB-91) e de uma série de Portarias do INAMPS (que não poderia normatizar sobre o SUS), dispositivos francamente contrários ao texto constitucional e às Leis aprovadas no Congresso (CARVALHO, 2001, p.438). Assim como outros textos políticos, as Leis Orgânicas do SUS também são passíveis de interpretação e colocadas em disputa.

O desfinanciamento progressivo da saúde e as dificuldades políticas com o processo de descentralização tiveram graves consequências para a consolidação do SUS. O quadro de recessão e crise econômica impacta diretamente os serviços e a defesa mais ampla do projeto da Reforma Sanitária é deslocada para demandas corporativas de luta por melhores salários. As relações público-privado no interior do SUS são reconfiguradas. Com a crise dos hospitais públicos, ocorre o deslocamento em favor da contratação de hospitais filantrópicos e de instituições sem fins lucrativos, assim como de fortalecimento da saúde suplementar por meio dos planos e seguros privados de saúde. Apesar de terem sido barradas, as propostas do Banco Mundial para a flexibilização do SUS na primeira metade dos anos 1990 representam, de forma bastante contundente, as pressões e disputas em torno do modelo de atenção.

A descentralização, bandeira de luta do movimento sanitário, que visava aproximar da população o poder de decisão sobre as ações e prioridades em saúde e efetivar o controle social do sistema, foi hegemonizada pela mesma lógica privatizante da compra de serviços médicos pelo SUS, negociada agora no nível municipal. Por outro lado, os repasses financeiros do MS aos estados e municípios não representaram o aumento da autonomia destes em relação à União, uma vez que foram condicionados à execução de programas federais, num claro movimento de desconcentração e recentralização (LIMA, 2010, p.342).

A defesa da reforma de Estado visava a substituição do modelo da administração pública burocrática, dita rígida e ineficiente, pelo modelo da administração pública gerencial,

considerado moderno e flexível. Buscou-se então a inovação dos instrumentos de política social com a criação da figura jurídica das organizações sociais que, sob o argumento de aumentar a abrangência e a qualidade da oferta das ações, poderiam ser tanto entidades públicas como privadas.

Ainda que não tenha promovido as reformas constitucionais esperadas, a reforma administrativa do Estado na área da saúde expressou-se pela introdução de mecanismos de avaliação de desempenho, pela criação de agências reguladoras autônomas (Agência Nacional de Saúde Suplementar, Agência Nacional de Vigilância Sanitária), de organizações sociais e da publicização (criação de novas formas de articulação público-privado no setor saúde, como as OS, a privatização e a terceirização).

Considerando que o prazo de dez anos estipulado pela Lei 7498/86 para que apenas enfermeiros, técnicos e auxiliares exercessem a enfermagem estava longe de ser cumprido, o MS realizou um levantamento das informações da Relação Anual de Informações Sociais (Rais) e do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e estimou em 225 mil os trabalhadores sem qualificação profissional que exerciam atividades similares à dos atendentes de enfermagem nos serviços públicos ou privados.

Instituído em outubro de 1999, o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (Profae) resultou de articulações entre os Ministérios da Saúde (MS), Ministério da Educação (MEC) e Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), visando a profissionalização de um expressivo contingente[52] de atendentes e auxiliares de enfermagem por meio da oferta de três modalidade de cursos: de qualificação profissional de auxiliar de enfermagem, para os trabalhadores que já haviam concluído o ensino fundamental; a complementação do ensino fundamental, para trabalhadores que não o concluíram (pré-requisito para a formação do auxiliar); e o curso técnico de enfermagem, para os trabalhadores que já possuíssem o certificado de conclusão do ensino médio e o certificado de conclusão de auxiliar de enfermagem.

Dos 225 mil trabalhadores sem qualificação formal, estimou-se que mais de 40% (cerca de 105 mil) não possuíam o ensino fundamental completo (LIMA, 2010). A complementação

---

[52] Embora inicialmente o projeto tivesse como objetivo principal a oferta de oportunidades de requalificação de atendentes em auxiliares de enfermagem, o projeto acolheu a demanda de requalificação de auxiliares em técnicos, respondendo às pressões dos sindicatos, da ABEn e do Cofen, bem como das instituições públicas e privadas de saúde que, diante das transformações tecnológicas do trabalho em saúde, demandavam profissionais com escolaridade mais elevada. Assim o programa estipulou a meta de atingir cerca de 225 mil auxiliares e 90 mil técnicos de enfermagem (LIMA, 2010; CÊA, REIS & CONTERNO, 2007).

de escolaridade foi realizada mediante cursos e exames supletivos em convênios estabelecidos com as secretarias estaduais de educação, apoiando-se no Parecer 11/2000, que incluiu estas demandas nas diretrizes da política de Educação de Jovens e Adultos (RAMOS, 2010, p.50).

Diferentemente do PLE, que apresentou dificuldades operacionais devido à escassez de recursos, o Profae contou com vultuoso empréstimo internacional para viabilizar o alcance de suas metas. De acordo com Cêa, Reis & Conterno,

> Internacionalmente, o Ministério da Saúde (MS) articulou-se com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), para a viabilização de cooperação financeira, e com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), para o estabelecimento de cooperação técnica. Para a execução do Profae foram previstos recursos da ordem de US$ 370 milhões, sendo US$ 185 milhões oriundos de um empréstimo junto ao BID e US$ 185 milhões financiados com recursos do Tesouro Nacional. Destes, US$ 130 milhões se originam do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) e o restante, do MS (CÊA, REIS & CONTERNO, 2007, p.140).

Estruturalmente o projeto se organizou em dois componentes: o componente I, voltado para as ações de qualificação de auxiliares e atendentes de enfermagem, complementação da formação de auxiliares e técnicos de enfermagem e complementação do ensino fundamental de atendentes de enfermagem. O componente II, de suporte às atividades formativas, destinou-se ao desenvolvimento da formação de docentes e recursos humanos, à instituição do sistema de certificação de competências, à modernização de instituições (escolas e centros formadores) e levantamento de informações sobre o mercado de trabalho. Em sintonia com as reformas do Estado realizadas no período do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) e com o modelo de administração pública gerencial, o Profae pode ser considerado um modelo bem-sucedido da organização da *competição administrada* no interior do MS:

> Sua arquitetura de operacionalização envolveu uma complexa rede de instituições públicas e privadas organizadas como agências regionais, operadoras e executoras da formação profissional em todo o território nacional, na sua maioria privadas, por meio de processos licitatórios, critérios de elegibilidade das instituições e avaliação das propostas pedagógicas segundo pré-requisitos estabelecidos, entre outros aspectos (...) O Profae foi organizado de forma a passar de um sistema de financiamento baseado na oferta de serviços educacionais a outro baseado na demanda de serviços – isto é, a formação profissional dos auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem não seria executada pelas escolas técnicas do SUS (ETSUS), mas segundo o sistema de concorrência entre estas e as escolas privadas (LIMA, 2010, p.392).

Isso não impediu, no entanto, que o subprojeto de "Modernização e Fortalecimento da ETSUS" fosse financiado com recursos do Banco Mundial. A hipótese levantada por LIMA (2010, p.393) é que o órgão visse aí a possibilidade de aumentar a governança das instâncias subnacionais, na perspectiva de "publicização" das ETSUS, ou seja, de transformá-las em entidades públicas não-estatais, dotadas de autonomia política e administrativa. A resistência

dos gestores estaduais e as divergências entre o Conselho Nacional de Saúde e o Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (MARE) coibiram o avanço das propostas de fundações públicas de direito privado e de organizações sociais (OS). Por outro lado, diante das inequívocas dificuldades administrativas encontradas na gestão, principalmente para realizar o pagamento de bolsas aos coordenadores (muitos deles das próprias instituições) e de horas-aula aos docentes, parte das escolas passou a recorrer à triangulação com instituições filantrópicas, não-governamentais e até privadas para captação de recursos (LIMA, 2010, p.393). Essa complementação era justificada com base na própria racionalidade neoliberal de remunerar o aumento da responsabilidade, produtividade e desempenho dos profissionais.

Há, portanto, uma sensível mudança entre a política de educação profissional operada pelo Larga Escala e aquela instituída pelo Profae: enquanto no primeiro projeto havia uma busca pelo financiamento público por meio do "compromisso ou a responsabilidade financeira das secretarias estaduais/municipais de saúde por meio da oferta de educação profissional com as ETSUS" (idem, p.393), no Profae predominaria a lógica de competição entre as instituições. Ou seja, a modernização desejada pelo MARE, em sintonia com a agenda do BM não era a de avançar na estratégia definida pelo Larga Escala, de preservação do "caráter estatal, público e estratégico das ETSUS", tornando-as um investimento de estado e unidades orçamentárias e financeiras (idem, 394).

Esse processo responde a um novo regime de práticas e lógicas sociais que são hegemonizadas no contexto político dos anos 1990, implicando no "desaparecimento gradual da concepção de políticas específicas do Estado Nação nos campos econômico, social e educativo e, concomitantemente, o abarcamento de todos estes campos numa concepção única de políticas para a competitividade econômica" (BALL, 2001).

De acordo com Ramos (2010, p.51), nesse período há um alinhamento das políticas de educação profissional técnica em saúde às políticas educacionais do MEC e às orientações do BID, fenômeno que tem sua expressão mais significativa na apropriação e difusão da pedagogia das competências pelo Profae. Esse alinhamento se traduz na sedimentação e disseminação do discurso das mudanças no mundo do trabalho pelos pesquisadores da área:

> As discussões que permearam toda a proposta do Profae ampararam-se na necessidade urgente de construção de uma política pública de formação profissional em saúde, visto que as transformações ocorridas no mundo do trabalho, nas últimas décadas, implicaram na necessidade imperiosa de qualificação dos trabalhadores para atender às exigências do modelo de processo de trabalho polivalente, integrado, em equipe, com maior flexibilidade e autonomia, caracterizado pela imprevisibilidade das situações. O trabalhador ou o coletivo de trabalhadores são solicitados a escolher/optar todo o tempo, ampliando-se as operações mentais e cognitivas envolvidas.

> O grande desafio é o da organização de um currículo cuja base se alicerce nas competências. Neste sentido, a implementação do Profae teve um importante significado, pois o conceito de competência e a metodologia de ensino-aprendizagem privilegiando a problematização foram tomados como parâmetros da estrutura curricular dos cursos oferecidos no âmbito do Projeto (FERREIRA *et al,* 2007, p.446).

O alinhamento das políticas também se traduz na valorização dos componentes pedagógicos do Profae frente às recomendações dos referenciais curriculares nacionais:

> Os Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico recomendam a utilização de metodologias de ensino que exercitem a aprendizagem voltada para a resolução de problemas. Orienta, ainda, que esses problemas não sejam apenas de natureza técnica-científica, mas também sociais, promovendo uma reflexão sobre o contexto (...) na metodologia da Problematização, a aprendizagem é considerada como uma construção cujo epicentro é o próprio aprendiz, partindo de um problema real, teorizando-se o conhecimento prévio, para em seguida, aplicá-lo à realidade. Tal método permite que o aluno direcione o próprio aprendizado, buscando informações para aperfeiçoar o conhecimento preexistente (COSTA *et al,* 2009, p.523).

A expectativa de formar o *novo trabalhador* para as mudanças ocorridas no mundo do trabalho vai acompanhar as reformas educacionais que se seguem à promulgação da nova LDB (Lei 9394/96). A nova gramática que se difunde é uma tentativa de fixar a significação das relações entre trabalho e educação como decorrência de uma inexorável transformação tecnológica dos sistemas produtivos. Assim, já no Decreto 2208/97, indica-se a necessidade de adequação das diretrizes curriculares às tendências do mundo do trabalho. No Parecer CNE/CEB n.16/99, que trata das diretrizes curriculares nacionais para a educação profissional de nível técnico, a força retórica da hegemonia desse discurso é sustentada em uma lógica fantasmática que aponta as atuais ocupações e profissões técnicas como obsoletas, incapazes de responder às novas exigências:

> As empresas passaram a exigir trabalhadores cada vez mais qualificados. À destreza manual se agregam novas competências relacionadas com a inovação, a criatividade, o trabalho em equipe e a autonomia na tomada de decisões, mediadas por novas tecnologias da informação. A estrutura rígida de ocupações altera-se. Equipamentos e instalações complexas requerem trabalhadores com níveis de educação e qualificação cada vez mais elevados. As mudanças aceleradas no sistema produtivo passam a exigir uma permanente atualização das qualificações e habilitações existentes e a identificação de novos perfis profissionais (Parecer CNE/CEB 16/99, p.4).
>
> As características atuais do setor produtivo tornam cada vez mais tênues as fronteiras entre as práticas profissionais. Um técnico precisa ter competências para transitar com maior desenvoltura e atender as várias demandas de uma área profissional, não se restringindo a uma habilitação vinculada especificamente a um posto de trabalho. Dessa forma, as habilitações profissionais, atualmente pulverizadas, deverão ser reorganizadas por áreas profissionais (idem, p.12)

Consoante com a lógica da competitividade, a avaliação do desempenho das instituições passou a requerer o estabelecimento de parâmetros mensuráveis e de bases curriculares comuns

para a educação básica e, particularmente, para a formação profissional de nível técnico. Esse processo foi acompanhado de um movimento progressivo de centralização curricular, conforme estabelecido no Art.5º da Resolução CNE/CEB 04/99:

> Art. 5º A educação profissional de nível técnico será organizada por áreas profissionais, constantes dos quadros anexos, que incluem as respectivas caracterizações, competências profissionais gerais e cargas horárias mínimas de cada habilitação (BRASIL, 1999b)

No anexo desta Resolução, as competências gerais de cada área profissional, incluindo as da saúde, foram listadas. Estas, seriam complementadas pelas competências específicas de cada subárea:

> Art. 7º Os perfis profissionais de conclusão de qualificação, de habilitação e de especialização profissional de nível técnico serão estabelecidos pela escola, consideradas as competências indicadas no artigo anterior.
>
> § 1º Para subsidiar as escolas na elaboração dos perfis profissionais de conclusão e na organização e planejamento dos cursos, o Ministério da Educação divulgará referenciais curriculares por área profissional (BRASIL, 1999b).

De acordo com o Projeto Memória (LIMA *et al*, 2006, p.92), a participação dos técnicos da área de saúde convidados pelo MEC para a elaboração dos Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico - Área profissional: Saúde (BRASIL, 2000) foi marcada por diferenças em relação ao conceito de competências defendido pelos técnicos do MEC, o que fez com que sua participação fosse descartada e as contribuições fossem substituídas pelo grupo técnico do SENAC, que assume a responsabilidade pela coordenação, sistematização e redação dos referenciais para praticamente todas as 12 subáreas.

Ainda que a operacionalização do Projeto Larga Escala e do Profae tenha apontado diferenças em relação ao modelo de gestão mais adequado às ETSUS, do ponto de vista pedagógico, foram estabelecidas equivalências entre os projetos no antagonismo ao currículo disciplinar. Em entrevista concedida ao Projeto Memória, a enfermeira Izabel do Santos justifica a aproximação entre o currículo integrado e o currículo por competências como "natural", uma vez que ambos seriam organizados por atividades e não por disciplinas:

> Em vez de você organizar por disciplinas, você organiza o conhecimento de outro jeito! Ou grandes eixos integradores, sei lá! Aí você rompe com a disciplina (...) sem saber, já tinha [o] conceito [de competências] na cabeça (...) quinze anos antes eu já tinha visto isso (LIMA *et al*, 2006, p.94).
>
> Sim, a aprendizagem por competências já estava no Larga Escala. Essa é a ideia base do currículo integrado (CASTRO *et al,* 2002, p.83)

É interessante pontuar o tensionamento entre a visão da entrevistada e aquela dos pesquisadores, que afirmam que "para Izabel a ideia de competências está na base do currículo integrado, isto é, o currículo por competências e o currículo integrado *não são contraditórios*"

(LIMA *et al*, 2006, p.93). Tal afirmação, misto de surpresa e de crítica, parte do pressuposto da identidade do currículo integrado com as matrizes histórico-críticas da educação. A pesquisa, conduzida pelo grupo do Observatório de Técnicos em Saúde, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), assume, na introdução do Relatório, seus referenciais marxistas e gramscianos. Não se trata aqui de considerar equivocada tal associação, mas de ponderar, tal como faz Lopes (2008), que o discurso da integração curricular atravessa a história do currículo, não havendo um pertencimento de origem a qualquer proposta pedagógica.

A autora identifica três grandes matrizes do pensamento educacional sobre organização curricular que fazem a defesa do currículo integrado, ainda que o entendimento da integração seja diverso em cada tradição. Na primeira matriz, substituindo os objetivos comportamentais da tradição da eficiência social (Bobbitt, Charters, Tyler), as competências podem ser vistas como princípios integradores do conhecimento (Perrenoud), favorecendo as exigências do mundo produtivo, em um enfoque fortemente instrumental; na segunda matriz, baseada nas disciplinas de referência (Herbart, Bruner, Peters, Hirst e Phenix), a preocupação com a transmissão da lógica do conhecimento científico e com a profundidade disciplinar não impede que sejam pensadas possibilidades de integração via princípios de correlação, compreensão das estruturas disciplinares (capazes de permitir a resolução de problemas), integração de domínios de significados e formas de conhecimento ou ainda pela interdisciplinaridade; na terceira matriz, do currículo centrado nas disciplinas ou matérias escolares (Dewey, Decroly, Kilpatrick, Hernández, Santomé), a integração curricular é pensada a partir das experiências dos alunos, em uma organização que subordina a lógica do conhecimento à organização psicológica do processo ensino-aprendizagem. Considerada dominante nas discussões sobre integração curricular, essa matriz tem como propostas a organização do conhecimento escolar por atividades, temas, projetos de trabalho ou baseada em problemas (LOPES, 2008). São diferentes também os princípios integradores em cada matriz:

> Na organização curricular por competências, a integração se desenvolve no contexto de aplicação de um saber-fazer. Na organização curricular com base nas disciplinas de referência, o princípio integrador é identificado no próprio campo científico: conceitos e princípios da ciência que integram diferentes disciplinas [interdisciplinaridade]. Por sua vez, na organização curricular com base nas disciplinas escolares, os princípios integradores são buscados nas finalidades educacionais que se têm em pauta (LOPES, 2008, p.64).

A perspectiva crítica do pensamento curricular, por sua vez, busca analisar as "relações existentes entre a organização curricular e as estratificações sociais de saberes, pessoas e classes, mediadas por relações de poder" (LOPES, 2008, p.79-80). As propostas de integração nesse enfoque remetem tanto à matriz progressivista de Dewey, valorizando os saberes e

experiências dos alunos e dando centralidade ao significado na aprendizagem (Paulo Freire, Apple, Beane), como aquelas que buscam relacionar os conhecimentos disciplinares sistematizados a partir de princípios integradores como o trabalho, a ciência e a cultura (Saviani, Frigotto, Ramos).

Todavia, a convergência entre as políticas educacionais e as políticas de educação profissional em saúde não pode ser considerada isenta de conflitos. Como já mencionado anteriormente, o desacordo entre os técnicos de ambos os ministérios quanto ao conceito de competências produziu mais uma fronteira antagônica entre um "nós" (da saúde) e um "eles" (da educação).

Desde a concepção da escola-função como a antítese da escola de formação geral até as dificuldades para aprovar seu regimento junto aos Conselhos Estaduais de Educação, essa fronteira antagônica foi marcada como condição de possibilidade e impossibilidade das escolas técnicas: o currículo integrado é aquele que não parte das escolas, mas dos serviços; os professores não são os catedráticos que desconhecem os serviços: são os trabalhadores da saúde; os alunos-trabalhadores não precisam ir à uma escola que não reconheça a sua especificidade: os serviços convertem-se em espaços formativos; os conteúdos não se originam de lógicas disciplinares estanques: são definidos a partir dos problemas e situações cotidianas do trabalho. A negação da escola formal é a condição de possibilidade das escolas de formação técnica em saúde.

A adoção de um sentido ampliado do conceito de competências permitiu a ampliação da cadeia de equivalências em torno discurso das competências e a o fortalecimento de uma identificação no campo da saúde:

> A incorporação da noção de competência na educação profissional em saúde se dá a partir da implementação do Profae. Mas, como o grupo ligado ao Ministério da saúde não acatou o conceito de competência emanado do MEC, foi realizado um grande esforço pela equipe do Profae para reconstruir a noção de competência numa perspectiva contrária à que tem predominado na organização de sistemas de competências profissionais, de corte funcionalista e condutivista, relacionando-a ao desenvolvimento da autonomia dos trabalhadores em saúde para enfrentar a complexidade, heterogeneidade e imprevisibilidade nos processos de trabalho e afastando-se de uma visão tarefeira, operacional ou padronizadora estreita do cuidado (RAMOS, 2006). Ainda, Ramos detecta que, além da competência formal, de caráter técnico científico, os trabalhadores de saúde deveriam desenvolver competência política para integralização da competência humana para o cuidado profissionalizado no SUS (LIMA *et al*, 2006, p.94).

Essa reorientação do conceito de competências se dá "a partir de sua vinculação às noções acumuladas historicamente de currículo integrado, integração ensino-serviço e interdisciplinaridade" (idem, p.96). No entanto, o próprio Relatório do Projeto Memória aponta

mais semelhanças que diferenças entre o conceito veiculado pelo MEC e aquele assumido pelo MS.

De modo distinto do PLE, a proposta de elevação da escolaridade para aqueles trabalhadores que não dispunham do ensino fundamental completo foi custeada pelo projeto, permitindo a incorporar a noção de itinerários formativos e profissionais tal como concebida no Parecer CNE/CEB 16/99 e na Resolução CNE/CEB 04/99.

Entre os resultados mais significativos do Profae está a criação de 11 escolas técnicas, (especialmente nos estados em que não havia instituições com essa finalidade), a reforma de 09 escolas, a modernização de 26 escolas e a capacitação de 13.161 enfermeiros especialistas em educação profissional em saúde (equivalência à licenciatura).

As críticas ao Profae incidiram sobre vários aspectos do projeto, mas principalmente em relação à destinação de recursos para o fortalecimento do sistema privado de ensino. Essa é a crítica de Maria Luiza Jaeger, ex-secretária de gestão do trabalho e da educação em saúde do MS. O artigo de Cêa, Reis e Conterno (2007), por sua vez, procura ir além dos aspectos descritivos e das avaliações de impacto do programa, buscando questionar suas finalidades e estratégias:

> (...) as análises vêm se restringindo a uma abordagem definida e direcionada pelos marcos técnico-operativos do projeto. O que se buscará é compreender o Profae para além de sua manifestação como um projeto voltado para a qualificação de profissionais da área de enfermagem. Serão buscados, a partir de então, elementos pouco explorados na literatura aqui citada, capazes de revelar dimensões do Profae que o articulam com a lógica neoliberal em curso (CÊA; REIS; CONTERNO, 2007, p.142).

Assumindo a crítica do programa, os autores analisam os antecedentes do Profae a fim de sustentar o argumento de que, apesar das muitas medidas visando a interrupção das contratações de pessoal sem qualificação e a profissionalização do contingente já contratado, as formas de contratação precarizada no sistema de saúde não cessaram:

> A partir da vigência da lei nº 7.498/86, as instituições de saúde estavam proibidas de contratar novos atendentes de enfermagem. De acordo com o MS (Oferta, 2001, p. 10), para os atendentes de enfermagem então regularmente empregados, foi dado um prazo de dez anos para que viessem a se qualificar formalmente como auxiliares de enfermagem.
>
> Como forma de enfrentar a situação, medidas efetivas voltadas para a formação dos profissionais da saúde no país foram implementadas pelo Estado brasileiro nas décadas de 1980 e 1990, com destaque para as seguintes: Projeto de Formação em Larga Escala de Pessoal de Saúde, conhecido como Projeto Larga Escala; construção e constituição da RET-SUS; instituição dos Centros de Formação de Recursos Humanos em Saúde (Cefor).
>
> Entretanto, apesar das intenções veiculadas pela lei nº 7.498/86 e desse conjunto de ações no decorrer de quase duas décadas, não se conseguiu oportunizar a profissionalização ao imenso contingente de trabalhadores que, exercendo a função

> de atendentes de enfermagem, continuavam sendo inseridos no mercado de trabalho sem a formação profissional requisitada (CÊA; REIS; CONTERNO, 2007, p.143).

De forma semelhante a outros pesquisadores do campo (MATTOS, 2001a; NORONHA e SOARES, 2001), os autores adotam como metodologia de análise das políticas sociais suas vinculações com as orientações políticas macroeconômicas e as recomendações de organismos internacionais. Associando as opções estratégicas de operacionalização do Programa ao novo gerencialismo, questionam seu impacto sobre o sistema:

> (...) em que medida a finalidade do Profae é, de fato, a melhoria dos serviços de saúde por meio da qualificação dos profissionais do setor de enfermagem, já que os esforços voltados para tal fim convivem, sem conflitos, com a continuidade da contratação indevida de profissionais? O enfrentamento desta questão exige uma compreensão do Profae que extrapole a sua condição de projeto de formação de profissionais da saúde e que busque as determinações de sua condição de política pública implementada segundo os atuais preceitos do Estado capitalista, condizentes com a nova ordem do capital. Pode-se afirmar, ainda, que o desenho operacional do Profae adequa-se aos preceitos da reforma gerencial do Estado brasileiro levada a cabo a partir da década de 1990, uma vez que, segundo aquela perspectiva, a nova configuração do Estado deve fazer uso da "estratégia da competição administrada em quase-mercados, para controlar as atividades sociais financiadas pelo Estado, por intermédio de entidades descentralizadas: as organizações públicas não-estatais" (Pereira, 1998, p. 18). (...) Concordamos que o Profae representa uma efetiva tentativa de enfrentamento da histórica problemática da formação dos trabalhadores da área da enfermagem no Brasil, (...) No entanto, mesmo reconhecendo estes avanços, não se pode desconsiderar que milhares de trabalhadores continuam sendo contratados em condições precárias, como se fazia décadas atrás (CÊA; REIS; CONTERNO, 2007, p.153).

Procurando entender as razões da facilidade com que a pedagogia das competências ocupa o espaço na educação profissional em saúde, Ramos (2010) analisa os depoimentos de atores estratégicos na formulação e execução destas políticas, e conclui:

> Do que podemos perceber, as políticas de educação profissional em saúde se desenvolveram, hegemonicamente, sob a referência da **integração da formação** dos trabalhadores **com a realidade dos serviços**. O principal objetivo aparece, mesmo com diferentes nuances, como a transformação de práticas na perspectiva da atenção integral à saúde. Essa vertente, com suas contradições, orientou a concepção dos currículos integrados e correlacionados, da proposta de currículos baseados em competências e também na educação permanente. Respaldando essa preocupação está a **crítica ao currículo fragmentado em disciplinas**, descontextualizado da realidade social do aluno e desenvolvido por meio de uma prática pedagógica baseada na transmissão de conteúdos (RAMOS, 2010, p.56) (grifos meus).

Nos termos da teoria do discurso de Ernesto Laclau, o currículo disciplinar (conteudista e distanciado da realidade dos serviços) representa a ameaça à qualidade perdida (fantasmática) do currículo em saúde, antagonizando com o discurso em defesa do currículo integrado. Deslocando a centralidade do ensino para a aprendizagem e dos docentes para os alunos, a pedagogia das competências encarnaria então a possibilidade de superar o ensino baseado na transmissão de conteúdos; de integrar o currículo por meio da organização de atividades e

resolução de problemas; de promover a integração ensino-serviço por meio da análise do trabalho e mapeamento das competências que devem orientar o desenho curricular e de introduzir mecanismos de avaliação e certificação de desempenhos. Essa reorientação da organização curricular promove um deslocamento da qualificação para as competências que, no caso da formação de técnicos de saúde, reduz a formação à aquisição de competências que permitem agir no campo profissional.

Na "nova linguagem da aprendizagem" (BIESTA, 2013, p.32) o docente é redefinido como apoiador ou "facilitador" e a educação é descrita como "propiciadora de oportunidades ou experiências de aprendizagem" (idem, ibidem).

Parte destes elementos discursivos serão mantidos na PNEPS, traduzidos como referenciais epistemológicos e pedagógicos.

3.1.5 A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)

Com a chegada do Partido dos Trabalhadores ao governo, em 2003, e a revisão das políticas formativas em desenvolvimento, o discurso da educação permanente sai do estrito âmbito acadêmico e ganha institucionalidade no Ministério da Saúde, com a publicação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

Há certo consenso entre os autores que as políticas de gestão da educação em saúde tomaram novo rumo a partir de 2003. Em estudo que analisa os distintos momentos da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde, desenvolvida a partir de 2003, Dias; Lima e Teixeira (2013) assumem como marco a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Os autores consideram que o processo de formulação de políticas no setor tem sido condicionado pelo caráter tardio da aproximação entre o Ministério da Saúde e da Educação e pelos desafios relacionados ao ordenamento da formação profissional, frente ao modelo de organização da atenção à saúde preconizado no SUS.

É desse período o questionamento da noção de *Recursos Humanos* e a introdução da abordagem da *Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde*, que "retiraria os trabalhadores da condição de 'recursos' para o estatuto de atores sociais das reformas, do trabalho, das lutas pelo direito à saúde e do ordenamento de práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e de atenção à saúde" (CECCIM, 2005a, p.163).

De acordo com Ceccim (idem, ibidem), "um dos entraves à concretização das metas de saúde tem sido a compreensão da gestão da formação como atividade meio, secundária à formulação de políticas de atenção à saúde". A PNEPS se propõe então a aprofundar as

experiências anteriores de reorientação da formação profissional em saúde, como os projetos IDA e UNI de integração docente-assistencial, sugerindo a adoção do "quadrilátero da formação", composto pela articulação entre o ensino/serviços/gestão/participação social. Daí a necessidade de repensar a política formativa como atividade finalística do sistema de saúde, para a qual devem ser destinados recursos específicos e criadas novas instâncias de pactuação. As principais ações que caracterizaram este momento foram sistematizadas por Dias, Lima & Teixeira:

> No que se refere à formação profissional em saúde, as ações da SGTES incluem, dentre outras, a indução de mudanças nas graduações, articuladas pelas universidades e os serviços de saúde, reunidas na política nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Os principais eixos da política são a integração ensino-serviço com ênfase na atenção básica; a integralidade em saúde como eixo reorientador das práticas no processo de formação e qualificação dos profissionais para o SUS; e a reformulação do projeto político-pedagógico dos cursos de graduação baseada nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013, p.1614).

Considerado um dos eixos da reorientação das políticas formativas após a criação da SEGTES e da PNEPS, o discurso da integralidade é afirmado em diferentes trabalhos (ABRAÃO; CASSAL, 2009; CECCIM; CARVALHO, 2011; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; GONZE; SILVA, 2011; GUIZARDI *et al*, 2011; PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2011)

Adotada como um dos princípios doutrinários do SUS, a integralidade foi definida na Lei Orgânica como um "conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema" (BRASIL, 1990). Sua concepção tem sido ampliada nos debates acadêmicos e por força de políticas específicas que lhe dão centralidade, como a PNEPS e a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Indígena, a Política Nacional de Atenção à Saúde da População Negra, entre outras.

A retórica da mudança desejada para a reorganização do sistema envolve cada vez mais o protagonismo da educação profissional. A grande expansão da Rede Federal de Educação Profissional no governo Lula, a entrada no MEC de pessoas ligadas a esse campo e o próprio fortalecimento da Secretaria de Ensino Médio e Tecnológico reforçam esse argumento.

No campo da saúde, para além de uma nova arquitetura institucional de pactuação e gestão das demandas formativas - com a criação dos Pólos de Educação Permanente, das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) e dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) -, a mudança envolve a adoção do princípio da integralidade em saúde como eixo das propostas

curriculares, trazendo para a centralidade do debate acadêmico noções como as de cuidado, vínculo, humanização, itinerários terapêuticos entre outras.

O desenvolvimento de linhas de pesquisa nas universidades também representou uma iniciativa política na luta pela significação dos currículos. Na apresentação de um dos livros da série produzida pelo Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS/UERJ), os autores demarcam as questões que serviram de ponto de partida para a pesquisa:

> Como identificar, na formação em saúde, elementos que possam nos oferecer "inovações político-pedagógicas e de práticas educativas" capazes de ser apreendidas por todas as profissões da saúde no sentido do seu crescimento ético-político-institucional? Que conceitos, noções e campo de conhecimento poderiam ser articulados como solo epistemológico para as interrogações sobre as práticas de ensino orientadas pela integralidade e uso da integralidade como eixo organizativo teórico-metodológico nos planos de ensino, projetos de pesquisa e gestão da intervenção em saúde? Por fim, que afinidades metodológicas e exercícios analíticos permitiriam explorar experiências reais em seu potencial inovador, sem localizar universais de certeza, mas pistas, disparadores ou circuitos de transformação das políticas de ensino na saúde? (PINHEIRO, CECCIM e MATTOS, 2011, p.08).

A intencionalidade que se desenha na perspectiva dos pesquisadores é a de "(...) contribuir com uma *nova gramática* na discussão e compreensão dos processos pedagógicos por sua interface com a integralidade e o trabalho no SUS" (idem, p.9, grifos dos autores).

Mesmo considerando justa a preocupação com a transformação do ensino em saúde e reconhecendo a busca certo distanciamento de "universais de certeza", as perguntas que suscitam o projeto de pesquisa acionam uma pretensão por fundamentos capazes de universalizar as mudanças almejadas. A tentativa de buscar os referenciais que dariam objetividade a essa imagem acaba por apresentar o outro lado da mesma moeda que se busca combater. Embora produzido no contexto de crítica à BNCC, o argumento de Lopes para questionar os anseios normativos da política me parecem oportunos neste debate:

> É concebida uma política que pretende regular o currículo para regular o conhecimento que as pessoas aprendem. Sustentando uma relação de causa e efeito, essa política acaba por tentar regular as possibilidade de ser dos sujeitos, os processos de identificação, sedimentando certas identidades (LOPES, 2017, p.116).

A defesa de uma perspectiva democrática radical, inclusive no campo da saúde, pressupõe o questionamento da prescrição e do monismo na significação:

> Se há expectativa de leitura única de um texto científico ou de um texto normativo, não é porque há um referente, uma estrutura ou uma razão capaz de garantir essa leitura única como sendo a verdadeira, mas porque dadas relações de poder restringem outras possibilidades de leitura (LOPES, 2015, p.133).

As primeiras experiências desencadeadas no sentido de promover a integralidade como eixo da formação foram os projetos de Vivências e Estágios para Estudantes de Graduação na

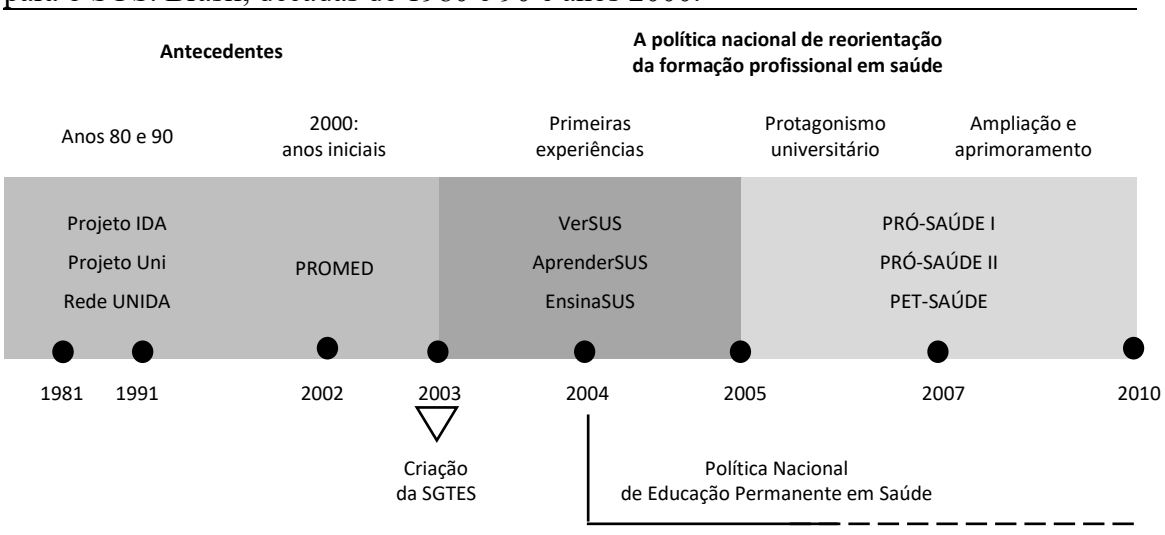
Realidade do SUS (VerSUS), o SUS e os Cursos de Graduação na Área da Saúde (Aprender-SUS) e Pesquisa sobre o Ensino da Integralidade em Saúde (EnsinaSUS):

> Ainda em 2004, foi lançado o AprenderSUS que teve papel relevante no debate em torno da integralidade da atenção à saúde como eixo de mudança da formação profissional. Uma ampla articulação do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) da SGTES com a ENSP e a Rede Unida possibilitou a realização do Curso de Especialização de Ativadores de Mudanças nas Profissões de Saúde, orientado conceitualmente pelo currículo integrado, o construtivismo e as metodologias educacionais ativas e de educação a distância (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013, p.1616).

Essas iniciativas (ver figura 2) envolveram o financiamento de despesas de alimentação, hospedagem e transporte para estudantes de graduação durante o período da vivência em um sistema de saúde municipal ou estadual (VerSUS); a formação de docentes e dirigentes universitários para a ativação dos processos de mudança nas graduações em saúde, a realização de oficinas regionais para análise de estratégias e processos de mudança e apoio à produção de conhecimento (Aprender-SUS e Ensina-SUS).

O deslizamento de sentidos na tradução dos discursos pedagógicos nas políticas de formação em saúde fez com que a defesa da reforma se justificasse na necessidade de formar profissionais críticos, participativos e humanizados, ao mesmo tempo em que ganhava força a ideia de uma pedagogia centrada no aluno, como antítese da formação baseada no ensino e no professor, ecoando o discurso da integração curricular (antidisciplinar) e das metodologias ativas.

Figura 2: Cronologia das principais ações de reorientação da formação profissional em saúde para o SUS. Brasil, décadas de 1980 e 90 e anos 2000.



Fonte: DIAS, LIMA e TEIXEIRA, 2013

Na Revista da RET-SUS de n. 39, de outubro de 2010, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS foi escolhida como matéria de capa. Nas páginas iniciais, introduzindo a temática, a reportagem procura identificar as origens do conceito de educação permanente em saúde por meio de sua contraposição à educação escolar e ao modelo de organização curricular disciplinar:

> Outra impossibilidade na chave da educação permanente é conseguir a aprendizagem organizacional por meio do "modelo escolar", que pressupõe a reunião dos trabalhadores em uma sala de aula, isolando-os do contexto real de trabalho. "A expectativa (e o pressuposto) é que as informações e conhecimentos adquiridos serão incorporados às práticas", expõe Maria Davini, refutando: "A experiência acumulada e as avaliações ao longo de décadas mostraram que a hora de passar da aplicação à prática nunca chega e que o acúmulo de esforços e recursos não alcançam os resultados esperados". Por isso, a educação permanente tem como base a integração do ensino com o serviço (RET-SUS, 2010, p.13).

Numa interpretação de registro discursivo, a escola, representada por meio do "modelo escolar" de aprendizagem, foi tomada como algo a ser combatido, uma vez que carrega consigo a significação de isolamento em relação ao "contexto real do trabalho" e de espaço de desenvolvimento exclusivamente/meramente teórico. Valendo-me da teorização de Glynos e Howarth (2018), entendo que aqui atuam tanto as lógicas políticas de equivalência e diferença como as lógicas fantasmáticas horroríficas e beatíficas. As primeiras, no estabelecimento de um corte antagônico que põe, de um lado, a aprendizagem escolar e o currículo disciplinar, e do outro, a diversificação dos ambientes de aprendizagem e a aprendizagem significativa em currículos integrados. As segundas, envolvendo uma dimensão não racional de fantasia, uma promessa beatífica (a integração ensino-serviço e a mudança das práticas) como alternativa necessária aos espectros do inexorável fracasso da formação disciplinar nas salas de aula.

3.2 **Profaps: herança, demandas, redes políticas**

Idealizado com base nos resultados obtidos pelo Profae, o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps) foi uma iniciativa do Ministério da Saúde voltada à formação profissional de nível médio em saúde. Instituído pela Portaria MS/GM 3189 de dezembro de 2009, que estabeleceu as diretrizes e estratégias de sua implementação, o programa é criado sob a vigência da Resolução CNE/CEB 04/99 e da Resolução CNE/CEB 03/08.

A expansão da formação técnica para diversas categorias profissionais, face mais conhecida e divulgada do programa, não foi a única linha de investimento do Profaps. Conforme se lê no primeiro parágrafo do Artigo 1º, a educação profissional a que se refere a Portaria seria

desenvolvida “por meio de cursos e programas de formação inicial e continuada de trabalhadores, incluídos a capacitação, o aperfeiçoamento, a especialização e a atualização em todos os níveis de escolaridade, e a educação profissional técnica de nível médio desenvolvida, de forma articulada, com o ensino médio” (BRASIL, 2009a).

As áreas estratégicas consideradas prioritárias, seja de formação técnica, seja de formação inicial e continuada, foram definidas na Portaria e explicitadas nos Artigos 3º e 4º:

> Art. 3º As áreas técnicas estratégicas prioritárias para a educação profissional técnica de nível médio na saúde são: Radiologia, Patologia Clínica e Citotécnico, Hemoterapia, Manutenção de Equipamentos, Saúde Bucal, Prótese Dentária, Vigilância em Saúde e Enfermagem.
>
> Art. 4º As áreas estratégicas para o nível de aperfeiçoamento/capacitação são: Saúde do Idoso para as equipes da Estratégia Saúde da Família e equipes de enfermagem das instituições de longa permanência, e a formação dos Agentes Comunitários de Saúde.
>
> Parágrafo único. A formação dos Agentes Comunitários de Saúde obedecerá as disposições da Portaria nº 2.662/GM, de 11 de novembro de 2008 (BRASIL, 2009a).

Para além da oferta de cursos aos trabalhadores, uma série de ações foram desenvolvidas visando a sustentabilidade do programa e das demais políticas voltadas aos trabalhadores de nível médio do SUS. Assim, o recurso destinado ao Profaps também fomentou processos de especialização docente, produção de mapas de competências, diretrizes e orientações curriculares, produção de materiais didáticos e assessorias em áreas específicas.

Ao longo de seu desenvolvimento, o programa investiu cerca de R$ 134 milhões. Os recursos foram transferidos aos estados, municípios e Distrito Federal ao longo de 04 anos (2009-2012). Ainda que as transferências específicas tenham cessado, os estados e municípios seguiram executando recursos do programa até 2018.

3.2.1 O contexto de emergência da política: demandas e articulações

Embora formalizado somente ao final de 2009, as discussões sobre a necessidade de um programa ampliado de formação de profissionais de nível médio da saúde já haviam se iniciado em 2006. Creio ser possível relacionar alguns acontecimentos que entendo terem contribuído para a construção do sentido de urgência e oportunidade do novo programa, e que serão explorados mais detidamente no decorrer desta seção. Admito que este movimento se abre ao risco de leituras baseadas em relações de causalidade. Antes, busco a de-sedimentação de um discurso instituído sobre o programa, ou ainda a reativação das contingências que são apagadas no processo de sua universalização.

Diferentemente do Profae, o Profaps apresenta uma relativa escassez de documentação. Para além dos cadernos de Diretrizes e Orientações para a Formação de Técnicos (BRASIL, 2011a, 2011b, 2011c, 2011d, 2014a), da Portaria que institui suas diretrizes (BRASIL, 2009a) e das que definem os repasses de recursos (BRASIL, 2010b, 2011f, 2012a), não são encontradas outras fontes oficiais do Programa. No entanto, são diversos os textos e documentos que circularam apresentando em seus enunciados a proposta de criação de um novo programa voltado aos trabalhadores de nível médio. As interpretações sobre o seu escopo, metas e características, no entanto, são bastante diversas.

Na Revista da RET-SUS, periódico bimestral que circulou de 2004 a 2016, a primeira menção ao Profaps é feita na edição nº 18, de maio de 2006, durante a 4ª Reunião Geral da RET-SUS, quando o então Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Francisco Campos e a Coordenadora Geral de Ações Técnicas do DGES/SGTES, Ena Galvão, defenderam a extensão dos êxitos obtidos pelo Profae:

> (...) o Profae é considerado uma das maiores e mais bem avaliadas intervenções já financiadas pelo BID. O desafio agora é expandir isso para as outras profissões. "Atendidos os 350 mil do Profae, devemos ter ainda uma dívida de 600 mil a 900 mil trabalhadores técnicos que precisam de formação", disse.
>
> Já anunciando o novo Projeto que o Ministério da Saúde está tentando negociar com o BID, que deverá resultar no Profaps, uma espécie de Profae 2 voltado para outras áreas além da enfermagem (...) (RET-SUS, 2006a, p.4).

Enquanto eram concluídas as últimas turmas do Profae nos estados, as tratativas para um novo programa avançam. Na Revista de nº 20, de jul/ago de 2006, anunciado em matéria de capa, é identificado como herdeiro de programas anteriores: "Do Profae ao Profaps: a experiência da enfermagem estendida para outras áreas da saúde". No editorial, essa herança é apresentada de forma ainda mais explícita:

> Lembra do Profae? Aquele Projeto gigantesco que formou quase 300 mil trabalhadores da área de enfermagem em auxiliares ou técnicos? Pois é possível que ele gere um fruto maior do que ele próprio, bem naquele estilo do discípulo que supera o mestre. É que a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, está tentando negociar um Profae 2, maior e mais amplo, voltado para diversas profissões da área da saúde. Se você ainda não tinha ouvido falar nisso, fique à vontade: nesta Revista você será apresentado ao Profaps (Projeto de Formação Profissional na Área da Saúde), ou ao seu protótipo (RET-SUS, 2006b, p.1).

A matéria de capa está vinculada aos debates do Seminário Internacional de Educação Profissional em Saúde, realizado de 23 a 25 de julho de 2006, em Salvador. Partindo de uma avaliação dos resultados do Profae, os organizadores do seminário esperavam mobilizar os gestores das escolas para discutir as melhores estratégias para o Profaps. Nesse momento, a

proposta de formação se mostrava ainda embrionária, e as incertezas quanto à sua concretização e às melhores formas de operacionalização pairavam sobre o programa:

> Tomando como gancho o Seminário Internacional Educação Profissional em Saúde, que aconteceu em Salvador, no mês de julho, passeamos pelo Profae, identificando seus melhores resultados e seus principais problemas e tentamos fazer aqui, em menor escala, aquilo que era um dos objetivos do evento: discutir, com a participação das ETSUS, os melhores formatos, administrativos, pedagógicos, gerenciais, dentre muitos outros, para o Profaps, se ele de fato se tornar realidade. Aproveite para se inserir nesse debate (RET-SUS, 2006b, p.1).

> Além do balanço das atividades, um dos objetivos principais era ajudar a formatar um projeto maior e mais amplo, voltado para várias outras áreas da saúde além da enfermagem, e que está sendo apelidado de Profaps (RET-SUS, 2006b, p.2).

Convém lembrar que em julho de 2005, ou seja, na metade do primeiro mandato do governo Lula, o comando do Ministério da Saúde passa a ser do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), principal partido da base aliada do governo, com a entrada do Ministro Saraiva Felipe. Na gestão anterior, sob o comando do Partido dos Trabalhadores, o investimento político havia sido na própria criação da SGTES e na elaboração/implementação da PNEPS. Com a mudança, diversos atores sociais que estiveram à frente do PLE e do Profae assumem protagonismo no Ministério da Saúde, sendo incorporados direta ou indiretamente à Coordenação de Ações Técnicas do DEGES/SGTES. A chegada do grupo, representado principalmente por lideranças da categoria da enfermagem, favoreceu a intenção de espelhamento nos projetos anteriores e as tentativas de reproduzir o mesmo modelo gerencial do Profae, com financiamento baseado em empréstimo internacional e inclusão de instituições privadas como executoras. Essas tratativas são descritas na mesma reportagem:

> Por enquanto, o Profaps, Projeto de Formação na Área Profissional de Saúde, é apenas um desejo. A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, elaborou uma carta-consulta para o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), que emprestou ao Brasil metade do dinheiro utilizado no Profae. A segunda fase é apresentar a proposta à Comissão de Financiamentos Externos (Cofiex), um órgão colegiado que integra a estrutura do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e autoriza o pedido de empréstimos internacionais. Quando tiver carta branca, o Ministério da Saúde, junto com uma missão do BID, vai elaborar o projeto final, que deverá ainda ser aprovado no Senado. A expectativa é que o projeto possa começar a ser executado já no ano que vem (RET-SUS, 2006b, p.2).

Após um hiato de aproximadamente um ano, o programa é novamente mencionado na Revista da RET-SUS de nº 33, de nov/dez de 2007. No editorial, o Profaps é referido como uma das ações previstas no PAC da Saúde - "Mais Saúde":

> Ainda nesta seção, saiba tudo sobre o lançamento do Programa de Aceleração do Crescimento da Saúde (PAC da Saúde), que aconteceu no início de dezembro. Estruturado em quatro pilares estratégicos: promoção e atenção à saúde: a família no centro da mudança; ampliação do acesso com qualidade; gestão, trabalho e controle

> social; e desenvolvimento e inovação em saúde, o PAC terá um investimento de R$ 88,6 bilhões. Para a Gestão do Trabalho e Educação na Saúde estão destinados R$ 12 bilhões e a qualificação dos técnicos do SUS será realizada por meio do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps) (RET-SUS, 2007, p.1).

De acordo com a matéria, na cerimônia de lançamento do PAC-Saúde, a qualificação dos técnicos foi recebida com grande expectativa, vinculando-a à desprecarização e à carreira SUS:

> A qualificação dos técnicos do SUS será realizada por meio do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps), que incluirá os técnicos de radiologia, patologia clínica e citotécnico, hemoterapia, manutenção de equipamentos, higiene dental, prótese dentária, enfermagem, vigilância em saúde, auxiliar de consultório dentário e agente comunitário de saúde (formação inicial) e cuidadores de idosos. (...) Para Helvécio Magalhães Júnior, presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), colocar a gestão e o trabalho em saúde como um dos pilares do novo projeto mostra que essas são áreas prioritárias para o SUS. (...) Além disso, o projeto também prevê a qualificação de 260 mil técnicos da saúde, o que vai suprir uma lacuna importante, já que se deu muita ênfase à formação dos ACS", afirmou. Na opinião de Helvécio, que assinou junto com Osmar Terra, presidente do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), o Protocolo de Desprecarização da Saúde, esse é outro ponto fundamental do PAC. Segundo Osmar Terra, o PAC da Saúde tem propostas bem adequadas ao trabalho na saúde. "O único ponto que faltou e deve ser discutido em breve é a carreira SUS. É preciso garantir que nossos profissionais tenham dedicação exclusiva ao Sistema", defendeu (RET-SUS, 2007, p.4).

A "herança" do Profae também se manifestou nas tentativas de reproduzir a estrutura de sustentabilidade da formação desse Projeto[53]. Na matéria de capa da revista nº 38, de setembro de 2010, essa perspectiva aparece como horizonte:

> O Programa chegou a uma nova fase a partir da 'Oficina de Trabalho – Diretrizes e Estratégias de Implantação de Cursos nas Escolas Técnicas do SUS/ Profaps', realizada em Brasília entre 24 e 26 de agosto, cujo objetivo foi abordar as bases e referenciais de funcionamento das ETSUS. A ideia é que, assim como o Profae, o Profaps tenha um componente não só formativo, mas também de fortalecimento das Escolas e da RET-SUS, através da realização de diagnósticos que possibilitem a proposição de estratégias para a superação de problemas. "O grande desafio é nos prepararmos para ofertar os cursos em quantidade e com qualidade, respeitando a legislação educacional e a ordenação de RH. Este é o ponto que nós tentamos focar nesta primeira Oficina, que abordou a gestão da escola, a partir da visão dos próprios profissionais das ETSUS", avaliou Clarice, durante o evento (RET-SUS, 2010a, p.14).

Em entrevista à Revista da RET-SUS nº 41, de jan-fev de 2011, ex-coordenadora de ações técnicas do DEGES/SGTES no período das negociações, relembra a concepção inicial do Programa, dando a entender que as expectativas foram frustradas:

---

[53] O Profae estava estruturado em dois componentes: o Componente I, voltado à profissionalização e escolarização dos trabalhadores de enfermagem, e o Componente II, que envolveu quatro subcomponentes - a formação docente; o sistema de certificação de competências; o Sistema de Acompanhamento de Sinais do Mercado de Trabalho em Saúde - SAMETS e a modernização e fortalecimento das Escolas Técnicas do SUS.

> E na conta que, no início, o Profaps foi pensado em duas etapas: a primeira com cinco anos e a segunda com três. Na primeira, havia a estimativa de formar 745 mil trabalhadores em todas as áreas, com base em dados da Organização Mundial da Saúde e do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged). Segundo Ena Galvão, assim como no Profae, nos primórdios, o Profaps tinha dois componentes, que incluiriam a profissionalização do trabalhador (com dois subcomponentes: formação e especialização) e o fortalecimento das instâncias reguladoras e formadoras (que abrangeria quatro subcomponentes: formação docente, ETSUS, estudos e pesquisas e certificação profissional). "Gostaria de ver investimento em modernização e inovação tecnológica, para começar, junto com o Telessaúde, e pensar em educação à distância como um processo de educação permanente seja para técnicos, seja para docentes ou para tutores", afirma a ex-coordenadora (RET-SUS, 2011a, p.15).

Ainda de acordo com a matéria da Revista da RET-SUS de 2006, as demandas de formação que integraram a proposta foram negociadas junto aos órgãos diretamente ligados às políticas de atenção à saúde, como a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

> Na carta-consulta enviada ao BID, a SGTES mencionou a necessidade de formação de cerca de 700 mil trabalhadores, nas seguintes áreas de formação: técnico em vigilância (englobando sanitária, ambiental e epidemiológica), técnico em higiene dental, técnico em biodiagnóstico, técnico em radiologia, técnico em manutenção de equipamentos, técnico em prótese dentária, técnico em agente comunitário de saúde complementação para técnico de enfermagem, especialização pós-técnica em diálise e especialização pós-técnica em cuidador de idoso. Para chegar a essa relação, a SGTES se reuniu com a Secretaria de Atenção à Saúde, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e a Anvisa para ouvir as demandas. Segundo Leda Zorayde, consultora da SGTES/MS, o curso de cuidador de idosos, por exemplo, foi uma demanda identificada pela SAS e pela SVS; já o de diálise foi uma sugestão da Anvisa. Uma indicação de que as áreas selecionadas são mesmo importantes para o SUS é, segundo ela, o fato de muitas delas se encaixarem perfeitamente nas políticas apontadas como prioritárias no Pacto de Gestão nacional (RET-SUS, 2006b, p.2).

No período de negociação das demandas, dois conflitos se anunciaram: o primeiro, não necessariamente restrito ao programa, diz respeito ao desacordo entre gestores municipais e MS quanto à formação técnica dos ACS. Até este momento (2006), havia uma compreensão por parte do Ministério da Saúde de que a oferta do curso técnico de agente comunitários de saúde era também considerada estratégica para o SUS. Os referenciais curriculares para o curso técnico haviam sido publicados em 2004, ainda na gestão do MS sob condução do Partido dos Trabalhadores. No documento das diretrizes, a organização curricular incluiu três etapas, seguindo um itinerário formativo[54] de modo a permitir a complementação de escolaridade de

[54] A noção de itinerários formativos está ligada ao discurso da flexibilização e individualização do percurso formativo. Na legislação da educação profissional, já é enunciada no Parecer CNE/CEB 16/99, alegando atender as necessidades dos trabalhadores com "mais flexibilidade na escolha de seu itinerário de educação profissional, não ficando preso à rigidez de uma habilitação profissional vinculada a um ensino médio de três ou quatro anos, quanto para as instituições de ensino técnico que podem, permanentemente, com maior versatilidade, rever e atualizar os seus currículos" (BRASIL, 1999a). Na atual reforma do ensino médio, a proposta de organização dos currículos especifica/designa itinerários formativos por áreas (linguagens e suas tecnologias; matemática e suas tecnologias; ciências da natureza e suas tecnologias; ciências humanas e sociais aplicadas; formação técnica e profissional), o que acaba por restringir as possibilidades de integração

nível fundamental e médio no decorrer da formação. No entanto, as negociações posteriores, envolvendo gestores estaduais e municipais de saúde, produziram uma rearticulação das demandas, e o Ministério da Saúde passou a financiar apenas a formação inicial dos ACS (400h). O segundo, no âmbito interno do governo, se refere à intenção de acessar novo empréstimo junto ao Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD). Como é possível recuperar na dissertação de Durães (2013), este ponto foi motivo de divergência entre a Coordenação Geral de Ações Técnicas do Ministério da Saúde e o Ministério do Planejamento. A intenção de reprisar o modelo de financiamento do Profae, dirigindo seus esforços na elaboração de uma Carta Consulta com vistas a um novo empréstimo, foi recusada. Diferentemente do Profae, o financiamento do Profaps foi, em sua totalidade, oriundo do orçamento próprio do Ministério da Saúde (captado junto ao Tesouro Nacional - Fundo Nacional de Saúde):

> Esta Carta Consulta tinha como objetivo buscar financiamento externo para a formação destes trabalhadores. Diante da negativa do Ministério do Planejamento em firmar um contrato de empréstimo com o BID, por entender que esta formação poderia ser executada com recursos próprios do orçamento do Ministério da Saúde, a SGTES retomou a discussão da necessidade de implementar um programa que contemplasse a formação destes trabalhadores que estavam atuando nos diversos serviços de saúde, sem a qualificação específica (DURÃES, 2013, p.61).

O desacordo entre os ministérios expressava visões distintas sobre o endividamento público e as disputas internas que caracterizaram o presidencialismo de coalização do segundo governo Lula. Os desentendimentos também se manifestaram na destituição, pelo MS, da designação da EPSJV/Fiocruz como Secretaria Técnica da RET-SUS e na descontinuidade da Revista da RET-SUS (em meados de 2008) até então editada nesta escola.

Na retomada da publicação, na edição n.38 da Revista da RET-SUS, de setembro de 2010 - portanto já com o Programa em andamento e nova equipe na Coordenação Geral de Ações Técnicas - a definição das áreas priorizadas aparece como resultado do acolhimento das demandas identificadas pelos gestores, atores estratégicos na formulação da política:

> A definição das áreas integrantes do Profaps é resultado de um longo processo de discussões nas instâncias de pactuação do SUS. De acordo com Clarice Ferraz [Coordenadora Geral de Ações Técnicas], essa escolha foi baseada em demandas identificadas pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), pelo CONASS e pelo grupo de Recursos Humanos da Comissão Intergestores Tripartite (CIT): "Os gestores indicaram as áreas em que há maior dificuldade para contratação de pessoal, levando em consideração os pontos de estrangulamento das suas redes e a carência de trabalhadores qualificados face à escassez de formação e às inovações tecnológicas, assim como à própria expansão dos serviços". A partir daí, houve ainda outra seleção, mais refinada, que determinou que

curricular, constituindo uma tentativa de “controlar o futuro dos jovens estudantes por meio de metas fixadas a priori” (LOPES, 2019, p.59).

> fossem produzidos para quatro dos nove cursos técnicos – Radiologia, Citologia, Hemoterapia e Vigilância em Saúde – mapas de competências e marcos curriculares, necessários à ordenação da formação país afora. "O processo é gradual, porque não temos condições de fazer isso ao mesmo tempo para todas as áreas que estão colocadas no Profaps. Esse ano, por necessidade dos gestores, nós focamos nos quatro cursos", explica Clarice (RET-SUS, 2010a, p.12).

A prioridade atribuída a estas áreas foi justificada pelos incentivos anteriores concedidos para o fortalecimento da Atenção Básica e pela necessidade de fortalecer os serviços de diagnóstico no SUS:

> Para a coordenadora-geral, os cursos vinculados à atenção básica, como Enfermagem, Saúde Bucal e formação do ACS, já estão organizados, devido a uma necessidade anterior ao Profaps, que foi a implementação do ESF [Estratégia de Saúde da Família], ao passo que no nível secundário, em que se supõe um maior grau de especialização, essa questão precisa ser aprimorada, como no caso da Radiologia, Citologia e Hemoterapia, consideradas áreas importantes na melhoria da qualidade dos diagnósticos de saúde. A Vigilância em Saúde, em contrapartida, guarda uma distinção em relação aos demais cursos, pois dá suporte a todos os níveis de atenção, sendo ainda frágil frente a contextos regionais, especialmente no combate a endemias (RET-SUS, 2010a, p.12).

A variabilidade na definição das metas do programa parece ter se relacionado diretamente com o modelo de gestão e de financiamento proposto: enquanto se manteve no horizonte da aprovação da Carta-Acordo com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), apresentou-se mais ousada, estimando a capacitação de mais de 700.000 trabalhadores. Na medida em que o Programa avança nas negociações e é incluído como ação no plano Mais Saúde – Direito de Todos[55] (BRASIL, 2010a), essa meta é reconfigurada para um universo de 260.000 trabalhadores capacitados no quadriênio 2008-2011. No Plano Plurianual da SGTES para o quadriênio 2012-2015, as metas foram novamente reajustadas, prevendo a qualificação de 380.000 trabalhadores (DURÃES, 2013, p.62).

3.2.2 Financiamento e ações de fortalecimento das ETSUS

A despeito da oscilação das metas e da diferença entre as ações de cada programa[56], os recursos empenhados no Profaps foram significativamente inferiores àqueles desembolsados no Profae. Enquanto este contou com uma dotação orçamentária de U$ 370 milhões, o Profaps,

---

[55] Plano estratégico lançado pelo Ministério da Saúde em dezembro de 2007, que reuniu as prioridades da gestão e estabeleceu metas, ações e investimentos para o quadriênio 2008 – 2011. Inserido como uma das medidas do Eixo 4: Força de Trabalho em Saúde, o Profaps teve uma previsão orçamentária inicial (2007) de R$ 625.548.558,00, atualizado em 2010 para R$ 390.000.000,00.

[56] Entre outras ações, o Profae, de forma concomitante à formação profissional, promoveu a elevação de escolaridade de milhares de atendentes e de auxiliares de enfermagem e a formação pedagógica de enfermeiros.

ao longo do período de quatro anos (2009-2012) repassou aos estados e municípios cerca de R$ 134 milhões, um volume praticamente dez vezes menor que do projeto anterior.

O financiamento da implementação do Programa se deu via Bloco de Gestão do SUS, instituído pelo Pacto pela Saúde de 2006[57], sendo os repasses realizados por meio de transferências fundo a fundo.

A alocação de recursos aos estados e municípios seguiu três conjuntos de critérios, baseados na valorização das políticas de fortalecimento do SUS: o primeiro, referente à adesão, por parte dos estados, às políticas setoriais de saúde que propõem a alteração do desenho tecno-assistencial em saúde (cobertura de equipes de Saúde da Família, de equipes de Saúde Bucal e de Centros de Atenção Psicosocial – CAPs); o segundo, relativo à população total do estado e do quantitativo de profissionais de saúde que presta serviços para o Sistema Único de Saúde; e o terceiro, buscou dar conta das iniquidades regionais, considerando indicadores de qualidade de vida (IDH-M) e de concentração de instituições com cursos de saúde (BRASIL, 2009a, Anexo I).

Os recursos disponibilizados aos estados, municípios e distrito federal foram publicados para viabilizar a pactuação nas CIBs sobre o fluxo do financiamento dentro das respectivas esferas de governo. Uma particularidade da Portaria diz respeito à possibilidade aberta para que parte das ações previstas no Profaps – a formação técnica de nível médio nas áreas definidas como prioritárias - fosse pactuada considerando os recursos referentes à Política de Educação Permanente em Saúde.

Tabela 1 - Recursos transferidos aos estados, municípios e Distrito Federal para execução do Profaps

Ano	Recurso transferido aos estados e municípios	Instrumento Normativo
2009	R$ 5.000.000,00	Portaria MS/GM 3189/09
2010	R$ 60.000.000,00	Portaria MS/GM 1626/10
2011	R$ 65.000.000,00	Portaria MS/GM 1307/11
2012	R$ 6.056.000,00	Portaria MS/GM 2010/12
TOTAL	R$ 134.056.000,00	

Fonte: MS (www.saude.gov.br)

Ainda que os repasses financeiros específicos do Profaps tenham cessado em 2012, o Programa seguiu em desenvolvimento até 2016, uma vez que os estados e municípios

[57] O Pacto de Gestão foi um dos três pactos (pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão) firmados entre os gestores do SUS em 2006. Definiu novas diretrizes para a descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação, regulação, participação e controle social e gestão do trabalho e da educação em saúde. Entre outras normativas, promoveu a integração das várias formas de repasse de recursos aos estados e municípios, reorganizando-os em cinco blocos de financiamento (bloco da Atenção Básica, da Atenção de Média e Alta Complexidade, de Vigilância em Saúde, de Assistência Farmacêutica e de Gestão do SUS).

continuaram a executar os recursos recebidos e que parte das ações previstas também foram financiadas com recursos da PNEPS, onerando a funcional programática "Formação de profissionais técnicos de saúde e fortalecimento das escolas técnicas e centros formadores do SUS":

Tabela 2 - Recursos transferidos aos estados, municípios e Distrito Federal para execução da PNEPS – Educação Profissional, de 2009 a 2011:

Ano	Recurso transferido aos estados e municípios	Instrumento Normativo
2009	R$ 50.000.000,00	Portaria MS/GM 2953/09
2010	R$ 30.000.000,00	Portaria MS/GM 4033/10
2011	R$ 50.000.000,00	Portaria MS/GM 2200/11
TOTAL	R$ 130.000.000,00	

Fonte: MS (www.saude.gov.br)

O conjunto de ações de suporte ao Profaps, no entanto, se mostraria mais modesto. Mesmo o fortalecimento das ETSUS pode ser considerado tímido, se comparado com os investimentos do Profae.

A dificuldade na gestão dos recursos transferidos aos estados resultou na baixa execução orçamentária, situação abordada na Nota Técnica n. 39 do CONASS, de outubro de 2012: a Nota trata da proposta do MS de remanejamento de recursos financeiros ainda não executados, para aplicação em ações no âmbito da PNEPS e do Profaps. Chama a atenção que, segundo o levantamento realizado pela SGTES, dos recursos descentralizados pelas Portarias de Educação Permanente em Saúde aos estados e municípios nos anos de 2009, 2010 e 2011 (tabela 2), somente 19,14% haviam sido executados. No caso dos recursos referentes às Portarias GM/MS 1626/2010 e 1.307/2011, o CONASS propôs que fossem remanejados para outras ações custeadas por meio da funcional programática "Formação de Profissionais Técnicos e Fortalecimento das Escolas Técnicas/Centros Formadores do SUS", a saber:

> I – ações de Educação como capacitação, pós-técnico, aperfeiçoamento e qualificação atendendo prioritariamente as metas estabelecidas nos termos do anexo I desta portaria para implementação das Redes de Atenção à Saúde;
>
> II – ações referentes ao Programa de Formação de Profissionais de nível médio para a saúde - Profaps;
>
> III - apoio técnico para elaboração de projetos e planos de cursos para as Escolas Técnicas e de Saúde Pública:
>
> IV- apoio à função pedagógica, por exemplo, tutoria e facilitadores da educação permanente, entre outros (CONASS, 2012).

Ainda segundo a NT (CONASS, 2012), "os recursos de custeio poderão ainda ser utilizados também para reforma da estrutura física das Escolas de Saúde Pública e das Escolas Técnicas do SUS, bem como das unidades de saúde que realizam atividades educativas e para isso".

Durães (2013) destaca dois aspectos das diretrizes instituídas por meio da Portaria MS/GM 3189/09 que permitem afirmar que "o Profaps tem apontado caminhos para a consolidação de uma Política de Educação Profissional Técnica de Nível Médio no SUS" (p.73): a centralidade conferida às instituições públicas de educação profissional em saúde, traduzida nos investimentos para fortalecer as Escolas Técnicas e Centros Formadores; e a institucionalização do Profaps como parte integrante da gestão do SUS, quando define que os recursos financeiros para a execução dos cursos serão repassados pelo Governo Federal na modalidade fundo a fundo" (p.62).

> Art. 5º Terão prioridade na formulação e execução técnica pedagógica dos cursos do Profaps as ETSUS, as ESP e os Centros Formadores vinculados aos gestores estaduais e municipais de saúde, como componente para seu fortalecimento institucional e pedagógico. (BRASIL, 2009a).

Esse é um diferencial importante em relação à experiência anterior: se, por um lado, o Profaps não dispôs de um investimento comparável ao Profae, o que reduziu o alcance e a diversidade de suas metas, por outro, apostou integralmente na rede instituída, dando, na prática, exclusividade às ETSUS na execução do programa. É importante lembrar que o Profaps foi formulado sob a vigência da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e, dessa forma, a própria operacionalização do programa necessitou ser repensada à luz da regionalização dos mecanismos de pactuação de demandas e de organização de turmas, deixando de regular-se por dispositivos típicos de programação centralizada, como o estabelecimento normativo de metas ou a abertura de processos licitatórios para contratação de agências executoras. A articulação do programa com a PNEPS, assegurada no Artigo 2º, reforça ainda mais esse argumento, condicionando a aprovação dos projetos e demandas formativas à pactuação nas instâncias colegiadas do SUS:

> Art. 2º A proposição das ações de formação profissional técnica de nível médio em áreas estratégicas para a saúde será conduzida pelos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES).
>
> § 1º Os Colegiados de Gestão Regional, considerando as especificidades locais, as necessidades de formação técnica de nível médio identificadas na região de saúde observadas no Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde definirão os cursos de formação profissional técnica de nível médio, contemplando as prioridades constantes na medida 4.5 do Programa MAIS SAÚDE: Direito de Todos, instituído pelo Governo Federal por meio do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a).

Buscando o fortalecimento das ETSUS, Escolas de Saúde Pública e Centros Formadores, a Portaria, mais do que a prioridade na formulação e execução técnico-pedagógica dos cursos, conferiu um papel político de negociação às ETSUS, prevendo sua interlocução com os Colegiados de Gestão Regional (CGR), Comissões de Integração Ensino-Serviço

(CIES) e com a própria Comissão Intergestores Bipartite (CIB), antes de os projetos serem encaminhados à SGTES/MS para aprovação e liberação dos recursos. Na reportagem da Revista da RET-SUS nº38, de setembro de 2010, a proposta do "quadrilátero da formação" – integração ensino-serviço-gestão-controle social – defendida no âmbito da PNEPS, reverbera na ampliação das atribuições e responsabilidades das escolas:

> Para a coordenadora-geral de Ações Técnicas do Departamento de Gestão da Educação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Deges/SGTES/MS), Clarice Ferraz, está explícito o incentivo do MS para que as ETSUS sejam protagonistas no Profaps. "São escolas públicas, que estão na estrutura dos serviços de saúde. Como tal, elas têm o papel de articular a política de educação em saúde, na medida em que são instrumentos de gestão para os secretários estaduais e municipais. Investimos para que as Escolas tenham condições de fazer as articulações necessárias, atendendo às demandas de formação loco-regionais", afirma (RET-SUS, 2010, p.11).

Esse processo de articulação teria por objetivo co-responsabilizar estados e municípios não apenas na definição das necessidades e prioridades de formação, mas na identificação dos campos de estágio e de prática profissional, no apoio aos alunos/trabalhadores (transporte, dispensa do serviço etc), na organização e gestão da rede de diagnóstico e assistência, e também (ainda que não explicitamente), na construção de políticas de desprecarização do trabalho.

No entanto, a ideia da escola-função, elogiada na gênese do Projeto Larga Escala pela potencialidade em promover a integração ensino-serviço e a descentralização dos cursos, mostrou-se cronicamente frágil para responder ao redimensionamento de suas atribuições – seja pela insuficiência/inexistência de quadros estáveis, seja pela baixa autonomia da gestão.

A formação docente, outra dimensão importante dos processos formativos na saúde, foi lembrada no Seminário Internacional reportado pela revista n.20, de 2006:

> Antes de pensar em formar bons técnicos e auxiliares de enfermagem, o Profae precisou qualificar bons formadores. Para isso, em 2001, foi implementado o Curso de Formação Pedagógica em Educação Profissional em nível de especialização, que tinha como fim atender a demanda específica de professores na área de Enfermagem. Cerca de 450 tutores-professores, mestres e doutores na área de Enfermagem participaram desse processo, que formou 13 mil docentes. Segundo Valéria Morgana, coordenadora nacional do curso de Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área da Saúde: Enfermagem, do Profae, a proposta inicial do Profaps, se aprovado, é oferecer para outros 20 mil docentes a pós-graduação com duração de até dez meses e carga horária mínima de 540 horas (RET-SUS, 2006b, p.4).

Essa proposta, no entanto, não foi levada adiante pelo Programa. Duas questões podem ser levantadas em relação a esse ponto. Em primeiro lugar, apesar de anunciado como um programa "ousado", extensivo a diversas categorias profissionais (e não somente à enfermagem) e, portanto, com um número maior de alunos potenciais, o volume de recursos destinado ao Programa foi substancialmente menor. Em segundo lugar, a própria condição

histórica das escolas técnicas do SUS torna crítico o investimento na formação docente: surgidas em sua maioria como extensão dos departamentos de RH das secretarias estaduais/municipais de saúde, sem identidade e quadro próprio de pessoal, com equipe pedagógica e administrativa mínima para coordenar os cursos descentralizados e escassez de recursos materiais, as escolas não dispõem de autonomia administrativa e financeira, o que muitas vezes inviabiliza o pagamento de horas-aula aos docentes contratados. A formação de docentes sem vínculo direto com a escola não é capaz de gerar o impacto esperado na formação. A grande circulação de docentes, a transitoriedade do trabalho docente na carreira dos profissionais, sua baixa identificação e participação no projeto político-pedagógico das escolas, entre outros fatores, torna problemática essa formação. No mais das vezes, os professores são especialistas em suas temáticas, trazendo consigo as marcas de uma forte tradição disciplinar e conteudista, que extrapola a formação de professores, para as práticas docentes. O reconhecimento de parte destes desafios levou à definição, no âmbito do Profae, pela utilização da modalidade de ensino à distância:

> Levando em consideração os limites impostos pelas condições de trabalho desses profissionais – múltiplos vínculos, falta de tempo e possibilidade de locomoção para frequentar aulas convencionais nas Escolas –, a formação teve que recorrer à estratégia da educação à distância (EaD). Atendendo a todas as regiões do país, a proposta foi realizada por meio de uma Rede de Núcleos de Apoio Docente formada por 45 instituições de ensino superior (RET-SUS, 2006b, p.4).

Os resultados, porém, ficaram abaixo das expectativas e das promessas que geralmente caracterizam o discurso de defesa do uso das tecnologias na educação, entre eles dados que evidenciavam um índice de 19% de evasão de professores na formação pedagógica. Ainda assim, a formação foi bastante elogiada entre as ETSUS, que criticaram apenas a carência de aspectos práticos e o fato de que a alta rotatividade dos professores fez com que muitos ficassem sem a capacitação pedagógica.

3.2.3 A proposta pedagógica: princípios, competências e diretrizes

No Anexo II da Portaria MS/GM 3189/09 são enunciados alguns dos princípios e fundamentos políticos e pedagógicos do Programa, considerado "componente decisivo para a efetivação da política nacional de saúde, capaz de fortalecer e aumentar a qualidade de resposta do setor da saúde às demandas da população" (BRASIL, 2009a). A afirmação de que os processos formativos "devem estar vinculados às necessidades apontadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS)" é acompanhada da consideração de que o contexto da educação e do trabalho

no Brasil requer "considerar as novas perspectivas delineadas pela legislação educacional brasileira - Lei Federal nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, Decreto Federal nº 5.154, de 23 de julho de 2004, Parecer do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Básica (CNE/CEB) nº 16/99 e Resolução nº 04/99/CNE/CEB" (BRASIL, 2009a). No texto assinado na esfera oficial, fruto da pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as macro-orientações setoriais são apresentadas como convergentes em seus propósitos:

> A legislação educativa brasileira é resultado de um esforço do País, que vem buscando elevar a escolaridade básica, segundo uma concepção de formação voltada para a compreensão global do processo produtivo, com a apreensão do saber tecnológico, a valorização da cultura do trabalho e a mobilização dos valores necessários à tomada de decisões.
>
> A partir dessas orientações, o setor saúde está buscando alcançar novos referenciais para formar profissionais e avaliar a formação numa perspectiva de desenvolver, em alunos e trabalhadores, a competência para o cuidado em saúde, entendendo ainda que esta competência se expressa na capacidade de um ser humano cuidar de outro, de colocar em ação os saberes necessários para prevenir resolver problemas de saúde (BRASIL, 2009a).

Assim, a educação voltada para a "compreensão global do processo produtivo", a apreensão dos "saberes tecnológicos", da "cultura do trabalho" e dos "valores necessários à tomada de decisões" conjugam-se com a perspectiva de desenvolvimento da "competência para o cuidado", que se expressa na ativação de "saberes necessários para prevenir resolver problemas de saúde" (BRASIL, 2009a). A grande expectativa depositada na formação – resolver os problemas de saúde – é traduzida nos saberes capazes de promover a resolutividade desejada. Esta, por sua vez, tem sido usualmente medida por meio de indicadores de produtividade típicos do gerencialismo, marca do *New Public Management,* que vêm caracterizando as mudanças no mundo do trabalho em setores típicos da atividade pública, como os campos da educação e da saúde. O instrumentalismo dessa abordagem tende a reduzir a educação a uma "preparação dos indivíduos", a um instrumento para gerar "um tipo particular de subjetividade" (BIESTA, 2013, p.139).

No Anexo III da mesma Portaria são apresentadas as condições exigidas para a aprovação dos projetos do Profaps junto à SGTES/MS, incluindo o Plano de Curso, Plano de Execução do Curso, Plano de Formação e uma Planilha de Custos, assim como do Plano de Formação Pedagógica para Docentes. Nos planos de curso, as escolas precisam explicitar justificativa, requisitos de acesso, perfil profissional de conclusão, organização curricular, metodologia pedagógica para a formação em serviço, estratégias de acompanhamento das turmas descentralizadas, avaliação da aprendizagem, critérios para aproveitamento de

conhecimentos e experiências anteriores, instalações e equipamentos, corpo docente e certificação, além de anexar a aprovação do referido plano no Conselho Estadual de Educação.

O plano de execução, por sua vez, objetiva explicitar a forma de organização e operacionalização das atividades educativas previstas, como os municípios abrangidos pelo Projeto, número total de turmas previstas e número de alunos por turma; relação nominal dos trabalhadores abrangidos pelo Projeto, localização das atividades educativas, por turma, nos momentos de concentração e dispersão (informar critérios utilizados); definição e descrição detalhada do material didático pedagógico que será fornecido ao aluno trabalhador; planejamento das atividades de acompanhamento das turmas e cronograma de supervisão - com detalhamento das estratégias e metodologias de acompanhamento bem como modalidade de registro; e prazo e cronograma de execução detalhado do curso, por turma. Por fim, nos Planos de Formação Pedagógica para Docentes, com carga horária mínima de 88h, são requeridos os temas abordados, as estratégias e metodologias utilizadas e as estratégias de avaliação.

A construção dos mapas de competências e das diretrizes e orientações para a formação técnica nas áreas de Citopatologia, Hemoterapia, Radiologia, Vigilância em Saúde e Órteses e Próteses foi uma ação com grande poder de articulação política do Programa. As oficinas, realizadas em sua maioria no período de fevereiro a junho de 2010, mobilizaram diferentes atores sociais, tanto no campo da saúde como no campo da educação:

> Para construir um plano geral dos cursos que pudesse apontar diretrizes para as instituições formadoras, o MS promoveu sete oficinas. Destas, três foram dedicadas à construção do mapa de competências profissionais para cada uma das quatro habilitações, outras três destinaram-se à elaboração dos respectivos marcos de orientação curricular e uma foi reservada à validação dos resultados das demais. Além das ETSUS, participaram desses encontros representantes de outras instituições formadoras, de associações de classe e dos próprios serviços (RET-SUS, 2010a, p.12).

Conforme registra a reportagem da Revista da RET-SUS n.38, de setembro de 2010, a participação nas oficinas de elaboração dos mapas de competências e das diretrizes curriculares foi valorizada pelas escolas. A crítica à centralização curricular, muitas vezes enunciada como uma posição essencialista por diretoras e coordenadoras pedagógicas nos fóruns, reuniões e seminários, mostra-se precária e contingente: na medida em que as demandas das escolas articulam-se em torno do significante da *participação,* e passam a compor a cadeia de equivalências da proposição, a própria centralização passa a ser valorizada. A ideia de um currículo mínimo ou de uma base comum curricular é reforçada no discurso em defesa das diretrizes, seja como o conteúdo que encarna o universal, seja como uma construção agora legitimada pelas escolas:

> O envolvimento das ETSUS na construção dos mapas de competências e marcos curriculares para os quatro cursos do Profaps foi apontada pelas representantes das cinco regiões como uma novidade positiva. "As ETSUS se sentiram participantes construindo, junto com os especialistas das quatro áreas, diretrizes para os cursos. Vai ser importante homogeneizar os planos de curso, a execução e o monitoramento para que fiquem alinhados no Brasil. É lógico que cada estado vai observar as suas peculiaridades regionais, mas a partir de um horizonte comum a todos os demais e, principalmente, seguindo critérios que foram estabelecidos com a participação das Escolas Técnicas", aponta Maria Ivanilia Timbó, coordenadora da Educação Profissional da Escola de Saúde Pública do Ceará e representante da Região Nordeste na Comissão de Coordenação da RET-SUS (RET-SUS, 2010a, p.12).

Em novembro de 2010, na 7ª reunião ordinária da CIT daquele ano, o Profaps foi novamente pautado, desta vez para informar os gestores das ações em andamento e dos resultados já obtidos pelo Programa. Na apresentação anexada ao site do MS, a coordenação do DEGES/SGTES indicou que a produção dos mapas de competências para a formação dos técnicos de radiologia, hemoterapia, vigilância em saúde e citopatologia foi realizada nos meses de fevereiro e março de 2010, enquanto a dos marcos de orientação curricular ocorreu nos meses de abril, maio e junho. Por sua vez, as oficinas regionais de planejamento para a implementação dos cursos foram realizadas em agosto, outubro e novembro, e a publicação dos cadernos do Profaps, subsídio importante para a construção dos planos de curso, estava prevista para o mês de dezembro. Na mesma apresentação foram elencados os estados que apresentaram projetos em cada uma das quatro áreas de formação técnica iniciais (vigilância em saúde, hemoterapia, radiologia e citopatologia).

Também foram mencionadas as ações de fortalecimento das ETSUS, compreendendo a contratação de assessorias pedagógicas, a formação de grupos técnicos para elaboração de material didático; o financiamento para produção/reprodução de materiais didáticos, pagamento de docentes e a articulação entre MS e MEC. As assessorias pedagógicas foram definidas em quatro eixos - organização curricular, metodologias ativas de ensino, articulação ensino-serviço e estratégias de concentração/dispersão e estágio.

A edição nº 40 da Revista da RET-SUS, de nov/dez de 2010, dedica uma de suas seções ao relato das oficinas de operacionalização do Profaps, salientando a ampla participação na formulação da política:

> Desde o final de agosto, a formação profissional técnica de nível médio para a área da saúde foi objeto de debates e análises em encontros promovidos pela Coordenação Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde do Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (Deges/SGTES/MS). A reunião de diretores, coordenadores e docentes das 36 Escolas Técnicas do SUS (ETSUS); gestores estaduais e municipais da saúde; e membros de Conselhos Estaduais de Educação (CEEs) proposta pelas oficinas colocou na ordem do dia questões referentes à gestão e operacionalização das prioridades programáticas e estratégicas da política de educação dos trabalhadores técnicos do SUS, tendo em vista o desenvolvimento e implantação do Programa de

> Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps) (RET-SUS, 2010, p.5).

De acordo com a matéria, "foram socializados os planos de trabalho em execução e propostos para 2011, o que possibilitou uma análise das ações e o diagnóstico do estágio de desenvolvimento dos cursos, considerando facilidades e dificuldades de efetivação" (p.5). No relato dos representantes das ETSUS, os obstáculos maiores estão situados na esfera da gestão, na estrutura insuficiente das escolas e no apoio hesitante dos gestores aos processos educativos:

> Algumas questões foram recorrentes em todos os grupos, com destaque para a necessidade de sensibilização dos gestores das três esferas governamentais quanto ao papel das Escolas na formação e qualificação da força de trabalho do SUS; a ausência de corpo técnico e pedagógico mínimo na maioria das instituições; a falta de autonomia para a execução financeira que, inviabiliza o pagamento da hora/aula para os docentes e instrutores; e a necessidade de compartilhamento de material didático no âmbito da RET-SUS. Também foram relatadas dificuldades para levar a cabo cursos e programas de qualificação. Os problemas mais frequentes são o descumprimento de contrapartidas, como o auxílio alimentação e transporte para os trabalhadores-alunos e a não liberação de funcionários da rede de serviços, em especial dos hospitais. Dificuldades para manter os campos de estágio face à concorrência com escolas privadas e problemas junto aos CEEs no que se refere à renovação das autorizações para a oferta dos cursos foram lembradas principalmente pelo grupo da região Sul (RET-SUS, 2010, p.5).

A singularidade da "escola-função", defendida no período do Larga Escala como alternativa para aproximar a formação à realidade dos serviços por meio dos processos de descentralização em núcleos regionalizados, apresenta-se tal como o *Phármakon* derridiano: introduzindo no corpo do discurso toda sua ambivalência, é "ao mesmo tempo remédio e veneno" (Derrida, 2005, p.14). Concebidas com estrutura técnico-administrativa mínima e corpo docente formado por profissionais da rede de serviços, contratados de acordo com as demandas formativas, as ETSUS parecem não conseguir articular a força política e pedagógica desejada para consecução de seus projetos, tampouco para a conquista de autonomia administrativa e de execução financeira.

Por outro lado, o descomprometimento dos gestores municipais com o suporte aos alunos que frequentam os cursos apresenta-se como expressão de uma prática discursiva que nega (sonega) a formação dos trabalhadores técnicos. Sem qualificação, estes trabalhadores são contratados por meio de vínculos precários pelos mesmos gestores que se valem do argumento da ausência de vínculos estáveis para alertar os riscos (a impossibilidade) de investimento em sua formação. Neste círculo vicioso, a retoricidade da política de formação (ou o discurso da necessidade) dos trabalhadores de nível médio engendra seus fundamentos em um imaginário ambivalente, que tanto reafirma o discurso da necessidade de mudança na formação quanto bloqueia esse direito aos trabalhadores.

Os conflitos em torno da formação do ACS são bastante significativos a esse respeito. Considerados estratégicos para a principal política de atenção básica do país, os agentes comunitários de saúde têm uma larga história de existência no SUS, embora o reconhecimento de sua profissão só tenha se dado em 2002, por meio da Lei 10.507 (BRASIL, 2002). Em 2004, após um longo e intenso trabalho, foi publicado o referencial curricular para o curso técnico. No entanto, as resistências e lutas que permearam esse processo - muito bem documentado pela pesquisa de Morosini (2010) – prosseguiram. Na Revista da RET-SUS nº 14, de dezembro de 2005, que cobriu os debates sobre esse tema no 57º Congresso Brasileiro de Enfermagem, as disputas sobre a atividade profissional do ACS são reiteradas. Uma das palestrantes convidadas é a diretora do Departamento de Gestão da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts/SGTES/MS):

> Criar a profissão de ACS sem antes ter definido qual a sua formação, função e autonomia, onde ele trabalha e como está inserido no sistema é um equívoco", diz. Segundo ela, do ponto de vista da sociologia das profissões, antes de classificar uma prática como profissão, é preciso delimitá-la mais em relação ao mercado de trabalho, à condução técnica e ao seu lugar numa equipe de saúde. "O que nós temos hoje é um ato formal e administrativo que cria uma profissão, mas não dá o 'recheio'", completa (RET-SUS, 2005a, p.6).

Também as polêmicas em relação à desprecarização dos ACS, produziram fronteiras antagônicas que dividiram gestores estaduais e municipais de um lado, e trabalhadores e o Ministério Público do Trabalho (MPT), de outro. Diante das múltiplas formas de contratação existentes à época – via contratos informais, ONGs, terceirização – o MPT passou a exigir a regularização dos vínculos trabalhistas da categoria, por entender que, como um trabalhador finalístico e essencial para o Sistema Único de Saúde, o ACS precisaria ser submetido a concurso público e se tornar servidor. Uma questão específica, discutida e defendida por parte significativa dos sanitaristas, dividia os próprios defensores do SUS: o caráter "comunitário" dos ACS só seria mantido caso o trabalhador residisse na área de trabalho. Uma exigência ou condicionalidade dessa natureza, no entanto, é vedada pela lei. A proposta de emenda constitucional apresentada à época, buscou responder à urgência da regularização dos vínculos por um caminho intermediário, indicando que os ACS fossem submetidos a uma seleção pública simplificada:

> Com isso, os aprovados se tornariam funcionários contratados diretamente pelas prefeituras, mas como celetistas e não como servidor estatutário. Isso significa que eles teriam carteira assinada e todos os direitos trabalhistas, mas sem estabilidade (RET-SUS, 2006a, p.4).

A adesão do Ministério da Saúde à esta proposta se sustentou exatamente nesse argumento:

> Uma das vantagens anunciadas do texto da PEC 7/03 — e que tem sido o argumento para que a Secretaria de Gestão do Trabalhão e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, defenda essa solução — é que, com essa combinação (processo seletivo + vínculo CLT), será possível exigir que o agente more na comunidade em que trabalha, o que era um dos principais problemas na realização do concurso. "É que a estratégia de agentes comunitários pressupõe que essa pessoa seja moradora da comunidade em que presta serviços e a lei brasileira proíbe que concursos públicos discriminem seus inscritos por domicílio", explica a nota técnica enviada pela Assessoria de Comunicação do Ministério da Saúde (RET-SUS, 2006a, p.4).

Na defesa da Proposta de Emenda Constitucional – PEC 7/03, a presidente da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (Conacs), Teresa Ramos, afirmou:

> Levamos dez anos para resolver a questão. Agora serão desprecarizadas as nossas condições de trabalho, e sem prejuízos para a classe e para a população. Não ficaremos mais sujeitos a perseguições políticas. Quem for dispensado terá direitos garantidos, sem contar que a prefeitura deverá apresentar as razões que justifiquem a demissão (RET-SUS, 2006a, p.4).

Os gestores, por sua vez, alegavam a impossibilidade de absorver os impactos financeiros de tal processo:

> O CONASEMS aceita o processo seletivo público, mas quer que a contratação seja intermediada por instituições filantrópicas, como acontece em alguns lugares atualmente, e não por vínculo direto com as prefeituras. "Como empregado público, o ACS onera a folha de pagamento. O município que estiver no limite de gastos não vai poder contratar o ACS. E nos lugares em que essa transposição afetar a lei de responsabilidade fiscal, poderia até mesmo ocorrer demissões", explica Silvio Fernandes, presidente do Conselho (RET-SUS, 2006a, p.5).

Até aquele momento – jan/fev de 2006 - prevalecia no Ministério da Saúde a posição de defesa da formação integral dos ACS, ou seja, das três etapas do itinerário formativo:

> A lei 10.507/02, que cria a profissão do agente comunitário de saúde, exige que esse trabalhador tenha, pelo menos, um curso de formação inicial, de 400 horas (antigo curso básico). Isso significa que todos os gestores devem se adequar a essa exigência legal. Mas a proposta apresentada pelo Deges/SGTES/MS, em 2004, foi mais ousada e defendeu um curso técnico para esses profissionais. Os referenciais curriculares, elaborados em parceria pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, propõem uma formação por itinerário, em três módulos: o primeiro com entrada universal; o segundo tendo o ensino fundamental como pré-requisito; e o terceiro exigindo o ensino médio. Com no mínimo 400 horas, a primeira etapa já atenderia à legislação. Como a proposta causou muita polêmica, apenas o módulo 1 foi pactuado na Comissão Intergestores Tripartite, mas com a promessa de se voltar a discutir a formação completa. A SGTES ainda não tem a resposta sobre se financiará até a habilitação técnica nos estados em que isso for pactuado pela Bipartite (RET-SUS, 2006a, p.6).

Em meio aos debates, as escolas técnicas também se dividem na defesa da desprecarização. Pesam, na contingência de seus posicionamentos, desde a história pessoal e institucional de lutas em defesa da estruturação e consolidação do SUS, o grau de autonomia política da escola em relação aos governos, os constrangimentos da condição de representantes indicadas pelos governos estaduais – e portanto comprometidas com o discurso que visa

proteger os gestores da judicialização de seus atos diante da Lei de Responsabilidade Fiscal até a preocupação com o impacto negativo de frustração das expectativas criadas pela oferta do curso:

> Vera Lucia Ferreira, diretora do Centro de Formação Pessoal para os Serviços de Saúde Dr. Manuel da Costa Souza, do Rio Grande do Norte, diz que o Cefope só vai oferecer os outros módulos que vão em direção ao curso técnico quando o vínculo desses trabalhadores estiver totalmente desprecarizado. "O ACS é um profissional exclusivo do Sistema Único de Saúde. Não há outro campo para ele exercer sua função. Como podemos formar pessoas sem que haja a desprecarização do vínculo de trabalho dessa categoria? Se desconsiderássemos essa questão, correríamos o risco de criar uma expectativa de um cargo de trabalho que pode estar ameaçado e até de passar a não existir quando essa situação for resolvida", atenta (RET-SUS, 2006a, p.6).

Embora esses embates tenham se dado em um período anterior à instituição do Profaps, e a própria formação dos ACS venha ocorrendo de modo independente do programa, defendo que a reativação das contingências que possibilitaram a hegemonização do discurso da formação inicial[58] dos ACS possibilita de-sedimentar as estabilidades na política de formação profissional técnica no SUS.

3.2.4 As experiências de implementação

São poucos os trabalhos que se dedicam à investigação das experiências de execução do Profaps. O trabalho de Gonçalves (2016) buscou sistematizar a experiência de implementação de um curso de qualificação de profissionais de saúde (auxiliares e técnicos de enfermagem) para o cuidado integrado e integral ao idoso, desenvolvido no âmbito do programa em São Paulo. De matriz qualitativa, a pesquisa de caráter exploratório-descritivo teve como procedimento metodológico a observação participante. Embora a pesquisa trate da política de modo mais descritivo como forma de situar o curso analisado, a autora ressalta a "consonância" do programa com a PNEPS, e destaca o papel prioritário das ETSUS, escolas de saúde pública e centros formadores na proposição e execução técnico-pedagógica dos cursos. Em suas considerações finais, no entanto, ao apresentar algumas das dificuldades vivenciadas na execução do curso, ressurge um dos traços que marca a tradução das políticas de formação de profissionais de nível médio pelos gestores locais:

> Ademais, uma das dificuldades de implementação deste curso do Profaps foi o impedimento de muitos profissionais, por parte das chefias, de frequentarem o curso

[58] Em face às resistências e embates enfrentados, o MS optou, após pactuação na CIT, em financiar apenas a formação inicial dos ACS (400h), referente à etapa I do itinerário formativo dos ACS. Ainda que a proposta de curso técnico tenha sido aprovada no Conselho Nacional de Educação, e que a submissão das propostas de curso aos CEE precise apresentar um projeto integral de formação técnica para serem aprovadas, são raras as escolas que oferecem a formação completa.

> durante o horário de trabalho, em virtude do engessamento das metas (...) (GONÇALVES, 2016).

A dissertação de Costa (2016) investigou a implementação do Profaps na Bahia de 2010 a 2013, buscando identificar facilitadores e obstrutores desse processo. Trata-se de um estudo de caso, exploratório e descritivo, baseado em análise documental e entrevistas com integrantes do corpo técnico da escola *lócus* do estudo (Escola Técnica em Saúde Prof. Jorge Novís).

Nos resultados da pesquisa, a autora refere que os entrevistados reconhecem o Profaps como ampliação do Profae para outras áreas da saúde. Também nos relatórios de gestão o Profaps é reconhecido como a política de formação dos profissionais de nível médio na Bahia. Admite–se como avanços possibilitados pela política a ampliação da modalidade de cursos técnicos a serem ofertados pela escola nos 417 municípios do Estado da Bahia, sua inclusão como parte da Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação Permanente na Saúde (PEGTES), na linha de ação referente à regionalização e desprecarização e o fortalecimento da instituição formadora, por meio do aprimoramento de conhecimento do seu corpo técnico resultante dos processos de construção coletiva dos materiais didáticos dos cursos.

Dentre as dificuldades encontradas, a pesquisa refere a ausência de autonomia financeira da escola para gerenciar os recursos disponibilizados pelo MS, comprometendo pagamento de docentes e a operacionalização do programa no estado. Do mesmo modo, a autora relata problemas na articulação da gestão dos municípios com os processos formativos, fragilizando aquele que seria um dos princípios da PNEPS:

> A ausência de políticas de Gestão do Trabalho nos municípios aparece como uma dificuldade para a implementação do Profaps. A questão que se apresenta é a precarização dos vínculos empregatícios dos profissionais envolvidos com o desenvolvimento dos cursos descentralizados nos municípios, tanto os profissionais de nível médio a serem envolvidos na formação como os possíveis docentes. Para os profissionais a serem formados implicaria em investimento na formação de profissionais sem garantia de prestação de serviços no âmbito do SUS, naquelas localidades. E, para os potenciais docentes representa a formação pedagógica de um profissional com situação similar. Ou seja, não há certeza de retorno desses profissionais no âmbito do SUS em face de possíveis rotatividades (COSTA, 2016, p.53).
>
> Outro fator limitador para a implementação dos cursos ofertados na escola, mencionado pelos entrevistados relaciona-se à dificuldade da liberação, pelos gestores locais, dos trabalhadores para que participem dos cursos. Embora a SESAB reconheça o caráter estratégico das políticas de formação profissional, uma vez que a Política Estadual de Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde inseriu em uma das suas linhas de ação a formação profissional de nível médio, essa política estratégica encontra limites na compreensão dos gestores locais, revelando certa tensão entre as políticas de formação e de atenção (idem, p.53).

Ainda que tenham sido identificados avanços relacionados às novas propostas de cursos previstos nas diretrizes do Profaps, estes foram considerados bastante tímidos, pois a oferta se

restringiu aos cursos de atualização (Análises Clínicas, Gerenciamento e Manutenção de Equipamentos) e de aperfeiçoamento (Vigilância e Radiologia). A oferta de habilitação técnica só foi iniciada em uma área: Vigilância em Saúde.

> Ou seja, a EFTS existe para qualificar o contingente de trabalhadores do nível médio, os quais, por questões gerenciais, atribuídas aos agentes implementadores, no caso os gestores dos serviços, têm dificuldade em ser liberados para participar dos cursos (idem, p.60).

Para a autora, esse achado configurou uma incongruência com o arcabouço legal do SUS, que assume educação profissional em saúde como uma das suas responsabilidades na perspectiva da reorganização das práticas e consequente melhoria da assistência.

3.2.5 De que herança?

Como já destacado, a retórica da herança é recorrente nos discursos sobre o Profaps, principalmente entre os representantes do Ministério da Saúde, mas também reverbera entre docentes e diretoras das ETSUS, gestores e trabalhadores. Enunciada como forma de identificar a nova política com os programas e projetos anteriores, reitera princípios pedagógicos, referenciais teóricos, estratégias metodológicas e formas de operacionalização da formação. Seus efeitos também se manifestam no poder e liderança da enfermagem nas políticas de educação profissional técnica de nível médio em saúde.

O discurso da herança opera também por meio da metáfora da família, pela qual são estabelecidos laços afetivos e as diferentes iniciativas são tratadas como "descendentes" de uma mesma estirpe, numa espécie de teleologia ou genealogia da subjetividade política:

> (...) na mesa de abertura, o Ministro da Saúde, José Agenor Álvares fez referência à trajetória da coordenadora de ações técnica do Deges/SGTES/MS, Ena Galvão, e de forma emocionada, homenageou Izabel Santos, como a pioneira de todo esse movimento pela formação de técnicos em saúde no Brasil — afinal, se o Profaps é filhote do Profae, ele certamente é neto do Projeto Larga Escala (RET-SUS, 2006a, p.6).

Na análise das iniciativas do Ministério da Saúde para a formação profissional técnica de nível médio realizada por Durães (2013), a autora elege como objeto de estudo quatro projetos e programas desenvolvidos no período 1988-2012: Profae, Proformar, Qualificação dos ACS e Profaps. Justifica essa escolha por tratarem-se de projetos de âmbito nacional que apresentam "diretriz nacional, execução descentralizada, valorização do trabalho e do trabalhador, busca de inclusão social e da qualificação para o trabalho" (DURÃES, 2013, p.36). Associa estas iniciativas pelo privilégio que concedem ao "processo de trabalho como eixo

estruturante para a definição da formação" e pelas "propostas metodológicas amparadas na integração ensino-serviço" (idem, p.18)

De acordo com Durães, as demais iniciativas contempladas pelo estudo (Profae, Proformar e Qualificação de ACS) foram formuladas para atender a demandas específicas de determinadas categorias profissionais, articuladas com o crescimento dos serviços e do sistema de saúde, ao passo que o Profaps se apresentou de modo distinto, destinado a contemplar todas categorias de trabalhadores de nível médio da saúde. Neste ponto da análise, a autora dá a entender que, por estas características, o Programa estaria mais afinado com os princípios filosóficos e operacionais da PNEPS, ou seja, sendo produzido na articulação ensino-serviço-gestão-participação social:

> Ressalta-se ainda que o processo de produção dessa investigação revelou que a área de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, estruturada no Ministério da Saúde, tem avançado na implementação de políticas públicas para estas áreas e se considerarmos a evolução histórica. Podemos afirmar que o Profaps tem apontado caminhos para a consolidação de uma política de educação profissional técnica de nível médio que qualifique os serviços de saúde (DURÃES, 2013, p.73).

Ao longo das últimas quatro décadas, os projetos e programas de educação profissional em saúde buscaram enfrentar, cada um a seu modo, os múltiplos desafios que as contingências históricas apresentavam. A trajetória destas políticas e seu vasto legado – produção de conhecimento, rede institucional, diretrizes, materiais didáticos etc - se entrelaçam, permitindo que se possa falar de uma tradição, de um conjunto de práticas que são reproduzidas tacitamente, de uma herança.

No entanto, reconhecer o Profaps (e de certa forma, a mim mesmo) na figura do herdeiro implica responder a essa dupla injunção: é preciso reafirmar o que vem antes de nós e ao mesmo tempo, e "não apenas aceitar essa herança, mas relançá-la de outra maneira e mantê-la viva" (DERRIDA e ROUDINESCO, 2004, p.12). Uma herança não é escolhida, ela nos elege, o que não quer dizer que nos reste apenas passividade: é preciso pois selecionar, filtrar, excluir, reinterpretar, "não deixar *salvo* aquilo mesmo que se diz respeitar" (idem, p.13).

Assim, entendendo que "a melhor maneira de ser fiel a uma herança é ser-lhe infiel, isto é, não recebê-la à letra, como uma totalidade, mas antes surpreender as suas falhas, captar seu momento dogmático" (idem, p.11), minha intenção, nos próximos capítulos, é lançar-me no gesto desconstrutivo dos processos de subjetivação de dois discursos que constituem parte importante dessa herança: o discurso da integração ensino-serviço e o discurso da profissionalização.

4 SUBJETIVAÇÃO DOS TRABALHADORES TÉCNICOS NOS DISCURSOS DO Profaps

Neste capítulo apresento os resultados da investigação dos processos de subjetivação dos técnicos de saúde pelos discursos da integração ensino-serviço e da profissionalização, enunciados na política curricular do Profaps.

Renovo a advertência de que a tradução aqui realizada não esgota as possibilidades de significação da política, nem tenciona qualquer estatuto de verdade baseada em evidências. Não por insuficiência de instrumentos capazes de alcançá-la ou pela reconhecida complexidade dos fenômenos investigados. Antes, porque todo processo discursivo contém em si a *différance,* a impossibilidade ontológica de um fechamento último da significação. Minha interpretação, entretanto, insere-se na disputa política por meio da tentativa de desconstruir os discursos que se hegemonizam a formação em saúde e seus efeitos sobre a subjetividade dos trabalhadores técnicos. Ademais, convém lembrar que, nesta investigação dos processos de subjetivação, inspirada na teoria do discurso, vai-se além da expressão linguística tradicional de fala e escrita (LACLAU e MOUFFE, 2015b), incluindo todo um conjunto sistemático de relações que toma as práticas docentes, profissionais, institucionais, de financiamento e gestão como práticas discursivas que constituem a significação do currículo, da formação em saúde e da identidade dos técnicos.

4.1 Vocacionalismo, subordinação e a ética do cuidado: os caminhos da subjetivação

Para interpretar os processos de identificação nos discursos da integração ensino-serviço e da profissionalização, parto de uma posição anti-essencialista que recusa a ideia da existência de fundamentos comuns que definiriam, *in totum*, as características objetivas e subjetivas de uma profissão. Situado teoricamente na abordagem pós-estrutural da TD, assumo que, para traçar uma genealogia dos processos de identificação dos profissionais dos técnicos em saúde, é preciso abrir-se tanto aos jogos de linguagem que fazem com que os sentidos mudem constantemente face às contingências, como às hegemonias que dão, precariamente, estabilidade às representações, aos perfis e às tradições curriculares.

Ainda que meu estudo se concentre nas duas últimas décadas, os sentidos que são iterados no presente reverberam rastros discursivos dos longínquos caminhos da configuração do trabalho em saúde. Na imprecisão da névoa, surge um trabalhador prático, que a urgência das demandas sociais inseriu no trabalho em saúde, e que a ausência da formação manterá à

margem da ordem disciplinadora dos conselhos profissionais emergentes. A regulação do ingresso nas categorias profissionais através de processos formativos reconhecidos foi uma das formas de estabelecer mecanismos de controle sobre as identidades em certas relações de saber-poder. Tal é assim que, em alguns dos textos aqui analisados (CHRISTÓFARO, 1994; SANTOS *et al,* 1988; LIMA, 2010; BASSINELLO e BAGNATO, 2009a; 2009b), a vedação ao exercício profissional aos atendentes de enfermagem sem formação específica aparece intimamente ligada à gênese de políticas curriculares, no caso, tanto ao Projeto Larga Escala (PLE) como ao Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Enfermagem (Profae).

Nos discursos que subjetivam os trabalhadores técnicos, independentemente da atividade profissional desenvolvida, figuram alguns traços que parecem se sedimentar pela repetição. Diversas representações são cristalizadas e assumidas como essências que, naturalizadas, definiriam estes trabalhadores:

> Em relação a este aspecto, a primeira constatação a ser feita é da necessidade de pessoal de nível médio para a execução de procedimentos necessários ao funcionamento das unidades de atenção primária. Estes procedimentos podem ser divididos em dois aspectos: um aspecto administrativo/burocrático (secretaria, manutenção de arquivo, controle de estoque etc.) e um aspecto técnico/assistencial no campo das práticas de enfermagem (coleta de exames, pré-consulta, curativos, injeção, nebulização, aferição de dados vitais, retirada de pontos etc.) e da higiene oral (escovação e aplicação de flúor, instrumentação e manipulações simples). Em segundo lugar, ao nível das práticas educativo/ epidemiológicas, parecem existir algumas vantagens na atuação de agentes locais, em relação aos outros profissionais, em termos da capacidade de interagir positivamente com os moradores em discussões (sala de espera, conversas, debates em escolas etc.). O trabalho de percepção, investigação e captação de casos importantes do ponto de vista individual ou epidemiológico, e a elaboração de propostas de atuação, também são extremamente facilitados por estes agentes, devido ao conhecimento que possuem da população e da área, além do favorecimento da integração do serviço de saúde com outras organizações locais e a comunidade em geral (FERNANDES, 1992, p.138).

A vinculação de tarefas e aptidões - geralmente práticas - aos trabalhadores técnicos opera a favor de um projeto normativo de reconhecimento (MACEDO, 2017), em que certas práticas são apresentadas como inerentes a um sujeito, "para quem certas qualidades e propriedades seriam prefiguradas como laços de inteligibilidade" (BHANDAR *apud* MACEDO, 2017, p.547). A divisão técnica do trabalho, nesse sentido, corresponderia também a uma forma de legitimação da divisão social do trabalho, tentando apagar as contingências e essencializar um conjunto de relações marcadas pelas diferenças de saber e poder.

Mencionadas em diversos artigos (BARBOSA *et al*, 2012; BERGER *et al,* 2014; CASTRO *et al,* 2017; DURÃO e MENEZES, 2016; FARIA, 2006; FERREIRA e NASCIMENTO, 2004), as *marcas de gênero* também se constituem em formas históricas de

representação de determinadas categorias profissionais da saúde. Na história da enfermagem, o cuidado aparece como atributo "naturalmente" feminino:

> Segundo Leibowitz (1975:20-35), as diferenças de anatomia entre homens e mulheres foram, durante séculos, interpretadas como intimamente relacionadas às diferenças nas capacidades emocionais e intelectuais, bem como em relação às habilidades físicas. Nesse sentido, as tarefas e os papéis designados para homens e mulheres na sociedade tinham como base estas aptidões. Segundo a autora, a visão da anatomia humana como "destino" estava presente nos debates científicos até meados do século XX (FARIA, 2006, p.176).

Aliás, a enfermagem também nos fornece duas outras imagens associadas às condições de existência do discurso do trabalhador técnico: de um lado, sua *origem mítica*: em Florence Nightingale[59], a identidade da enfermagem é representada como arte e como essência (CARVALHO, 2013). A profissão aparece como devoção, um sacerdócio que assumem aquelas singularmente vocacionadas, capazes de compreender e respeitar os "preceitos sagrados" de seu ofício. De outro, a marca da subalternidade: a enfermagem surge como prática subordinada na hierarquia médica, ou mais precisamente, a enfermeira subordinada ao médico.

Esse signo – enlace de gênero e subordinação -, no entanto, será crescentemente contestado com o ambiente de transformações do papel feminino na sociedade da virada do séc. XIX para o séc. XX, favorecendo um forte questionamento da tutela médica sobre enfermagem com base no domínio de um conjunto de saberes e práticas específicas:

> No cenário brasileiro, a partir do final dos anos de 1920, a visitadora sanitária foi adquirindo prestígio profissional, cada vez mais reconhecida como um ator importante dos serviços de saúde pública. Seu espaço diante da autoridade médica, ainda que reduzido, tinha status legítimo. Isto se devia, em parte, por ter conseguido reivindicar algum monopólio sobre uma área do conhecimento – a "educação sanitária" –, particularmente por sua atuação nos centros de saúde, postos de higiene e atividades de visitação. Falar sobre a formação de recursos humanos nesse período exige colocar em destaque a expansão do papel da mulher na sociedade brasileira – em especial da visitadora sanitária e da enfermeira de saúde pública (FARIA, 2006, p.180).

Além do que, como consequência da busca de estratégias de defesa em relação à hierarquia do poder médico e sua dominação profissional, a enfermagem procura novos "territórios de competência", desenvolvendo-se nos espaços de gestão com a preparação de quadros para as atividades de liderança e coordenação. Com o crescente desprestígio do ato do cuidar, a cisão se desloca para o interior da família profissional:

> O cuidado – objetivo precípuo do complexo profissional de que falava Parsons Talcott (1969) ao discutir a atenção à saúde – tem sido (...) avaliado como atividade 'menor',

[59] Florence Nightingale (Florença, 12 de maio de 1820 – Londres, 13 de agosto de 1910) é considerada a fundadora da enfermagem, pioneira no tratamento de feridos na Guerra da Criméia. Foi responsável pela fundação da Escola Nightingale para Treinamento de Enfermeiras, no Hospital Saint Thomas, em Londres, pela definição de atributos profissionais da enfermagem, bem como de proposições e definições de caráter doutrinário para seu exercício (CARVALHO, 2013).

> diante da atividade supostamente superior da gestão hospitalar ou da gestão de recursos humanos de saúde. (...) cabe-nos refletir sobre a dualidade constitutiva da formação do campo da enfermagem. Referimo-nos à diferenciação crescente entre o enfermeiro e o auxiliar de enfermagem, que terá de ser de algum modo superada, no longo prazo. Há fortes indícios de uma perigosa clivagem ocupacional e hierárquica nesse processo, que data de várias décadas (...). Tudo indica que a separação entre o auxiliar que cuida e o enfermeiro que administra ou exerce posições de chefia terá de ser reavaliada. De algum modo, a manutenção do vínculo direto entre enfermagem e pacientes está em questão e não pode ser perdida – ou se perderá com ela o compromisso com valores comuns, como o apreço pelo toque humano (*the caring hand*), o sentido de respeito, confiança e obrigação moral que deve prevalecer no interior da enfermagem e da profissão médica. Impõe-se a superação do distanciamento crescente entre paciente, por um lado, e médico e enfermeiro, por outro, como condição para o resgate do atendimento integral, preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil (FARIA e SANTOS, 2011, p.230).

De forma semelhante ao que ocorre em outras famílias profissionais - na área odontológica, por exemplo -, parte das atribuições que são designadas aos auxiliares e técnicos provém de conhecimentos e competências que foram postergados ou que sofreram desvalorização entre os profissionais de nível superior, sendo repassados para profissões auxiliares como subfunções desvalorizadas e hierarquizadas (ZANETTI *et al,* 2012; DUBAR, 2005).

Outro traço que marca a subjetivação dos trabalhadores de nível médio em saúde é sua *inserção não qualificada* nos serviços mediante o argumento da urgência das demandas sociais. No Brasil da jovem república, a modernização do Estado exigia a estruturação da saúde pública para fazer face às epidemias de febre amarela, malária, tuberculose e ancilostomíase. Em São Paulo, a falta de enfermeiras graduadas induziu a formação das educadoras ou "visitadoras" sanitárias. Um dos aspectos centrais à decisão da administração sanitária refere-se ao tempo de formação:

> O projeto dos centros de saúde possibilitava maior proximidade com a população carente das cidades e do campo, grande parte afetada por endemias. A ancilostomíase, a malária e a febre amarela atacavam com maior violência as populações pobres daquelas regiões. A necessidade premente de enfermeiras para trabalhar nas campanhas sanitárias e a longa duração do curso de enfermagem conduziram à criação do Curso de Educação Sanitária, com requisitos menos exigentes de formação. Esse curso teria duração de um ano e seis meses e ofereceria experiência teórica e prática às visitadoras. Aos poucos, as visitadoras de higiene foram sendo substituídas por enfermeiras graduadas pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, a partir da segunda metade dos anos de 1940 (FARIA, 2006. p.181).

Nos textos investigados, o trabalhador de nível médio também aparece fortemente identificado como *educador*: o processo de profissionalização parece ter delegado funções distintas aos trabalhadores da saúde de acordo com o status do conhecimento mobilizado. No início do século XX, enquanto a formação de nível superior buscava a legitimação do conhecimento científico biomédico para o estabelecimento de seu território de práticas,

afastando-se de saberes considerados pouco formalizáveis como aqueles da educação, a profissionalização de nível médio se assentava exatamente sobre o conhecimento pedagógico (não à toa, assim como o cuidado, vinculado ao universo feminino). A dissociação entre o cuidar (amorosidade) e o tratar (cientificidade) serve como metáfora explicativa da secundarização do papel pedagógico no modelo biomédico:

> Como apontamos anteriormente, em São Paulo, o fruto desse esforço inicial veio com a criação, em 1925, do Curso de Educação Sanitária, destinado a transformar professoras primárias em agentes comunitárias. O objetivo era divulgar entre a população carente noções e conceitos de higiene, formando a consciência sanitária da população. "Como organismos de difusão de conhecimentos sanitários, avulta a obra das visitadoras de higiene ou educadoras sanitárias, emanações do centro de saúde". (Souza e Borges Vieira, 1944) (FARIA, 2006, p.186).
>
> Com efeito, os anos de 1920 são marcados por mudanças no discurso higienista. Se houve estratégias e normas que o discurso médico tentara impor às famílias urbanas, estas tiveram alcance limitado. A década de 1920 vai gradualmente substituindo o chamado "higienismo policial", de caráter autoritário, pela ênfase na saúde como um processo pedagógico. Mais que um discurso disciplinador sobre os corpos, a educação sanitária ajuda a promover a expansão da assistência médica às mulheres, sob uma ótica masculina, sem dúvida, mas nela o feminino não é mera estratégia de controle. A educação sanitária torna-se o projeto preponderante de organização médico-assistencial. Este cenário será extremamente propício para o campo da saúde pública em formação. As educadoras sanitárias e, mais tarde, as enfermeiras irão desempenhar um papel decisivo na assistência médica. Nesse novo papel, essas profissionais também se transformam em educadoras, assumindo atividades mais amplas. As mudanças qualitativas no discurso da higiene passam então a valorizar a necessidade de formação de novas profissionais no campo da saúde (FARIA, 2006, p.206).

Ao lado da dimensão cuidadora atribuída ao gênero, outro importante traço discursivo envolvido na subjetivação do trabalhador técnico é sua *vinculação* mais direta com a população assistida. Na medida em que a construção de uma linguagem específica da ciência e a crescente incorporação tecnológica vai caracterizando a prática médica, o binômio especialização/distanciamento produzido nessa relação passa a demandar o reestabelecimento do vínculo perdido entre o profissional e o paciente no ato do cuidar:

> Desde o pós-guerra e dos grandes avanços da tecnologia médica, a mão que cura (*the healing hand*) dos médicos clínicos não faz sentido para os especialistas que utilizam tecnologias sofisticadas. O caso da Aids marcou um ponto de inflexão nos EUA e no Canadá e logo em outros países: os depoimentos de doentes terminais, durante a década de 1980, expressavam justamente o apreço pela mão que cuida (*the caring hand*), isto é, o 'toque humano' das equipes de enfermagem e visitadoras voluntárias, que marcavam sua presença de um modo diferente da equipe médica e de especialistas (Fox, Aiken, Messikomer, 1999). O sociólogo Talcott Parsons (1969) mencionava um hiato de competência (ao qual chamou *competence gap*) entre o profissional e o 'leigo'. Esse hiato, por certo, também se verifica no interior de outras profissões. Ressaltamos aqui o hiato entre o profissional e o paciente: a distância crescente; o não envolvimento, favorecido pela relação hierárquica; o enquadramento ou *framing* do paciente pelo médico, como se fosse aquele tão somente um quadro nosológico (FARIA e SANTOS, 2011, p.229).

A recomposição dos vínculos no trabalho em saúde é uma das principais diretrizes das políticas de humanização no SUS, e o trabalhador de nível médio é invariavelmente chamado a ocupar o lugar de "elo" entre os serviços e a população. Talvez sejam os agentes comunitários de saúde aqueles aos quais essa expectativa de projeção identitária é mais dirigida. Em livro resultante de sua dissertação de mestrado, Morosini (2010) analisa um vasto conjunto de documentos relativos ao processo de discussão da política de formação dos ACS:

> Entre os argumentos empregados no processo de discussão da política de formação dos ACS, o mais constante foi o perfil social desse trabalhador, composto de sua origem comunitária e de um suposto pendor à solidariedade, atributos que o configurariam como um trabalhador *sui generis*, que atua como elo entre a comunidade e os serviços de saúde. Neste perfil, tem destaque o papel de mediador social que contribui para localizar o trabalho do ACS na interface entre o Estado e a comunidade e que termina por ampliá-lo para uma perspectiva intersetorial que transcende o campo da saúde (MOROSINI, 2010, p.151).

O papel *mediador* dos ACS é explorado em inúmeros textos e artigos que buscam defender ou rejeitar sua vinculação ao Estado e sua profissionalização. Nos resultados da pesquisa desenvolvida por Bornstein e Stotz (2008), a expectativa de mediação que incide sobre estes trabalhadores é percebida em variadas direções:

> Na equipe de saúde, o agente comunitário é o trabalhador que se caracteriza por ter o maior conhecimento empírico da área onde atua: a dinâmica social, os valores, as formas de organização e o conhecimento que circula entre os moradores. Esse conhecimento pode facilitar o trânsito da equipe, as parcerias e articulações locais. O reconhecimento destas características quer pelos profissionais, quer pelos moradores traduz-se em diferentes expectativas. De um lado, pela inserção nos serviços de saúde, espera-se dele o exercício de um papel de controle da situação de saúde da população; de outro, os moradores esperam que o agente facilite seu acesso ao serviço de saúde (BORNSTEIN e STOTZ, 2008, p.234).

O estudo relata também a falta de disponibilidade da maioria dos profissionais de nível superior para a escuta, uma vez que se limitavam a cumprir o atendimento ao número de consultas estipulado. As entrevistas revelaram as dificuldades destes profissionais na comunicação com a população assistida:

> Houve consenso entre os entrevistados quanto ao reconhecimento da dificuldade, sobretudo dos médicos, em se comunicar com a população, o que justificaria a necessidade de uma 'tradução' feita pelo agente comunitário de saúde. Foram citados exemplos em que o morador pedia ao ACS explicações dadas antes pelos médicos, mas que não haviam sido entendidas (BORNSTEIN e STOTZ, 2008, p.245).

A função mediadora, praticamente um consenso na literatura e nos documentos oficiais consultados pelos autores, carrega uma multiplicidade de sentidos:

> A mediação é entendida de diversas maneiras: pode ser vista como facilitação do acesso da população ao serviço; melhor estratégia para que as normas, objetivos e metas dos serviços sejam entendidos e assimilados pelas 'classes populares'; maneira de buscar nos serviços uma abertura para o entendimento da lógica e da dinâmica

> locais; e, ainda, mediação entre o conhecimento popular e o conhecimento tecnocientífico (BORNSTEIN e STOTZ, 2008, p.234).

Dadas as singularidades de sua criação e origem, a discussão sobre a identidade dos ACS tem despendido boa parte do trabalho das investigações consultadas. Da vasta literatura que tem nesta categoria profissional seu foco principal, a quase totalidade dedica-se, parcial ou integralmente, ao debate de seu perfil e processo de trabalho[60]. Essa tendência confirma as considerações de Morosini:

> (...) na busca de documentos relacionados ao objeto desta pesquisa – as concepções em disputa no processo de formulação da política de formação do ACS – percebi que este não é o campo mais explorado pela literatura acadêmica produzida sobre os ACS. Pelo contrário, predominam trabalhos investigando a identidade ou perfil desse trabalhador e o seu processo de trabalho, suas atribuições ou o seu papel em relação a algum objetivo de trabalho na saúde da família (MOROSINI, 2010, p.189).

Herdeiro de uma prática subvalorizada – as visitadoras sanitárias da década de 1920 – os ACS e seu processo de trabalho tem sido objeto de inúmeras investigações. Do mesmo modo que outros trabalhadores de nível médio, os ACS são frequentemente identificados como "elos" ou "mediadores" entre a comunidade e os serviços. A mediação se daria tanto em relação aos saberes populares e saberes médicos, como entre a linguagem cotidiana e a científica. Cabe observar que a divisão entre saberes, como relações de poder, torna-se a base de uma divisão identitária profissional. Uma possível interpretação dessa condição se situa nas formas de conceber o processo saúde doença no modelo biomédico. Nesta perspectiva, a saúde é vista como a ausência de doença, ou como afirmava o fisiologista francês René Leriche "é a vida no silêncio dos órgãos" (CANGUILHEM, 2006). Essa compreensão está na base da mudança da estrutura perceptiva que sustentará o pensamento médico emergente no nascimento da clínica, em que os valores da *localização*, *especificidade* e *intervenção* passam ter centralidade (FOUCAULT, 1980, 1982). Na nova racionalidade, os fenômenos passam a ser explicados pela observação de mudanças morfológicas, orgânicas e estruturais. Essa profunda transformação assenta as bases do sistema teórico do modelo biomédico, justificando a abordagem mecanicista que fragmenta o corpo em sistemas, órgãos, tecidos e células, estruturando um conhecimento cada vez mais especializado. Também as práticas de saúde passam a ser decompostas em unidades simplificadas, possibilitando a fragmentação do trabalho em saúde e o parcelamento de funções e atribuições. Em um estudo cartográfico sobre as práticas destes profissionais,

---

[60] Entre outros: Barros, Chagas e Dias, 2009; Bornstein e Stotz, 2008; Pedraza *et al,* 2016; Rocha, Barletto e Bevilaqua, 2013; Silva, Dias e Ribeiro, 2011; Morosini, 2010; Morosini e Fonseca, 2018; Morosini, Corbo e Guimarães, 2007; Nogueira, Silva e Ramos, 2000; Filgueiras e Silva, 2011.

Ferreira *et al* (2009) afirmam que sua atuação se dá na dobra dos modelos biomédico e da atenção integral:

> Observa-se que o trabalho do ACS é, por um lado, subsumido pelas lógicas do modelo hegemônico estruturado sobre os núcleos especializados de saber profissional; e por outro lado assume formas inventivas e criativas de cuidar no contexto do modelo tradicional de produzir saúde, conseguindo em momentos pontuais transitar deste para outro modelo, em movimentos em dobra, trabalhando às vezes de um jeito e outras vezes de outros diferentes, não em contradição, mas em singulares modos de agir, em identidades com um ou outro modelo (FERREIRA *et al,* 2009, p. 902).

Seu reconhecimento junto à comunidade nem sempre se reflete no interior das equipes. A desvalorização dos saberes cotidianos dos agentes face ao conhecimento científico dos profissionais de nível superior coloca-se como barreira que impede a incorporação dos aspectos sociais, culturais e econômicos na discussão de estratégias mais efetivas de promoção da saúde e cuidado nos territórios:

> A equipe de saúde da família desqualifica a ação cuidadora do ACS, não reconhecendo nele a competência para a construção de um tipo de cuidado diferente daquele centrado na lógica programática, e constrange-o à repetição do atual modelo. O agente de saúde por sua vez, procura trabalhar com ações de promoção para legitimar o seu trabalho. (...) O jogo de disputa na equipe de saúde da família é expressão dos micropoderes que permeiam as relações de trabalho, ligados sobretudo à hierarquização do saber que se coloca entre os ACS e a equipe legitimada pelos níveis de gestão da secretaria de saúde. Essas relações inter-equipe se referem à divisão técnica do trabalho em primeira instância, e também à divisão social, que fragmenta, aliena, subordina a produção do trabalhador manual ao do trabalhador intelectual restringindo a sua participação nos processos decisórios. É como se, no imaginário dos outros profissionais da equipe, o ACS representasse o lugar do trabalhador manual, aquele que não detém um núcleo especializado de saber, e um núcleo profissional específico. E por isto mesmo os outros trabalhadores o colocam em um plano em que o seu trabalho tem menor valorização em relação aos outros. Os ACS entrevistados referem que eles são vistos pelos outros trabalhadores e pela gestão, mais como um "trabalhador manual", como se não detivessem um campo de saber e capacidade cognitiva de operar com o cuidado em saúde (FERREIRA *et al* 2009, p.902).

Paradoxalmente, a grande expectativa de mudança do modelo de atenção colocada sobre o trabalho da estratégia de saúde da família e, particularmente, sobre a atuação dos ACS tem dado sustentação a práticas de controle que não parecem encontrar abrigo no ideário da reforma sanitária:

> Outro paradoxo relacionado à atuação do ACS é o alto grau de intervencionismo na vida das pessoas (Campos, 2007), percebido principalmente quando os critérios de avaliação da saúde ou do modo de vida das pessoas da comunidade são exclusivamente guiados pelas recomendações biomédicas, sem esforço de contextualização ou reflexão sobre sua realidade (Nunes e col., 2002; Silva e Dalmaso, 2002). Esse comportamento ilustra um dos problemas da visita domiciliar que, segundo Franco e Merhy (1999), pode significar uma excessiva intromissão na vida das pessoas, limitando sobremaneira seu grau de privacidade e liberdade (GOMES *et al*, 2009, p.748).

A relação entre a formação e a constituição de identidades também é merecedora de atenção nos artigos investigados. O posicionamento dos autores quanto a este aspecto é bastante diversificado. Em parte das pesquisas, indica-se a insuficiência e a inadequação curricular dos processos formativos para o alcance do modelo almejado:

> Para Tomaz (2002, p. 85,87), com a implantação do PSF o papel do ACS foi ampliado, exigindo novas competências nos campos político e social, principalmente ligadas à promoção da saúde. Entretanto, o processo de qualificação desse profissional ainda é desestruturado, fragmentado, e, na maioria das vezes, insuficiente para desenvolver as competências necessárias para o adequado desempenho de seu papel. (...) Além disso, a abordagem puramente biológica não consegue preparar os profissionais para lidarem com toda a complexidade do processo saúde-doença-adoecimento no seu cotidiano de trabalho, gerando insegurança, impotência e, muitas vezes, percepções e atitudes incoerentes com o funcionamento do atual sistema de saúde (GOMES *et al,* 2009, P.750-751).

Embora articulados discursivamente pelo antagonismo às pedagogias tradicionais, os elementos diferenciais do discurso da mudança na formação não logram total dissolução de seus sentidos particulares. Assim, a orientação pedagógica defendida nos processos formativos compreende um leque de posições que tradicionalmente se opõem, como a pedagogia das competências e a abordagem histórico-crítica.:

> Também é preciso romper com a formação baseada na concepção "bancária", para a qual a educação é o ato de depositar, transferir e transmitir valores e conhecimentos para seres de adaptação e ajustamento, passivos, ingênuos, acríticos e possuidores de um poder criador mínimo (Freire, 1987), o que constitui um obstáculo para o pleno desenvolvimento do potencial dos profissionais de saúde. Para isso, os cursos de capacitação precisam estar fundamentados no desenvolvimento de competências, utilizando métodos de ensino-aprendizagem inovadores, reflexivos, críticos e centrados no educando, cujos objetivos centrais devem ser transformá-los em sujeitos pró-ativos. (Tomaz, 2002; Mitre e col., 2008; Duarte e col., 2007) (GOMES *et al,* 2009, p.752).

No mútuo antagonismo destas vertentes à pedagogia tradicional, a lógica de equivalência que articula o discurso da mudança se estende também à perspectiva da fixação identitária que ambas as abordagens parecem compartilhar. Ainda que distintas em suas finalidades, tanto a pedagogia das competências como a perspectiva histórico-crítica buscam hegemonizar um sentido para as identidades profissionais, naturalizando a centralização e o controle sobre o currículo.

A defesa de um "novo" profissional é recorrente em diversos textos investigados. Quase que invariavelmente, sua constituição aparece associada a determinados conteúdos ou disciplinas que seriam capazes de garantir a construção identitária.

O poder atribuído aos conteúdos (conhecimentos, atitudes, valores) remete à ideia de que as identidades desejadas só não são alcançadas devido à negligência das propostas curriculares. Recorrendo à apropriação da psicanálise lacaniana realizada pela teoria do

discurso de Laclau, entendo que essa busca constante pelo preenchimento da falta (constitutiva do sujeito, para Lacan) produz um engajamento contínuo com a fantasia, movido pelo desejo de recuperar o estado completo e harmonioso de uma suposta plenitude perdida (o profissional competente, crítico, humanizado etc) (CLARKE, 2015).

São diversos os artigos que estendem suas interrogações à busca de fundamentos de uma ética profissional capaz de garantir a humanização do cuidado. Sua defesa é sustentada pela necessidade de incluir, como valor primordial da atenção à saúde, a capacidade de cuidar do doente – e não apenas da doença, um requisito dirigido a todos profissionais, daí sua universalidade e transversalidade:

> O balizamento das ciências humanas aponta para interessantes ângulos de análise e superação dos dilemas do distanciamento em relação aos pacientes. De que modo uma pedagogia do cuidar pode incluir o paciente, como sujeito ativo, consciente, 'impaciente', no interior do chamado complexo profissional abordado por Parsons? Quais são os fundamentos (e limites) da atitude solidária que institui as práticas do cuidar? Respeito ou compaixão entre profissionais e pacientes hospitalizados? Solidariedade ou piedade na atenção individual à saúde da família? (CAPONI, 2000).
>
> Esses desafios e orientações para a ação são, a rigor, a um tempo prévios e simultâneos à prática do cuidar: configuram uma atitude internalizada e exteriorizada pelo cuidador, como lembraria Mayeroff (1971). Isso significa que não bastará ao profissional procurar a doença, a disfunção, ou a anomalia (ou ainda sua ausência, a partir de uma normalidade previamente definida). Mais que isso: diríamos que não apenas um profissional em particular, mas todos deverão estar imbuídos da necessária empatia para buscar ou considerar, em cada paciente, o conjunto de suas necessidades para o cuidar ou para o autocuidado. Esse ponto deve ser enfatizado: falamos de uma ética política que dê sentido ao próprio cuidar, à prática cotidiana de todo profissional de saúde, independentemente de sua formação ou de sua inserção específica no sistema hierárquico de funções e responsabilidades (FARIA e SANTOS, 2011, p.234).

Entendo, assim, que as políticas curriculares podem ser compreendidas como processos de disputa pela significação em que diferentes discursos buscam saturar todos os sentidos do que vem a ser o técnico da saúde. O trabalhador surge como efeito da linguagem, uma projeção discursiva na qual o conhecimento exerce um papel central na construção de uma ficção de completude.

4.2 Integração ensino-serviço e o trabalho reduzido à prática: os trabalhadores como agentes de mudança

No campo da saúde, o discurso da integração ensino-serviço se constituiu no antagonismo à ideia de um currículo flexneriano, suposto como fragmentado em disciplinas acadêmicas, dissociado da realidade do trabalho e baseado numa "concepção linear de ensino-aprendizagem do teórico para o prático" (PINHEIRO e CECCIM, 2011). A defesa da integração

curricular mediante a integração ensino-serviço favoreceu a expansão das cadeias de equivalência que permitiram a hegemonização desse discurso entre as escolas técnicas, centros formadores e escolas de saúde pública.

Entendo, porém, que a hegemonia deste discurso também se dá por meio da exclusão de uma série de diferenças entre a integração ensino-serviço realizada nos cursos de graduação e aquela vivida pelos trabalhadores de nível médio. Afirmo que essas diferenças têm sido desprezadas e que os efeitos desse apagamento não apenas inibem aquilo o discurso promete como bloqueiam outras possibilidades de produção do currículo.

Quero deixar claro que não se trata de negar a possibilidade de realização da integração entre o ensino e os serviços de saúde, e sim de chamar a atenção que essa proposta está assentada sobre uma estrutura de promessa normativa, cuja adoção como fundamento para a concepção e organização de currículos voltados à formação de técnicos em saúde negligencia uma série de especificidades que tornam essa integração problemática.

Em primeiro lugar, entendo que a assimetria das relações hierárquicas que se estabelecem no interior das unidades de saúde - definidas pelo status profissional e acesso ao conhecimento científico - constrangem/limitam as possibilidades de problematização dos processos de trabalho e, consequentemente, comprometem a própria relação pedagógica.

A própria condição de estudante-trabalhador deve ser tomada aqui em mais detalhe. Não apenas em termos da posse de conhecimentos prévios, frequentemente evocados como saberes que enriquecem a formação ou como aspectos a serem considerados tendo em vista a aprendizagem significativa e o aproveitamento de experiências anteriores no currículo. Mas, sobretudo, pela sobrecarga de atividades destes estudantes, geralmente ignorada ou minimizada como elemento já naturalizado:

> Os salários baixos, a dupla jornada, o aumento da carga horária, a distância entre o trabalho prescrito e o realizado, as situações de tensão nos serviços de saúde, tanto pelo tipo de atenção aos indivíduos em momentos críticos quanto pela fragmentação do trabalho, a hierarquização e a desvalorização social dentro da equipe, entre outros fatores, juntam-se às condições de trabalho da equipe de enfermagem e interferem na qualidade do cuidado ao usuário e no desgaste mental, aumentando as cargas de trabalho dos profissionais (SCHERER *et al*, 2016, p.91).

Concordo, portanto, com as reflexões realizadas por Morosini (2010) quanto à relação entre teoria e prática na integração ensino-serviço: para a autora, enquanto a formação de profissionais de nível superior tem sido criticada pela prioridade conferida à dimensão teórica do conhecimento, no caso dos trabalhadores de nível médio e técnico "pode-se dizer que a polarização (...) tem se dado de forma tal que o polo privilegiado tem sido a prática, haja vista a predominância da capacitação em serviço que marca a história desses trabalhadores" (idem,

p.136). Como é possível observar nos relatos dos planos de curso aprovados nos Conselhos Estaduais de Educação para os cursos técnicos de vigilância em saúde (PROFAPS, 2016), a realização de boa parte da formação no âmbito dos serviços - valendo-se muitas vezes da superposição e indiferenciação entre as atividades de trabalho e de dispersão – representa uma supressão da carga horária total recomendada nas diretrizes.

Outro aspecto a notar é a diferença de engajamento e participação entre um curso legitimado como direito dos estudantes e outro sujeito à autorização das chefias, questionado nas equipes e submetido a constantes interrupções pelas demandas do trabalho:

> O Hemocentro garantiu horário protegido, ou seja, a liberação da carga horária de trabalho para os discentes realizarem o estágio, mas este acordo não foi considerado por todas as chefias imediatas, visto que em alguns casos houve dificuldade de participação do discente na atividade prática do curso por estar de plantão. Por sua vez, estes docentes constataram que o envolvimento da equipe de profissionais do Hemocentro na habilitação dos novos técnicos deixou a desejar. (...) Alguns alunos desistiram logo no início do curso. O motivo foi a dificuldade de negociar com as respectivas chefias imediatas a liberação durante a jornada de trabalho para a realização das atividades práticas (ASSIS et al, 2018, p.742).
>
> A liberação para a participação no curso, seja dos discentes seja dos docentes, foi considerada inconveniente pelos gestores, principalmente no que tange à carga horária da concentração, daí a opção pela realização desse momento em período noturno. (...) Houve algumas dificuldades de participação daqueles que dependiam da liberação da chefia imediata. Esse desafio foi relacionado à situação de aumento da demanda dos doadores ou necessidade de corrigir determinado procedimento realizado (retrabalho), o que retinha participantes no serviço (ASSIS, *et al*, 2018, p.744).

No discurso da integração ensino-serviço enunciado no Profaps, os trabalhadores técnicos são subjetivados como *agentes da mudança,* sujeitos que, convocados pelas práticas pedagógicas[61], passam a problematizar suas práticas cotidianas, desenvolvendo competências

[61] Em estudo realizado sobre as propostas pedagógicas das ETSUS, Ramos (2010) indica que as escolas nomeiam como referencial adotado a "pedagogia da problematização". A autora chama a atenção que, por não se constituir propriamente em uma pedagogia, mas em um dos passos didáticos presente em diversas correntes pedagógicas (escolanovismo, pedagogia libertadora, pedagogia histórico-crítica e pedagogia das competências), a designação indica "uma forte crença no método de ensino-aprendizagem" (RAMOS, 2010, p.265). Característica histórica da educação profissional em saúde, essa ênfase remete aos desafios encontrados no Larga Escala para a formação de adultos trabalhadores, quando são incorporados elementos da pedagogia freireana, como a problematização da realidade cotidiana e a valorização da experiência prática do aluno. Com o Profae estes pressupostos são atualizados na pedagogia das competências e sua proposta de integração curricular baseada em atividades e desempenhos. Por sua vez, com a instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), as escolas encontram eco e coerência de suas propostas pedagógicas com a ênfase sobre os processos de trabalho e na defesa dos pressupostos cognitivistas da aprendizagem significativa de David Ausubel. Assim, para a autora, a aparente multiplicidade de referenciais epistemológicos, metodológicos e eticopolíticos que orientariam as políticas de educação profissional em saúde e as práticas pedagógicas das ETSUS, "hoje se apresenta como uma unidade constituída em torno do pragmatismo, como a epistemologia que embasa o escolanovismo e a pedagogia das competências. O fundamento eticopolítico que orienta a formação crítica dos trabalhadores técnicos de saúde, por sua vez, se afina com as teorias da micropolítica" (idem, p.251). A autora concluiu que "na tentativa de superar a pedagogia tradicional, hegemônica na educação brasileira, a educação profissional em saúde desenvolveu-se com base na epistemologia pragmatista (...) [e uma] dimensão eticipolítica [que tem] a micropolítica como referência das relações de trabalho. Por ambos motivos, a pedagogia das competências se

(conhecimento, habilidades e atitudes) capazes de transformar estas mesmas práticas. Essa representação genérica dos trabalhadores técnicos como agentes da mudança é compartilhada por diferentes demandas articuladas em defesa da integração ensino-serviço, sejam elas ligadas ao movimento de reforma sanitária, à tradição da educação permanente em saúde, ao pensamento crítico em saúde ou ao gerencialismo. O conteúdo da mudança dos processos de trabalho está em disputa, podendo se orientar tanto na direção da integralidade, da humanização do cuidado, da educação popular, da participação social, como da eficiência, da resolutividade, da melhoria de indicadores de gestão etc.

A forma como os trabalhadores técnicos são subjetivados nas unidades de atenção também difere daquela como ingressam, transitam e são reconhecidos os profissionais de nível superior. Apesar da convergência de políticas que visam a composição e o fortalecimento das equipes de saúde como estratégia de reorganização do modelo de atenção à saúde[62], a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes enfrenta obstáculos que não se restringem aos processos conscientes e racionais:

> A formação profissional não prepara os indivíduos para lidar com os aspectos relacionais que acionam encontros e o trabalho em equipe. O conhecimento da função definido pela formação pode levar a uma especialização que também aparece entre os fatores que tornam o atendimento fragmentado quando é associada à setorização profissional, à arquitetura hospitalar e à subordinação dos profissionais à hierarquia entre as especialidades, comprometendo a construção de um trabalho em equipe, consequentemente, a qualidade da assistência prestada. O espaço de trabalho aparece como um lugar de disputa e de luta por reconhecimento, o que nos leva ao ponto inicial: que as normas por si só não geram um trabalho coletivo, mas sim sentimentos de compromisso, solidariedade, responsabilidade e experiência que são valores que não estão dados *a priori* e que se revelam na relação com o outro (SILVA e MOREIRA, 2015, p.3040).

"Desromantizado", o espaço dos serviços de saúde surge tanto como "espaço curricular diversificado" (SAIPPA-OLIVEIRA *et al,* 2011), "cenário de aprendizagem" (CECCIM e CARVALHO, 2011) quanto como desafio de construção das equipes, na qual a formação é apenas um dos dispositivos de produção de sentidos e de subjetivação:

> Ainda que seja necessário reformular a formação profissional voltando-a para o aprendizado da integração entre as disciplinas, apenas a mudança neste âmbito não garante as condições necessárias para que o trabalho ocorra integrado. A atenção à

constituiu em referência para as escolas, mas não em razão de uma lacuna teórica produzida por uma concepção epistemológica e pedagógica sincrética, mas sim pelo fato de essa pedagogia se constituir numa atualização do escolanovismo no contexto de indeterminações da sociedade contemporânea, por vezes reduzida ao tecnicismo, dada à centralidade conferida aos métodos (RAMOS, 2010, p.276). Nos termos da teoria do discurso de Laclau, entendo que estes processos são unificados por princípios contingentes, como cadeias de equivalências que buscam responder aos antagonismos que marcam cada contexto.

[62] Política Nacional de Humanização em Saúde (BRASIL, 2003); Pacto de Gestão (BRASIL 2006); Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Portaria 198/2004); Política Nacional de Atenção Básica em Saúde (2006; 2011; 2017); Residências Multiprofissionais em Saúde da Família etc

> saúde está marcada pela imprevisibilidade, em função da impossibilidade de se definir com quem cada profissional irá interagir e quem fará parte da equipe de trabalho.
>
> O trabalho em equipe não se reduz a um conjunto de profissões, ou seja, à multiprofissionalidade. Contam como indicativos para a identificação de uma equipe interdisciplinar: reconhecimento do outro, encontro dialogado, cooperação, valorização do conhecimento técnico do outro, relações mais horizontais e menos desgastantes, trabalho coeso em torno de um objeto comum (SILVA e MOREIRA, 2015, p.3040)

Em artigo que discute a perspectiva *entre-disciplinar* das equipes de saúde para a construção da integralidade, Ceccim (2004) entende que os processos educacionais voltados à formação dos profissionais de saúde deveria ser capaz de desenvolver as condições para o trabalho em conjunto, valorizando a necessária multiprofissionalidade para a composição de uma atenção que se desloque do eixo corporativo-centrado para o eixo usuário-centrado. No entanto, como adverte o autor,

> Seria simplista supor que a formação de um profissional de saúde resulta apenas de um processo de aquisições cognitivas e comprovação de habilidades de discernimento intelectual. A formação de um profissional de saúde resulta de um processo que envolve as políticas de ensino, as políticas do exercício profissional e as do trabalho em saúde (CECCIM, 2004, p.260).

Buscando avançar na discussão da multiprofissionalidade, o autor revisita a diferenciação entre uma profissão técnico-científica e uma profissão técnica ou tecnológica por analogia à distinção entre educação superior e educação profissional:

> À primeira, compete o elevado pensamento científico e a construção intelectual de campos e núcleos específicos de saberes epistêmicos e pragmáticos (cursos de bacharelado nas áreas técnico-científicas e de licenciatura nas áreas do magistério). À segunda compete o elevado domínio prático de conhecimentos e habilidades para o desenvolvimento do trabalho e a concretização de procedimentos para o melhor desempenho de saberes científicos e práticos (cursos de tecnólogos e de técnicos) (idem, p.262).

A dimensão prática do saber-fazer, mensurável nas prescrições e desempenhos, novamente se afirma como discurso que subjetiva o trabalhador técnico, sedimentando uma hierarquia-distinção entre as corporações profissionais cujas implicações e efeitos de subalternização e colonização envolvem o estereótipo como estratégia discursiva, como um modo ambivalente de reconhecimento:

> A fixidez, como signo da diferença cultural/histórica/racial no discurso do colonialismo, é um modo de representação paradoxal: conota rigidez e ordem imutável como também desordem, degeneração e repetição demoníaca. Do mesmo modo, o estereótipo, que é sua principal estratégia discursiva, é uma forma de conhecimento e identificação que vacila entre o que está sempre "no lugar", já conhecido, e algo que deve ser ansiosamente repetido... (...) É a força da ambivalência que dá ao estereótipo colonial sua validade: ela garante sua repetibilidade em conjunturas históricas e discursivas mutantes; embasa suas estratégias de individuação e marginalização; produz aquele efeito de verdade probabilística e predictabilidade

> que, para o estereótipo, deve sempre estar em excesso do que pode ser provado empiricamente ou explicado logicamente (BHABHA, 2010, p.105-106).

O trabalhador técnico da saúde é significado como aquele profissional a quem o conceito de autonomia é sempre utilizado com prudência e de modo ambivalente: possui territórios de concessão, delimitados pela teia de registros e visibilidade próprios aos sistemas de avaliação e responsabilização do gerencialismo (BALL, 2005), e de restrição, nos quais a supervisão e o controle do nível superior são exigidos para a execução de procedimentos e de atos que avizinhem as fronteiras do exercício profissional de outra ocupação (da mesma ou de outra família profissional). Tal autonomia regulada se expressa na linguagem comum aos perfis de competência publicados no âmbito do Profaps, que destacam a noção de "atuação *complementar* e *compartilhada* do trabalho" (BRASIL, 2014, p.17) e de "ações de natureza técnica-operacional *complementar* ao trabalho de outros profissionais" (BRASIL, 2011d, p.26). Essa perspectiva de subordinação se desdobra em cenas diversas, como na demarcação de um rígido controle da atuação profissional dos ASB e TSB, para os quais a atuação sem a supervisão é vista como transgressão:

> Na relação do CD com os auxiliares (TSB e ASB), a lei define que cabe ao CD: supervisionar e orientar os trabalhos dos TSBs (é indispensável a supervisão direta para trabalho clínico e a supervisão indireta para trabalho extraclínico) e dos ASBs; indicar técnica de remoção do biofilme para o TSB; indicar materiais e instrumentais odontológicos para restauração dentária direta; delegar supervisão do ASB ao TSB; e responder perante os Conselhos Regionais de Odontologia pela extrapolação das funções específicas dos auxiliares. (ZANETTI et al, 2012, p.214)

No caso dos Agentes Comunitários de Saúde, a redução dos espaços de autonomia acompanha a progressiva descaracterização de seu trabalho (MOROSINI e FONSECA, 2018). Inicialmente ligados à realização do diagnóstico sócio-cultural e demográfico do território e de atividades sanitárias de baixa complexidade e alto impacto, como a terapia de reidratação oral, o estímulo à vacinação, o aleitamento materno e o acompanhamento de gestantes e crianças, os ACS passaram a integrar uma equipe multiprofissional, com atuação remetida às necessidades da organização do trabalho. Nesse contexto, assumem o papel "mediador" entre a comunidade e os serviços. Essa transição, no entanto, em vez de conferir maior integração com as equipes de saúde, tem sido associada à elevação do grau de dependência e subordinação desses trabalhadores às rotinas nas unidades de saúde (MOROSINI e FONSECA, 2018, p.264). A maior prescrição das atividades é atribuída à lógica do monitoramento dos indicadores de resultados e de produtividade:

> Esse conjunto de ações, associado àquelas relacionadas com a produção e com o registro de informações, tem crescido e concorrido com a disponibilidade para o trabalho mais elaborado de educação em saúde no território. Compromete-se o tempo

> e a direção dada às atividades na comunidade. As visitas domiciliares, por exemplo, tendem a ser breves e simplificadas, com predomínio das ações que podem ser mais facilmente quantificáveis, em detrimento da interação subjetiva com os moradores. As ações de mobilização social e de atuação intersetorial, que exigem discussões, planejamento e diálogo com pessoas e instituições, são também relegadas a segundo plano, aguardando uma oportunidade de serem inseridas na agenda, o que raramente se confirma (MOROSINI e FONSECA, 2018, p.264).

A potencial integração dos saberes produzidos pelos ACS às reuniões de equipe e ao planejamento de ações e estratégias para a saúde dos territórios se perde na barreira que ergue com relação à alteridade. A difícil abertura em relação às diferenças se inscreve na economia do poder e da dominação (BHABHA, 2010, p.107). Como aparato de poder, os modos de representação da alteridade se impõem como formas de silenciamento do "outro" dos serviços, aquele que sabe um "saber" desautorizado, hierarquicamente inferior. A desqualificação do trabalho dos ACS "se aprofunda na mesma proporção em que se retoma o predomínio da racionalidade biomédica" (MOROSINI e FONSECA, 2018, p.268). O desprestígio das ações que buscavam um olhar diferenciado sobre a produção social da saúde-doença e a mudança do modelo de atenção representa uma "re-flexnerianização" das práticas e da formação dos técnicos.

Essa digressão parece-me necessária para reforçar o argumento de que a integração desejada – prometida – pelo discurso da integração ensino-serviço se estabelece por meio de uma lógica de fantasia beatífica, na qual a problematização dos processos de trabalho se desenvolve em um espaço de plena comunicação e diálogo, desconsiderando os sutis mecanismos de silenciamento, desprestígio e interdição dos subalternos.

Frente a essa difícil e imaginária interface de contato entre profissionalidades que se reconhecem, Ceccim propõe a *entre-disciplinaridade,* uma terceira margem, uma zona de fronteira que se situa no *entre,* sítio de tensão e de indiscernimento, de aprendizagem e invenção, onde as profissões da saúde se põem em trânsito, atuando segundo sua circunscrição de saberes, mas orientando-se pela circunscrição dos saberes que as excedem. Nesse entre-lugar, "somente o aprendiz transita. Este é que faz a mudança, que altera sentidos, que convoca a aprendizagem, que irrompe em alteridade, que honestamente busca contato com o outro" (CECCIM, 2004, p.265). Seguindo o movimento proposto por Deleuze e Guattari, o autor defende o deslocamento de uma *ciência régia,* cujo poder teórico e axiomático forja conceitos verdadeiros e modelos estáveis, até as *ciências ambulantes*, "que consistem em seguir um fluxo num campo de vetores, submetendo-se às avaliações sensíveis e sensitivas que produzem um conhecimento aproximativo" (idem, p.267).

O autor considera as equipes multiprofissionais de saúde como territórios de experimentação e de transformações, "cenário de proteção e não de ameaças, invenção do trabalho protegido e não reposição de rivalidades corporativas. Em lugar do caráter restritivo do trabalho entre múltiplos profissionais, o desafio do trabalho protegido pela equipe multiprofissional" (idem, p.271).

Repleta de carga utópica, a proposta de uma "ética entre-disciplinar" para uma "estética multiprofissional" busca uma visão aberta e instituinte das equipes, ainda que reclame um princípio normativo:

> Não existirá um modelo à ética entre-disciplinar para o exercício das profissões de saúde, exceto a estética multiprofissional, esta como território de exposição (...) não requer a supressão da pluralidade, requer não um opor-se, mas um expor-se. Contato com a alteridade, sensibilidade e desenvolvimento de conhecimentos aproximativos e intuitivos atuais são o mote para a estética multiprofissional (CECCIM, 2010, p.273).

Implicar-se na relação de alteridade é um desafio que excede o âmbito do trabalho como *tekhné,* como agenciamento do que *já está aí*, invenção programática: "entender a alteridade como pertencente à ordem da diferença opositiva, denuncia Derrida, consiste numa estratégia metafísica que visa a controlá-la" (CONTINENTINO, 2006, p.15). De modo distinto, Derrida assume a irredutibilidade da alteridade, insistindo na impossibilidade de sua apreensão:

> Esta alteridade incontrolável, como já apontamos, não é a que se declara nas oposições onde as fronteiras entre os polos opostos estão bem delineadas; mas é aquilo mesmo que suspende estas fronteiras, que suspende todas as certezas que sob elas se organizam. Uma alteridade que é sempre da ordem da subversão, da perversão, da violação, da loucura, pois não desenha, não oferece nenhum horizonte, nenhum contorno.(...) uma alteridade rebelde ao jogo restritivo e garantidor da relação presença/ausência, um jogo que, na metafísica, oferece e sustenta toda a possibilidade de conceituação (CONTINENTINO, 2006, p.16-17).

Entendo que qualquer perspectiva de integração só pode se dar por meio de uma abertura ao "outro" insondável e inapreensível ou, em termos derridianos, uma integração *por vir,* que não se reduza a projetos de reconhecimento do outro em enquadramentos normativos, "onde o único sujeito que pode ser reconhecido é aquele que é sempre-já próprio de esquemas de cognoscibilidades existentes" (BHANDAR, *apud* MACEDO, 2017, p.546). A política curricular, por sua vez, se implicada na integração, deve permitir a emergência do outro singular, "reinserindo o jogo da diferença em um discurso que se pretende unitário" (MACEDO, 2012, p.735). Isso diz respeito a uma pedagogia capaz de abolir o desejo de produzir um tipo particular de subjetividade, de "anunciar o que *é* ou *deve ser* a educação em nome de algo suposto comum" (CUNHA, COSTA e BORGES, 2018).

Quero com isso argumentar que os espectros do treinamento em serviço (que as políticas de formação em saúde buscaram exorcizar) seguem habitando as políticas curriculares de

educação profissional técnica de nível médio em saúde por meio das próprias soluções que buscaram engendrar.

A integração ensino-serviço, traduzida na educação profissional como formação *em* serviço, tem se realizado usualmente por meio de um desenho curricular inspirado na pedagogia da alternância[63]. Esse arranjo, se por um lado possibilita maior capilaridade na descentralização dos cursos nas regionais de saúde, favorecendo o acesso dos estudantes à formação, por outro, propicia um *esvaziamento* da formação pela redução significativa da carga horária destinada à concentração no espaço escolar, estabelecendo-se como um arranjo precário que disputa os espaços da rotina dos serviços. Ao mesmo tempo, sua reiteração como única forma capaz de incluir os trabalhadores técnicos termina por naturalizar a inserção não qualificada destes trabalhadores.

A diferença entre a condição de estudantes universitários que buscam o contato e a vivência prática com a realidade dos serviços e a de trabalhadores de nível médio que, a partir de sua inserção em serviço, reivindicam uma formação que lhes propicie a profissionalidade almejada não pode, portanto, ser desprezada.

Em primeiro lugar, são outras as demandas da integração: não é a universidade, seus docentes e estudantes que buscam aproximação com o trabalho, mas os serviços e seus trabalhadores não qualificados que buscam integração com a escola (as ETSUS). A ideia de integração parece deslocada de sua direcionalidade, uma vez que não se busca – tal como nas experiências do VerSUS e do Pró-Saúde[64] – uma aproximação ao mundo do trabalho para quem

---

[63] Segundo Teixeira, Bernartt e Trindade (2008), "a Pedagogia da Alternância consiste numa metodologia de organização do ensino escolar que conjuga diferentes experiências formativas distribuídas ao longo de tempos e espaços distintos, tendo como finalidade uma formação profissional. Esse método começou a tomar forma em 1935 a partir das insatisfações de um pequeno grupo de agricultores franceses com o sistema educacional de seu país, o qual não atendia, a seu ver, as especificidades da Educação para o meio rural" (idem, p.227). "A Pedagogia da Alternância atribui grande importância à articulação entre momentos de atividade no meio socioprofisional do jovem e momentos de atividade escolar propriamente dita, nos quais se focaliza o conhecimento acumulado, considerando sempre as experiências concretas dos educandos. Por isso, além das disciplinas escolares básicas, a educação nesse contexto engloba temáticas relativas à vida associativa e comunitária, ao meio ambiente e à formação integral nos meios profissional, social, político e econômico" (idem, p.229).

[64] O VerSUS Brasil é um programa do MS que proporciona ao estudante 7 a 10 dias de vivência multiprofissional (estudantes de diferentes cursos) em um sistema de saúde municipal ou estadual. Trata-se da interação dos estudantes entre si, com gestores, trabalhadores da saúde, usuários e instituições de Ensino Superior. Uma interação que propicia o debate e o conhecimento sobre aspectos de gestão do sistema, as estratégias de atenção, o exercício do controle social e os processos de educação na saúde (OTICS, 2019); o Pró-Saúde - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (BRASIL, 2007b) visa incentivar a transformação do processo de formação, geração de conhecimento e prestação de serviços à população para abordagem integral do processo saúdedoença. Tem como eixo central a integração ensino-serviço, com a conseqüente inserção dos estudantes no cenário real de práticas que é a Rede SUS, com ênfase na atenção básica, desde o início de sua formação.

ainda não trabalha, visando diminuir as distâncias entre teoria e prática. Pelo contrário, o que se busca é antes a reparação de uma falta, do acesso à formação profissional negligenciada nos processos de inserção no trabalho, uma integração que parte *do serviço,* com demandas *à escola*.

Poderia ser argumentado que esta perspectiva nada mais é do que aquela fomentada pela proposta da educação permanente, no que seria possível concordar. Porém esta não é a opção concebida para a formação inicial no nível superior. Não existem propostas de graduação para trabalhadores inseridos nos serviços.

Curiosamente, o argumento que sustenta o discurso da integração ensino-serviço na educação profissional continua sendo o mesmo, ou seja, aproximar a formação da realidade dos serviços. Ora, a diversificação dos cenários de aprendizagem para alunos da graduação diz respeito à mudança em relação a um cenário básico que é o da sala de aula nas universidades. Assim, parece bastante razoável, que, na perspectiva de integração ensino-serviço da política de educação permanente,

> Os cenários de aprendizagem devem envolver a gestão e a atenção de saúde, assim como a vivência nas instâncias de controle social em saúde, a compreensão do trabalho no setor privado e a regulação da saúde suplementar. Devem envolver a rede de serviços de saúde como um todo, pois todos os ambientes de trabalho em saúde devem ser conhecidos ao longo da formação e a maior familiaridade e destreza devem ser proporcionadas pelos campos de atuação com maior expansão e perspectiva de empregabilidade, para que os profissionais recém formados possam ingressar com maior autonomia profissional (CECCIM e CARVALHO, 2011, p.89).

No caso de alunos-trabalhadores, o componente que se busca integrar é o escolar, tido como espaço capaz de prover "tempo livre" de produção de sentidos e sistematização de conhecimentos, "tempo e o espaço para sair de seu ambiente conhecido, para se superar e renovar (e, portanto, de forma imprevisível) o mundo" (MASSCHELEIN e SIMONS, 2018, p.10). No entanto, essa (re)aproximação do universo escolar se dá por meio de uma reapropriação do próprio conceito de escola, nomeada como *escola-função* no discurso da integração ensino-serviço. Concebida sob o argumento da inclusão, a escola pensada para os trabalhadores técnicos da saúde enfrenta, pelas próprias características que lhe conferem esperança de mudança, uma série de dificuldades que terminam por desestimular e mesmo inviabilizar essa integração.

Dentre os diferentes obstáculos encontrados, a dificuldade em realizar a capacitação pedagógica dos profissionais da rede que assumem a docência é considerada uma fragilidade importante, uma vez que põe em questão a possibilidade de operar com os princípios metodológicos assumidos pelas escolas:

> Os docentes que não participaram do momento anterior da qualificação pedagógica não apresentaram disponibilidade para um novo encontro. Isto dificultou a construção de uma abordagem pedagógica adequada. Foi levantada a hipótese de o curso convidar profissionais qualificados, não pertencentes ao quadro de servidores estaduais ou municipais, pois acreditava-se que estes teriam maior disponibilidade para a dedicação docente. Entretanto, essa proposta foi recusada, uma vez que a rede de serviços, especialmente para a parte prática do curso, atrela o mesmo aos servidores da rede de hemoterapia estadual (ASSIS *et al*, 2018, p.742).

A organização e operacionalização curricular baseada na integração ensino-serviço nem sempre é percebida como uma oportunidade vantajosa ou cômoda aos trabalhadores, cuja realidade e trajetória de vida demanda retornos práticos em termos de valorização profissional:

> Alguns servidores do Hemocentro, que não apresentaram interesse em participar, apresentaram como uma das justificativas o fato de o curso ser muito extenso. A realização noturna do curso foi um fator favorável à participação dos servidores do Hemocentro. Essa fundação estadual tem jornada de trabalho de 30 horas, muitos trabalhadores têm outros vínculos empregatícios, o que pode ter dificultado a sua participação no curso (idem, p.742-743).

As dificuldades também são encontradas nos processos de seleção, capacitação de docentes:

> A seleção de docentes foi um momento crítico. A especificidade de conhecimentos aliada à necessidade de conciliar carga horária do curso com o horário de serviço constituiu grandes desafios. Entretanto, a dificuldade maior, principalmente do docente local, foi a baixa remuneração (738).
>
> Os principais obstáculos do curso estiveram relacionados à baixa valoração da ação educativa pelos gestores dos serviços aos quais se vinculavam os discentes e docentes, trabalhadores da saúde. Esse fato pôde ser relacionado à baixa adesão e à evasão dos alunos, bem como às dificuldades dos docentes, qualificados pela formação e experiência profissional, em assumir a condução do conteúdo teórico-prático do curso (idem, p.747).

A ausência do trabalhador nos serviços de saúde para frequentar as aulas e o estágio é significada como ameaça ao atendimento da população. De necessidade histórica e requisito estratégico para a consolidação do SUS, a formação é então convertida em um problema para manutenção dos serviços. Essa questão se expressa na forma com que os gestores se relacionam com os processos formativos do trabalhador de nível médio:

> Já o presidente do CONASEMS, Antônio Nardi, relata que a necessidade de manter os trabalhadores no serviço é um fator complicador: "Para as regiões que têm os municípios distantes um dos outros, é necessário pensar em unidades de aprendizagem e estágio concentrados, possibilitando que o aluno permaneça o maior tempo possível no trabalho. Precisamos encontrar um equilíbrio entre a formação e a necessidade dos serviços para não prejudicar o atendimento da população". Para contornar o problema, Nardi afirma que o CONASEMS pode encaminhar aos municípios uma nota técnica explicitando a importância da liberação dos profissionais de saúde para participação nos cursos e, ainda, dialogar com os COSEMS para pautar este tema na CIB para pactuação da garantia da liberação integral (RET-SUS, 2010a, p.14).

A ênfase na integração ensino-serviço, como princípio pedagógico capaz de promover a aprendizagem significativa dos trabalhadores e a transformação das práticas de saúde, encontra seus limites apagados dos registros oficiais. A natureza distinta desses processos formativos implica uma negociação da liberação dos serviços, conferindo outro sentido à formação, que não passa necessariamente pelo direito dos trabalhadores ou pela melhoria da qualidade da atenção. Estas dificuldades acabam restringindo e estratificando as oportunidades formativas por níveis da atenção (primária, secundária, terciária), categoria profissional, regionais de saúde e tipos de curso (formação inicial e continuada, formação técnica):

> As ETSUS têm relatado dificuldades na realização dos cursos, principalmente no que diz respeito à liberação dos trabalhadores. É o caso da Escola Técnica de Saúde do Tocantins Dr. Gismar Gomes que não consegue dar prosseguimento à qualificação nas maternidades e UTIN. "Temos dificuldades no que se refere à liberação dos trabalhadores por parte dos gestores dos hospitais. Por conta desse impasse, só pudemos fazer os cursos voltados para a Atenção Primária", contou a presidente da instituição, Aldenira Gomes, durante oficina do Profaps realizada em agosto em Brasília (RET-SUS, 2010a, p.19).
>
> As estratégias realizadas [pelos estados] para a implementação do Profaps, foram (...) buscar alternativas de utilização do recurso financeiro das portarias e torná-lo efetivo na formação de RHS, pois os entraves encontrados para a oferta de cursos técnicos trouxeram os cursos de formação inicial e continuada (FIC) e qualificação, como proposta viável de execução. (UCHIYAMA, 2018, p.77)

4.3 Em busca do trabalhador eficiente: a profissionalização nas derivas do profissionalismo

Da mesma forma que a integração ensino-serviço, o discurso da profissionalização reverbera nas políticas de educação profissional técnica de nível médio em saúde. Seus sentidos, entretanto, são disputados na política, havendo diferentes demandas que se articulam em sua defesa. Ainda que a formação inicial e contínua das competências seja apenas um dos processos envolvidos na constituição da profissionalidade - ao lado da codificação nos sistemas de emprego e de seu reconhecimento no jogo das relações sociais – a retórica da "mudança nos processos de trabalho em saúde" e das ações educativas como "importante estratégia para mudar as práticas e qualificar o trabalho em saúde" (BRASIL, 2011c, p.13) reforça a valorização do trabalho profissional como aquele sustentado em saberes e práticas legitimadas pela certificação, hegemonizando sua significação. De acordo com a coordenadora-geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde do Departamento de Gestão da Educação na Saúde da SGTES,

> O grande desafio do ensino técnico é de fato profissionalizar os trabalhadores do SUS que não têm formação específica para os postos de trabalho que ocupam. Hoje nos

> serviços de saúde, são muitos os trabalhadores que estão na condição de agentes e auxiliares e, para qualificar o SUS, vamos precisar profissionalizar esses trabalhadores. Tomando como exemplo a área de vigilância em saúde, não temos técnicos de vigilância em saúde formados, portanto temos déficit de atuação nas áreas de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental. Então, criamos diretrizes para o curso de Técnico em Vigilância em Saúde, integrando essas áreas. Reforçamos que o desafio da área técnica é profissionalizar os trabalhadores que já estão nos serviços, para melhor prepará-los para o papel que estão desempenhando no SUS (RET-SUS, 2011b, p.7-8).

A redução da profissionalização à formação é acompanhada do apagamento das contingências que produziram a exclusão das dimensões de organização do trabalho e das carreiras profissionais dessa significação. Essa operação de substituição metonímica entre significantes se vale de mecanismos de secundarização, desresponsabilização e/ou delegação destes aspectos às negociações entre trabalhadores e gestores. Mesmo considerando os esforços do MS no fomento à implantação, implementação ou revisão de planos de carreira e desprecarização do trabalho, na organização da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS e na aprovação de Diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários no âmbito do SUS, as iniciativas de construção de planos nos âmbitos regionais, estaduais e municipais devem ser entendidas "nos marcos de uma profunda disputa com as políticas contidas na Reforma Administrativa da Saúde, contraditórias ao seu desenvolvimento na perspectiva da desprecarização das relações de trabalho" (RIZZO e LACAZ, 2017, p.415).

Premidos pelas políticas econômicas de ajuste fiscal e de redução da dívida pública, estados e municípios relatam grandes dificuldades para assumir suas responsabilidades em relação à gestão do trabalho. À exceção dos ACS e ACE, que obtiveram importantes conquistas no plano legislativo - como a criação e regulamentação da profissão, a crescente desprecarização das formas de contratação e a instituição de um piso salarial nacional -, o processo de regulação profissional de diversas outras categorias profissionais de nível médio não avançou. De modo distinto de grupos marcados por grande heterogeneidade, os ACS e ACE conseguiram se constituir em força política de âmbito nacional, estabelecendo boas condições para a organização de suas lutas coletivas (MOROSINI e FONSECA, 2018; NOGUEIRA, 2017).

É importante lembrar que o estabelecimento de normas educacionais não garante a regulamentação profissional das categorias. Diversos grupos são identificados na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO/MTE), têm seus cursos de formação técnica incluídos no Catálogo Nacional de Cursos Técnicos do MEC, perfis de competências e diretrizes curriculares definidas pelo MS, mas ainda não lograram sua profissionalização do ponto de vista legal. Esse reconhecimento depende de uma série de outros processos até a sua regulamentação por meio

de lei, cuja apreciação é feita pelo Congresso Nacional, por meio de seus Deputados e Senadores, e levada à sanção do Presidente da República (MTE, 2019).

Enquanto algumas categorias já possuem tal estatuto[65], outras ainda buscam essa chancela, enfrentando problemas de diversas ordens: organização associativa e sindical incipiente, expressiva segmentação por natureza das atividades, heterogeneidade de vínculos institucionais e de setores de atuação. A dificuldade em estabelecer um corpo de conhecimentos e práticas como próprios à atividade profissional cria zonas de indefinição e atrito entre grupos profissionais consolidados e emergentes:

> Atos específicos do campo hemoterápico, como coleta de sangue e procedimentos relacionados à transfusão, são inerentes à prática do técnico em hemoterapia. Práticas estas que implicam em embates com a regulamentação profissional do campo da enfermagem. Essa situação foi exposta (...) e se questionou que órgão regulamentará a profissão de técnico em hemoterapia. Para alguns profissionais, o curso técnico em hemoterapia deveria ter por precedente outra formação técnica em saúde, fato que não corresponde à regulamentação dos cursos técnicos na área (ASSIS *et al,* 2018, p.739).

Das oito áreas técnicas consideradas prioritárias para a educação profissional técnica de nível médio no Profaps, cinco tiveram perfis de competências e diretrizes curriculares definidos no decorrer do programa. Os cursos técnicos de enfermagem e de saúde bucal já dispunham dessa normatização e a área de manutenção de equipamentos não avançou nesse sentido.

Os textos finais dos mapas de cada área profissional são organizados por eixos e competências que explicitam "as capacidades a que se recorre para a realização de determinadas atividades em determinado contexto técnico-profissional e socio-cultural, [incorporando] três dimensões de saberes: saber fazer (habilidades), saber saber (conhecimentos) e saber ser ético-profissional (atitudes e valores)" (idem, p.21).

Mesmo afirmando que "os marcos de orientação da SGTES/DEGES contemplam o paradigma da competência para além da sua dimensão técnico-instrumental ou simples adaptação do trabalhador às necessidades do processo de prestação de serviços de saúde" (BRASIL, 2011b, p.19), a relação de habilidades que compõe cada competência remete a um conjunto de atividades instituídas e reconhecidas por especialistas, trabalhadores e gestores como próprios da área profissional, ou seja, procedimentos que os trabalhadores já realizam ou deveriam realizar. Cada rol de habilidades é seguido de um inventário de conhecimentos considerados necessários para o desenvolvimento das habilidades requeridas. Na sequência do mapa de competências, o marco de orientação curricular de cada área profissional apresenta –

[65] O exercício da profissão de técnico de radiologia é regulado pela Lei nº 7.394/85 e pelo Decreto nº 92.790/86; do técnico e do auxiliar de enfermagem, pela Lei nº 7.498/86; do técnico e do auxiliar de saúde bucal, pela Lei nº 11.889/08; do técnico em prótese dentária, pela Lei nº 6.710/79.

entre outros aspectos relevantes para orientar os planos de cursos das escolas – o perfil de conclusão e a organização de conteúdos tendo "como referência as competências relacionadas aos eixos estruturantes de forma a compor módulos pedagógicos" (BRASIL, 2011d, p.38).

Ante o exposto, quero argumentar que a tentativa de fixação de identidades para os trabalhadores técnicos no âmbito do Profaps se dá por meio de sua tradução em conteúdos supostos como fundamentos de cada perfil profissional. A justificativa para o elevado grau de detalhamento da proposta é situada na responsabilidade estratégica de convergência das políticas que visam a consolidação do sistema de saúde. De acordo com o texto introdutório dos marcos de orientação curricular,

> Tendo em vista que a ordenação da formação de recursos humanos para a saúde é responsabilidade do SUS, a articulação de diretrizes, referenciais, propósitos e prioridades das políticas de saúde e de educação torna-se estratégia privilegiada para o desenvolvimento dos processos de formação e de educação permanente necessárias ao SUS (BRASIL, 2011d, p.35).

A defesa de uma norma para os currículos da formação técnica em saúde parte do pressuposto de que o controle sobre os currículos das escolas é garantidor da qualidade da formação profissional. Em outra direção, defendo que a denominada qualidade da atenção e da formação não é, senão, uma articulação equivalencial, precária e contingente que busca estancar os fluxos da significação. Uma vez que a política não cessa, essa tentativa de frear a tradução é fracassada (LOPES, 2015; 2017). A expectativa de leitura única dos textos parte de uma ilusão da estabilidade do próprio conhecimento científico e da pressuposição de que seria possível "um consenso curricular produzido fora da disputa política curricular contextual" (LOPES, 2017, p.113). Nem são controláveis os contextos de leitura das diretrizes nas escolas, a intertextualidade aberta por estas leituras (LOPES, 2018) e tampouco os efeitos dessa normatização sobre os trabalhadores.

Ao sinalizar a importância de formar profissionais "capacitados para atuar em diferentes contextos e serviços, contribuindo para a efetividade das redes de atenção à saúde do SUS" (BRASIL, 2011a), o discurso da profissionalização aciona um conjunto de sentidos que procura dominar o campo da discursividade e regular as possibilidades de ser dos trabalhadores. Ao mesmo tempo, desconsidera a formação como parte integrante do processo de trabalho, como se houvesse um profissional plenamente formado a priori, antes de estar em uma situação de trabalho ou como se todas as situações de trabalho fossem previstas.

Segundo Dubar (2012), o discurso da profissionalização vem invadindo o campo do trabalho e da gestão desde os anos 1960: "um dos objetivos do *New Management* é fazer de todos os trabalhadores verdadeiros 'profissionais' dotados de competências reconhecidas"

(DUBAR, 2012, p.354). A profissionalização, no entanto, abriga dois fenômenos distintos que é preciso distinguir sociologicamente: "a injunção dos dirigentes no 'profissionalismo' e a aspiração dos assalariados à 'profissionalidade', isto é, ao acesso a um verdadeiro ofício reconhecido (DUBAR, TRIPIER, BOUSSARD, 2011 *apud* DUBAR, 2012, p.355).

A iterabilidade do discurso da profissionalização fez-se, sobretudo, baseada na subjetivação do trabalhador *competente*, cuja normatividade supõe o imperativo de "construir a própria identidade profissional mediante o percurso de atividades" (DUBAR, 2012, p.255). Assim, o discurso da profissionalização não só é reduzido à formação, como pressupõe uma tarefa que cabe aos trabalhadores perseguir.

Desde o período de implantação das reformas de estado dos anos 1990 e de instalação de novas tecnologias de política para a gestão do trabalho e da educação, a disseminação de uma "nova linguagem moral compartilhada" (BALL 2001, 2005) busca associar os sentidos da profissionalização com a responsabilização, competências, desempenho, empregabilidade, flexibilização.

Instala-se no mundo do trabalho uma "luta pela alma do profissionalismo" (BALL, 2010, p.39), uma luta pela significação que envolve a substituição do *ethos* do profissionalismo tradicional por um "novo profissionalismo comercializado" (idem, p.51). Nesse quadro, ganha centralidade a questão da *confiança*, uma confiabilidade baseada em evidências, na exteriorização do conhecimento que permite o julgamento sobre "quem é confiável e por que é confiável" (idem, ibidem).

A incorporação do conceito de competências na educação se dá de modo articulado a esta *nova racionalidade* que, para Dardot & Laval (ANDRADE *et al* , 2015), "comanda as práticas desde o interior, e não no sentido de uma motivação ideológica ou intelectual", mas como uma "nova razão do mundo" que atravessa todas as esferas da existência humana. A noção de competências se institucionaliza desse modo em diversos países como uma "vertente individual da profissionalidade" (RAMOS, 2001).

Mais do que a aprendizagem de conteúdos, métodos e técnicas de trabalho, a profissionalização, em suas dimensões sociológica, econômica e pedagógica, pressupõe o desenvolvimento do *profissionalismo*, colocando em evidência

> (...) a complexidade dos processos de trabalho que o profissional pode ser levado a enfrentar, mobilizando seus recursos cognitivos e sócio-afetivos. O apelo que faz o sujeito a estes recursos evidencia, por fim, a dimensão psicológica implícita na profissionalização (RAMOS, 2001, p.241)

No entanto, diante das mudanças do mundo do trabalho contemporâneo, esta noção é estendida para além da obtenção do emprego e da realização de um trabalho bem feito,

requerendo mudanças em direção a um *novo profissionalismo*, capaz de lidar com a insegurança e a mobilidade permanente entre funções e ocupações e, até mesmo, preparar para o subemprego e o trabalho autônomo (por vezes vinculado ao empreendedorismo). No contexto de desregulamentação e desformalização das relações de trabalho, a noção de *empregabilidade* inspira uma nova ética profissional, uma "profissionalidade de tipo liberal" que tem no desenvolvimento de competências a função predominante dos processos educativos (RAMOS, 2001, p.253).

Integrando a tradição teórica da eficiência social no campo do currículo, o ensino para as competências parte de uma estreita associação entre o currículo e o mundo produtivo, subordinando as finalidades educacionais às demandas de aprendizagem para o desempenho eficiente do trabalho. Não se trata de sugerir a mera continuidade ou reedição de uma tradição pedagógica[66], mas de afirmar que alguns dos traços e fragmentos de sentidos da racionalidade tyleriana são hibridizados em diversos autores que produzem desdobramentos importantes no campo do currículo, incluindo as preocupações com a taxonomia e a formulação precisa dos objetivos educacionais de Bloom e Mager, nos anos 1950 e 1960; o questionamento da atomização dos objetivos e a proposta de sua substituição pela noção de competências por Baker & Popham, na década de 1970 e a reelaboração cognitivo-construtivista desta noção nas políticas recentes, conforme desenvolvida no trabalho sobre a pedagogia diferenciada de Phillipe Perrenoud e César Cool (LOPES, 2008; LOPES e MACEDO, 2011a; MACEDO, 2012; RAMOS, 2001, 2010).

Uma das principais heranças dessa tradição é a tentativa de controle da significação através da ênfase na formulação dos objetivos comportamentais capazes de assegurar a construção das identidades desejadas pelo currículo:

> A ideia (ainda muito presente no senso comum educacional) de que a qualidade do desenvolvimento curricular, e da educação de uma maneira geral, depende de uma definição precisa dos objetivos a serem implementados – e, por conseguinte, do perfil de profissional, de cidadão ou de sujeito social que se pretende formar – é sintonizada com esse pensamento de que o currículo existe para atender às finalidades sociais do modelo produtivo dominante (LOPES, 2008, p.66).

Ainda que a concepção de objetivos educacionais tenha sido substituída pela ideia das competências, estas são entendidas como "comportamentos mensuráveis e, portanto, cientificamente controláveis" (LOPES, 2008, p.67).

---

[66] Mesmo admitindo a ideia de correntes ou tradições como problemáticas simplificações do real, dado que são articulações que não apagam as diferenças, tomo-as aqui como ficções que criam uma "sensação de totalidade" (MACEDO, 2017) e mobilizam as práticas curriculares.

No extenso estudo sobre a pedagogia das competências realizado por Ramos (2001), a autora reconhece a existência de deslocamentos divergentes e convergentes entre o conceito de qualificação e a noção de competências. Na primeira perspectiva (divergente), o conceito de qualificação é identificado com o regime taylorista-fordista, sendo associado a uma visão estática do mundo do trabalho em que vigora o sistema de classificação, carreira e salários baseado nos diplomas e profissões bem definidas. Diante das mudanças no mundo do trabalho e da crise do emprego mundial, a ilusão planificadora se mostraria inadequada aos desafios da gestão do trabalho. A noção de competência, por sua vez, "emergiria dos novos modelos de produção, sendo afeta à dinamicidade e à transformação" (idem, p.60). Na segunda perspectiva (convergente), a autora destaca a possibilidade de um deslocamento convergente, uma relação dialética entre as duas noções: na visão de Schwartz (*apud* RAMOS, 2001, p.66), "a competência explica a nova articulação entre a dimensão experimental e a dimensão conceitual dos saberes necessários à ação". Do mesmo modo, para Zarifian,

> (...) a competência pode ser sintetizada como a capacidade que os trabalhadores têm de enfrentar situações e acontecimentos próprios de um campo profissional, com iniciativa e responsabilidade, guiados por uma inteligência prática do que está ocorrendo e coordenando-se com outros atores para mobilizar suas próprias capacidades (RAMOS, 2001, p.66).

A integração da noção de competência à reforma educacional brasileira inicia-se com a aprovação da Lei nº 9394/96, a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, incidindo tanto sobre a educação básica quanto sobre a educação profissional. Mas é, sobretudo, na educação profissional de nível técnico que sua apropriação se dá de forma mais contundente, uma vez que essa modalidade é considerada o ponto de articulação entre a escola e o mundo do trabalho. De acordo com Ramos (2001, p.148), com a publicação do Decreto 2208/97 a noção de competências aparece vinculada aos currículos plenos dos cursos técnicos. Em sua determinação, nas diretrizes a serem estabelecidas pelo MEC, ouvido o Conselho Nacional de Educação, deveriam constar parâmetros como "habilidades e competências básicas por área profissional". As competências, por sua vez, seriam identificadas em forma de perfil, "mediante estudos das atividades profissionais, ouvidos os setores interessados, inclusive trabalhadores e empregadores" (BRASIL, 1997). Para a Secretaria de Ensino Médio e Tecnológico (SEMTEC/MEC), a construção curricular baseada em competências deveria se dar nas seguintes etapas:

> a) análise do processo de trabalho; b) construção de uma matriz referencial de competências; e c) elaboração de um projeto pedagógico e dos respectivos planos de curso, mediante a transposição didática da matriz referencial de competência, adotando-se a organização curricular modular e uma abordagem metodológica baseada em projetos ou resolução de problemas (RAMOS, 2001, p.148).

Boa parte das críticas que o modelo recebe está referida à problemática incorporação desta noção ao campo da educação e à submissão de toda organização curricular às competências. Lopes (LOPES, 2008), em estudo sobre as políticas de integração curricular, destaca algumas destas limitações:

> Mesmo quando a competência expressa uma meta social mais complexa, capaz de articular saberes, valores, disposições sociais e individuais, sua complexidade é dissolvida ao ser traduzida em um conjunto de habilidades passíveis de serem avaliadas de forma isolada. Afinal, ainda que, para a expressão de uma competência, seja necessário o domínio de habilidades, o domínio de habilidades isoladas não garante a incorporação da complexidade de uma competência (LOPES, 2008, p.67)
>
> Tais indicadores de desempenho permitem a articulação dos sistemas de avaliação capazes de atuar na regulação dos conteúdos ensinados. Ainda que as propostas curriculares afirmem ser importante que as escolas assumam currículos flexíveis, adequados às suas realidades, capazes de permitir a cada escola a constituição de sua própria identidade pedagógica, os processos de avaliação centralizados nos resultados contribuem para padronizar tal flexibilidade (idem, p.134)

Não se trata de desconsiderar que as competências sejam dimensões possíveis da formação. No entanto, concordando com Lopes (2019), entendo que ao sujeitar toda a organização curricular à lógica das competências, a própria educação é submetida "ao registro instrumental de um saber-fazer" (LOPES, 2019, p.69), permanecendo "reduzida ao ensino e o ensino, por sua vez, fica restrito ao atendimento de metas de aprendizagem vinculadas ao saber fazer e à resolução de problemas associados a demandas da vida cotidiana" (idem, ibidem).

Apesar do caráter instrumental e conformista denunciado por diferentes autores, a recepção à pedagogia das competências entre os profissionais da educação no país não foi negativa. Uma série de fatores podem ter contribuído para esse acolhimento, como o aporte do construtivismo piagetiano e a valorização das atividades e experiências para a construção do conhecimento; o deslocamento do ensino para a aprendizagem e do professor para o aluno e o próprio antagonismo estabelecido com o modelo taylorista-fordista no campo do trabalho, e com o currículo disciplinar na educação. Vista como uma forma de promover a integração curricular, aproximar a escola do mundo do trabalho e desenvolver outras competências para além das cognitivas, o discurso das competências foi revestido de "contornos potencialmente democráticos" (LOPES, 2008).

É assim que, na área da saúde, e mais especificamente na educação profissional, a tentativa de superar a pedagogia tradicional e o conteudismo disciplinar propiciou terreno favorável e as condições de possibilidade para que a pedagogia das competências se constituísse em referência para as ETSUS (RAMOS, 2010) e hegemonizasse os sentidos da profissionalização.

A busca de maior eficiência do trabalho técnico nas ações de diagnóstico no SUS é um dos objetivos que acompanha a gênese do Profaps, conforme enunciada no Anexo II da referida Portaria:

> A formação técnica dos trabalhadores de nível médio é um componente decisivo para a efetivação da política nacional de saúde, capaz de fortalecer e aumentar a qualidade de resposta do setor da saúde às demandas da população, tendo em vista o papel dos trabalhadores de nível técnico no desenvolvimento das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2009a).

A preocupação com a resolutividade apresenta-se como diretriz política da formação técnica no SUS, explicitada pela vinculação da formação à melhoria dos indicadores:

> Os processos de formação, portanto, devem estar vinculados às necessidades apontadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que exige profissionais com capacidade de atuar nos diferentes sub-setores, áreas e serviços, contribuindo para a promoção da melhoria dos indicadores de saúde e sociais, em qualquer nível do Sistema (BRASIL, 2009a).

Essa perspectiva é associada não só à elaboração de novos referenciais para os cursos, mas também à avaliação dos mesmos. A referência indireta ao Sistema de Certificação de Competências (SCC) do Profae aparece como modelo a ser seguido:

> A partir dessas orientações, o setor saúde está buscando alcançar novos referenciais para formar profissionais e avaliar a formação numa perspectiva de desenvolver, em alunos e trabalhadores, a competência para o cuidado em saúde, entendendo ainda que esta competência se expressa na capacidade de um ser humano cuidar de outro, de colocar em ação os saberes necessários para prevenir e resolver problemas de saúde (BRASIL, 2009a, Anexo II).

A Portaria ratifica assim o princípio de que a formação profissional deva ser "voltada para a compreensão global do processo produtivo, com a apreensão do saber tecnológico, a valorização da cultura do trabalho e a mobilização dos valores necessários à tomada de decisões" (BRASIL, 2009a, Anexo II). Essa significação reverbera também entre os cadernos de diretrizes e orientações para a formação de técnicos publicados pelo Profaps (BRASIL, 2011a, 2011b, 2011c, 2011d; 2014):

> É imprescindível considerar o contexto de mudança nos processos de trabalho em saúde, em que se destacam a constante incorporação de inovações tecnológicas e de novas formas de organização do trabalho, que tornam imperativas a articulação entre os diversos setores, maior integração das ações dos diferentes agentes que atuam na área da saúde e a busca da recomposição dos trabalhos parcelados (BRASIL, 2011a, p.13).

No discurso da profissionalização, a subjetivação dos trabalhadores técnicos como *profissionais competentes*, capazes de garantir maior qualidade e resolutividade nos serviços, traduz-se na projeção de uma identidade compromissada com a melhoria dos indicadores de produtividade e de saúde.

Essa preocupação com os desempenhos – lógica social da reforma do Estado contemporâneo e do gerencialismo como tecnologia de gestão - tem sido amplamente difundida nas políticas de saúde (FONSECA e MENDONÇA, 2014; CARNUT e NARVAI, 2016). Entendo que essa disseminação tem na epidemiologia um de seus mais importantes braços tecno-políticos, com a pesquisa acadêmica atuando na introdução de mecanismos de avaliação de cumprimento de metas de produtividade e acompanhamento de indicadores nas diferentes áreas:

> Atualmente, do plano mais ascendente da formulação de políticas até o mais singular dos serviços, difundem-se as práticas de avaliação, sendo possível afirmar a existência de uma cultura avaliativa. Entretanto, a perspectiva que prevalece é a de que a avaliação oferece o melhor modo de conhecer objetivamente a realidade, sem se problematizar o fato de que, ao estabelecer critérios, indicadores e métodos, valorizam-se determinadas ações e modos de agir em detrimento de outros, gerando efeitos imprevistos, nem sempre favoráveis a todas as dimensões implicadas em nossos objetivos (FONSECA e MENDONÇA, 2014, p.344).

Os efeitos desse discurso se fazem notar no redirecionamento do processo de trabalho e das práticas dos trabalhadores técnicos. O esvaziamento daquilo que singulariza a atuação profissional acaba por restringir o próprio espaço de afirmação da profissionalidade:

> O confinamento das atividades dos ACS em uma condição de trabalho simples, no qual figura o esvaziamento da educação em saúde em um formato mais complexo e prevalece o caráter/tarefeiro de sua atuação; e, em um horizonte de tempo mais amplo, a perda do significado de sua atuação nos contextos em que o sistema se qualifica de modo estável. Isto traria um paradoxo: quanto melhor o sistema de saúde, mais frágil se torna o trabalho do ACS. Em sentido complementar a essa discussão, consideramos relevante lembrar que o formato de cobrança do cumprimento de metas coletivo e individual, aliado à precarização e falta de estabilidade do ACS, impõem ao trabalhador estar continuamente buscando a sua validação e sendo posto à prova sozinho (LINHART, 2011). Essa é uma forma de gerar precariedade subjetiva nos trabalhadores, que gradualmente deixam de se sentir à vontade no trabalho e entre si, interferindo negativamente sobre a formação de redes de cumplicidade e apoio (FONSECA E MENDONÇA, 2014, p.354-355).

Nessa lógica, a profissionalização se apresenta como requisito necessário para qualificação do posto de trabalho e de suas demandas de produtividade. A ênfase na formação e avaliação de desempenho eficiente de atividades e procedimentos secundariza e, por vezes, tende a apagar da significação a luta pela desprecarização dos vínculos, pela organização de planos de carreira e salários, pela melhoria nas condições de trabalho e pela valorização e reconhecimento do trabalho nas equipes de saúde.

No entanto, mesmo reduzida aos processos formativos, a profissionalização é incapaz de garantir a integralidade e a universalidade da formação técnica dos trabalhadores. Muitas objeções a essa possibilidade têm surgido. As rejeições podem ser produzidas tanto no interior da própria família profissional, como interpostas no âmbito da gestão municipal, na forma de

obstáculos administrativos e financeiros. No primeiro caso, se expressam, por exemplo, na vigilância das fronteiras do exercício profissional na área de saúde bucal, em que parte da categoria dos cirurgiões dentistas (CD) se sente ameaçada pela disputa de mercado representada pela formação e inserção dos TSB. Na revisão e atualização de competências de ASB e TSB, intensificaram-se as disputas interpretativas sobre os instrumentos normativos de seu ordenamento jurídico, comprometendo as possibilidades de racionalização organizacional do trabalho odontológico e a ampliação do acesso à saúde bucal no SUS. No segundo, se apresentam como argumentos administrativos que procuram justificar a impossibilidade de contratação futura dos técnicos formados. No caso dos ACS, a resistência à profissionalização ocorre também no meio acadêmico e entre defensores da Reforma Sanitária Brasileira, pelo entendimento de que a formação técnica dos agentes e sua vinculação como servidores públicos desvirtuariam o papel comunitário "original" do agente:

> No caso dos obstáculos postos à realização da formação técnica, não se pode desconsiderar a influência de uma concepção que valoriza os atributos subjetivos, ligados à origem comunitária dos ACS, e considera que esta formação poderia produzir um distanciamento entre esse trabalhador e a realidade das pessoas de sua comunidade. Este argumento, reiterado durante muitos anos, hoje, perdeu força. A elevação da escolaridade geral da categoria aqui já referida, por um lado, contribui para desmistificar esse argumento contrário à formação profissional dos ACS, mas, de outro, aporta novo problema. Percebe-se que muitos ACS já buscaram um caminho próprio de profissionalização, inclusive de nível superior, fragilizando ainda mais o projeto de uma formação própria, representada pelo Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde. (MOROSINI e FONSECA, 2018, p.266).

Assim, apesar da publicação dos referenciais curriculares, a formação técnica não se mostrou um caminho efetivo para a profissionalização dos ACS: tornada realidade em poucos municípios, significa "mais uma expectativa do que um avanço propriamente dito" (MOROSINI e FONSECA, 2018, p.265):

> A formação profissional representou, em certo momento, um espaço de avanço que não se confirmou. A preparação para o trabalho, inicialmente sem parâmetros definidos, tem uma trajetória que inclui o curso introdutório, de carga horária e conteúdos variados e a capacitação em serviço, com a participação dos enfermeiros e ACS mais antigos. Essas formas de qualificação breves e intermitentes surgem como alternativa à permanente demanda dos serviços por mais profissionais com condições de viabilizar suas inúmeras atividades. Assim, são tomadas como uma solução imediata, mas, no médio prazo, tornam-se um problema, pois nenhuma delas converge para uma profissionalização de fato, nem promove uma formação consistente (MOROSINI e FONSECA, 2018, p.265).

Ao mesmo tempo, afigura-se um processo de desprofissionalização desses trabalhadores, pelo qual determinadas atribuições que conferem sentido e especificidade ao trabalho são subtraídas, dando lugar a funções genéricas que buscam substituir atividades

desprezadas por outros segmentos profissionais. Sucedem-se, igualmente, as tentativas de mudança de seu perfil profissional:

> O diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade deixa de ser atribuição do ACS, assim como as ações voltadas ao fortalecimento da relação entre o setor saúde e outras áreas das políticas públicas. Não se trata aqui de verificarmos perdas pontuais, mas de caracterizarmos a alteração de sentido que se produz em torno do trabalho do ACS. Consolida-se o compromisso com atividades fragmentadas, como 'cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados'. Caracteriza-se a transição de uma atividade com escopo amplo e complexo (produção do diagnóstico) para uma tarefa de cunho predominantemente operacional (cadastramento). (...) Desenvolver parte do trabalho na unidade não é, por si, um problema. Esta poderia ser uma oportunidade de integração do ACS na equipe técnica, dado que o trabalho multiprofissional tem a articulação como um requisito. Entretanto é a natureza das atividades que têm sido atribuídas aos ACS no interior das unidades que sublinha a necessidade de crítica em relação à forma como esse processo de trabalho vem se transformando. Em geral, o ACS é encarregado de desempenhar tarefas que o aproximam de um auxiliar genérico dos demais profissionais. Por vezes, essas ações podem ser realizadas para suprir a ausência de outros trabalhadores ou estarem incorporadas à dinâmica de organização do trabalho. Verifica-se uma transição do sentido do trabalho do ACS. Anteriormente, identificava-se uma finalidade própria, centrada na educação em saúde, e um papel de articulação com as ações desenvolvidas pelos serviços. Hoje, este trabalho tende a se caracterizar como uma atividade meio, instrumentalizada e utilitarista, mais comprometida com objetivos imediatistas do que estruturantes de um novo modelo de atenção (MOROSINI e FONSECA, 2018, p.267).

A incessante produção da política continua se realizando nos múltiplos espaços da gestão do SUS, dos serviços de saúde, das equipes multiprofissionais e das escolas técnicas. Os processos de subjetivação dos trabalhadores técnicos são efeitos das articulações contingentes que se dão em cada contexto de tradução da política. A expansão das cadeias de equivalência que deram sustentação ao discurso da profissionalização e da formação técnica dos trabalhadores de nível médio, no entanto, não representam a homogeneidade total na significação, tampouco a sua estabilidade definitiva. Como alerta Laclau, nas práticas articulatórias, quanto mais extensa a cadeia de equivalência, mais diversa será a natureza dos elos que a compõem. Ainda que as particularidades das demandas sejam atenuadas, "a diferença continua a operar no bojo da equivalência, tanto quanto seu fundamento como uma relação de tensão com ela" (LACLAU, 2013, p.131).

Nos resultados de uma pesquisa sobre a implementação do Profaps no estado da Bahia, no período de 2010 a 2013 (COSTA, 2016), a construção e aprovação dos projetos de formação técnica para as cinco áreas estratégicas não foi suficiente para garantir sua execução. Observou-se um redirecionamento dos recursos do programa para o atendimento de outras demandas, priorizando a formação inicial e continuada: do total de 10.589 alunos matriculados, apenas 567 (5,3%) estavam vinculados aos cursos de habilitação técnica:

> Observa-se que, essa previsão inicial de oferta de cursos de formação sofreu alterações ao longo do processo de Implantação do Profaps. Apenas o curso de Vigilância manteve-se como programado inicialmente. As demais áreas prioritárias, que tiveram seu planejamento inicial para o desenvolvimento de curso de formação e já tinham inclusive planos de curso elaborados, passaram a desenvolver-se na modalidade de cursos de atualização (COSTA, 2016, p.43)

Essa informação torna-se ainda mais crítica quando se observa que as matrículas nos cursos técnicos estão referidas a duas habilitações – técnico de enfermagem e técnico em saúde bucal – que já eram ofertados pela Escola Técnica de Formação em Saúde (ETFS):

> Entretanto, não foram implantados cursos de formação para as áreas estratégicas o Profaps, mas sim cursos de atualização e aperfeiçoamento para essas áreas. Os cursos de formação desenvolvidos atenderam áreas já tradicionalmente contempladas pela EFTS: Enfermagem e de Saúde Bucal, que concentraram a maioria das ações desenvolvidas nos anos estudados, em detrimento das novas áreas estratégicas previstas pelo Profaps (COSTA, 2016, p.46).

Excetuando as categorias que são ligadas diretamente à uma família profissional – técnicos de enfermagem, de saúde bucal e de radiologia - o discurso da profissionalização, mesmo reduzido à formação, não cumpre o que promete: nem a profissionalização e, por vezes, nem mesmo a formação. Com essa constatação, não busco apresentar um desesperançoso e definitivo veredito condenatório das políticas, mas antes indicar, nos termos da teoria do discurso de Ernesto Laclau, que uma articulação contingente de demandas tem bloqueado outras significações possíveis do que vem a ser o trabalhador de nível médio em saúde e, como a interpretação da política está em jogo, que novas articulações podem emergir na disputa de projetos para a formação técnica em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho procurei argumentar que os discursos da integração ensino-serviço e da profissionalização, hegemônicos nas políticas curriculares de educação profissional técnica em saúde, não promovem aquilo que anunciam. Pelo contrário, ao atribuírem à formação o poder fantasmático de realizar a mudança do modelo de atenção e a profissionalização, se envolvem em processos que subjetivam os trabalhadores de nível médio como agentes improváveis da mudança do modelo de atenção e como profissionais competentes nos marcos do gerencialismo.

Assumindo uma perspectiva teórico-estratégica pós-estrutural e pós-fundacional, busquei no pensamento da desconstrução de Jacques Derrida o questionamento do logocentrismo e da metafísica da presença, e na Teoria do Discurso de Ernesto Laclau e Chantal Mouffe os aportes para entender a política como ontologia do social. Com Derrida, meu intento foi reinserir "o jogo da diferença em um discurso que se pretende unitário" (MACEDO, 2013, p.735); com Laclau e Mouffe, assumi o discurso enquanto categoria teórica[67] capaz de reativar a especificidade do momento relacional das articulações hegemônicas.

Afastando-me da visão tradicional de política como guia para ação ou como um esforço racional para a produção de consensos, procurei afirmar a inerradicabilidade do conflito (MOUFFE, 2015) e as políticas curriculares como lutas pela significação do que vem a ser o currículo, a educação (LOPES e MACEDO, 2015a) e a saúde.

Valendo-me dos registros discursivos, interpelei a noção de identidade e as tentativas de sua fixação por meio da política. Colocando-a sob rasura, lancei mão das noções de sujeição e de subjetivação para compreender como os projetos normativos incidem sobre o currículo e os trabalhadores técnicos da saúde.

Detive meu interesse na investigação de formações discursivas que, na minha interpretação, hegemonizaram o campo da discursividade na formação profissional técnica de nível médio em saúde nas últimas décadas: os discursos da integração ensino-serviço e da profissionalização. Partindo da ideia de formação discursiva como *regularidade na dispersão,* cujas regras de formação são a própria condição de sua existência (FOUCAULT, 2008), Laclau e Mouffe afirmam que sua unidade é garantida pela existência de pontos nodais capazes de articular "cadeias de equivalência que atravessam a lógica diferencial dos sistemas de

[67] E não descritiva ou empírica, como o fazem as diferentes abordagens da análise do discurso (BURITY, 2014; OLIVEIRA et al, 2013).

significação" (MACEDO, 2010). As formações discursivas são entendidas, portanto, como formações hegemônicas, cuja regularidade é resultante de práticas articulatórias.

Inicialmente, abordei o discurso anti-flexneriano, interpretado aqui como um corte antagônico que produz identificações no campo da saúde coletiva brasileira. Partindo principalmente dos estudos realizados por Naomar de Almeida Filho acerca da construção discursiva anti-Flexner e do que chamou de uma "produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo", concentrei-me nas hipóteses do autor sobre esse processo de hegemonização. Condenando o que considera uma visão distorcida dos fatos, Almeida Filho (2010) contesta a forma com que a obra do reformador norteamericano foi lida pelo movimento sanitário, atribuindo-lhe a responsabilidade pela difusão de uma matriz disciplinar e pedagógica de ênfase curativa, biologicista, individualista, hospitalocêntrica, que nega a determinação social da saúde e estimula a superespecialização e a privatização do sistema.

Apoiado em Laclau (2011), busquei entender esse processo como uma fixação de significados – precária e contingente – dada pela relação antagônica constituída no contexto, uma prática hegemônica resultante da articulação equivalencial de uma série de demandas. O processo metafórico do fechamento da significação resultou da tentativa de preenchimento da falta constitutiva da identidade do movimento democrático e do movimento sanitário.

A reativação das contingências que possibilitaram a hegemonização do discurso anti-flexneriano mostram não o caráter necessário desta significação, mas antes seu pertencimento à ordem do acontecimento, como singularidade incalculável e excepcional (FONTES FILHO, 2012; DERRIDA, 1991). Argumentei, apoiado na teoria do discurso de Laclau, que o nome Flexner é um significante vazio que estrutura, como ponto nodal, o conjunto de uma formação discursiva (LACLAU, 2013, p.134) e que a adjetivação flexneriano passou a representar/expressar tanto a ameaça ao projeto emancipatório da saúde como a encarnação do modelo biomédico, estabelecendo assim, a fronteira antagônica contra qual uma cadeia de equivalências se constituiu, articulando as demandas democráticas em torno do movimento sanitário. Do mesmo modo, as formações discursivas da educação profissional em saúde são interpretadas como práticas articulatórias que, nos termos de Laclau (2015a), emergem (im)possibilitadas pelo antagonismo a um discurso flexneriano.

Por meio dos documentos acessados nesta pesquisa – tratados como superfície de inscrição dos discursos selecionados -, busquei reativar o contexto de produção da política curricular do Programa de Formação Profissional de Nível Médio em Saúde – Profaps, dando destaque às disputas e articulações contingenciais que sedimentaram as formações discursivas nesse campo.

A investigação me levou a interpretar a herança como uma condição de emergência da política do Profaps. Em sua dupla injunção, reivindicando tarefas contraditórias, a herança convoca à reafirmação, ao acolhimento daquilo que se recebe, ao mesmo tempo em que exorta à sua exclusão, ao seu relançamento de outra maneira, "justamente para responder ao chamado que o antecedeu, para lhe responder e para responder por ele, tanto no seu nome, quanto no nome do outro" (DERRIDA e ROUDINESCO, 2014, p.12). Para Derrida, a melhor maneira de manter viva uma herança é não recebê-la à letra, é ser-lhe infielmente fiel, marcar seus momentos dogmáticos, sacrificar sua "repetição algo jubilatória". Diante dos conflitos do dever, da impossibilidade e da necessidade de decidir sobre o indecidível, "é a infinitude que se inscreve no interior da responsabilidade" (DERRIDA, 2016, p.133). O conceito de responsabilidade nos é designado antes de tudo, na experiência da herança.

Do mesmo modo, foi preciso levar em consideração a espectralidade da política, a re-aparição/reiteração de traços de sentidos de outras políticas que tensionam/assombram o instituído, promovendo continuidade, substituição e ruptura simultâneas, como textualidades de uma mesma política.

Assim, o discurso da integração ensino-serviço e suas substituições metonímicas – integração docente assistencial, integração curricular, integração ensino-serviço-comunidade, integração ensino-trabalho-cidadania e integração ensino-gestão-atenção-controle social - foi interpretado a partir das flutuações de sentido nas diferentes fases de acumulação teórico-política e de transformações dos currículos de formação em saúde. Busquei entender as condições de emergência desse discurso e as práticas articulatórias que lhe deram sustentação nos projetos IDA, UNI, na Rede UNIDA e na PNEPS, por meio da constituição de uma comunidade epistêmica em torno de agências multilaterais (Opas/OMS) e fundações de apoio (Fundação Kellogg).

Defendo que o caráter contingente das articulações que possibilitaram a emergência desse discurso envolveu certo fundamento místico, uma lógica fantasmática que buscou preencher a plenitude ausente – o encontro mutuamente emancipador entre a universidade, os serviços de saúde e a população, que levaria à mudança do modelo de atenção e a saúde para todos. Para além da retoricidade utópica de seus enunciados, o discurso da integração ensino-serviço das políticas curriculares da formação em saúde (incluindo aí a formação técnica) empenha-se com uma estrutura de promessa que insiste em dar um conteúdo normativo para o currículo: o melhor conhecimento, as melhores práticas, as melhores metodologias, os melhores perfis. Tal messianismo favorece a sedimentação do discurso da integração ensino-serviço e

tende a apagar as contingências de sua hegemonização no campo da educação profissional técnica de nível médio.

Como sustentam os estudos de Pires-Alves e Paiva (2006) e Lima (2010), as políticas de extensão de cobertura dos anos 1970 – PDRI, PIASS – foram executadas principalmente com base na força de trabalho não qualificada, contribuindo para aumentar o quantitativo destes trabalhadores nos serviços. Como resposta ao imediatismo das demandas políticas, é lançado o PPREPS, fruto de um acordo entre o MS e a Opas, visando, entre outras ações, a formação de trabalhadores de nível médio e elementar e a implantação de projetos de integração docente-assistencial. Da revisão desse acordo, em 1980, surge o PLE, projeto ousado que se sustenta no antagonismo à escola formal, tida como a representação da exclusão escolar dos trabalhadores já inseridos nos serviços. Com a criação da *escola-função*, a necessidade de formação em serviço não só não é posta em questão, como encontra respaldo no discurso da integração ensino-serviço e na educação de inspiração freireana. De alternativa encontrada nas brechas da Lei, a proposta é convertida em opção política e pedagógica, excluindo outras possibilidades formativas e favorecendo a naturalização e a continuidade da inserção de trabalhadores não qualificados nos serviços.

A ideia de aproximação à realidade e enfrentamento dos problemas do trabalho em saúde favoreceu também a convergência do discurso da integração ensino-serviço com a pedagogia das competências. Vista como a melhor forma de promover a integração curricular e aproximar a escola do trabalho, essa proposta foi disseminada entre as ETSUS com o Profae e sustentada, por argumentos semelhantes (acrescidos de um acento cognitivista), na PNEPS e no Profaps.

Defendi, pelo contrário, que a construção discursiva da impossibilidade de os trabalhadores ausentarem-se de suas atividades articulou demandas de gestores e profissionais de nível superior, mobilizados pela manutenção do suporte aos serviços, das relações hierárquicas de subordinação, das metas e indicadores de produtividade e pelo receio de pressões corporativas de absorção dos técnicos qualificados.

Para Laclau o momento da instituição original do social é o momento em que se mostra sua contingência, uma instituição que só é possível através da repressão de alternativas que estavam igualmente abertas:

> Na medida em que um ato de instituição é bem-sucedido ou exitoso, tende a produzir-se um "esquecimento das origens"; o sistema de possibilidades alternativas tende a desaparecer e os traços da contingência original serem apagados. Desta forma, o instituído tende a assumir a forma de uma mera presença objetiva (LACLAU, 2000, p.51).

A promessa messiânica do discurso da integração ensino-serviço produziu também certo esmaecimento de seus limites como dispositivo pedagógico capaz de promover a reestruturação dos processos de trabalho e do modelo de atenção. No caso do pessoal de nível médio, às dificuldades de liberação dos trabalhadores dos serviços, se somam o aligeiramento da formação, o privilégio da carga horária prática, a condição de adulto-estudante-trabalhador e os constrangimentos para a problematização dos processos de trabalho, quando a relação pedagógica com os docentes é também uma relação hierárquica.

Desse modo, defendo que a integração ensino-serviço se apresenta muitas vezes como um *arranjo precário* que disputa os espaços da rotina dos serviços, com privilégio da dimensão prática do saber-fazer. Uma vez que as demais alternativas são sistematicamente bloqueadas – seja pela natureza do vínculo, pela subvalorização de seus saberes, pela subalternização de suas práticas ou pela subordinação de seu trabalho, tal modalidade aparece como a *única forma autorizada* para a formação, nas margens do cotidiano dos serviços.

Como salientei, não se trata de negar a possibilidade de realização da integração entre o ensino e os serviços de saúde, e sim de chamar a atenção que essa proposta está assentada sob uma estrutura de promessa normativa, cuja adoção como fundamento para a concepção e organização de currículos voltados à formação de técnicos em saúde tem negligenciado uma série de especificidades que tornam essa integração problemática.

A subjetivação dos técnicos como "elos" ou "mediadores" entre os serviços e a comunidade, o conhecimento científico e os saberes populares, por exemplo, reitera traços de sentidos vinculados à subfunções desvalorizadas e hierarquizadas nas trajetórias de profissionalização de diversas categorias, como o cuidado, a educação e a comunicação. A vinculação de tarefas e aptidões - geralmente práticas - aos trabalhadores técnicos opera a favor de um projeto normativo de reconhecimento (MACEDO, 2017), em que certas práticas são apresentadas como inerentes a um sujeito, "para quem certas qualidades e propriedades seriam prefiguradas como laços de inteligibilidade" (BHANDAR apud MACEDO, 2017, p.547). A dissociação entre o cuidar (amorosidade) e o tratar (cientificidade), por exemplo, serve como metáfora explicativa da secundarização do papel pedagógico no modelo biomédico.

Por outro lado, essa subjetivação dos técnicos de nível médio nas políticas curriculares apresenta-se de modo ambivalente: ao mesmo tempo em que os enuncia como agentes da mudança do modelo de atenção, a aposta no "novo" da mudança (da formação, do modelo de atenção) é traduzida como controle e centralização curricular, sinônimo de qualidade da formação. Essa significação, como padrões de narrativas partilhadas, é sustentada mediante o engajamento em fantasias sociais que cumprem o papel de suturar a plenitude ausente (do

trabalhador crítico, competente, humanizado, do modelo de atenção integral, da melhoria dos indicadores, da qualidade da atenção, etc.).

No entanto, o próprio espaço dos serviços, valorizado no discurso da integração ensino-serviço como diversificação dos "cenários de aprendizagem, emerge como "um lugar de disputa e de luta pelo reconhecimento" (SILVA e MOREIRA, 2015, p.3040), onde a autonomia é regulada, as fronteiras do exercício profissional são vigiadas. A integração desejada – prometida – pelo discurso da integração ensino-serviço se estabelece por meio de uma lógica de fantasia beatífica, na qual a problematização dos processos de trabalho e a organização das equipes de saúde se desenvolve em um espaço ideal de plena comunicação e diálogo, suavizando os conflitos de poder e menosprezando os sutis mecanismos de silenciamento, desprestígio e interdição dos subalternos. Um dos efeitos ambivalentes relatados entre pesquisadores (MOROSINI e FONSECA, 2018; FONSECA e MENDONÇA, 2014) é a progressiva descaracterização dos processos de trabalho na atenção básica. Na integração dos agentes comunitários de saúde às equipes multiprofissionais, é a natureza de seu trabalho que vem se modificando: transformado muitas vezes em um "auxiliar genérico dos demais profissionais" (MOROSINI e FONSECA, 2018, p. 267), os ACS tornam-se permeáveis às demandas dos serviços, desenvolvendo um perfil de trabalho simplificado e polivalente. Ao mesmo tempo em que o gerencialismo redefine as prioridades, dirigidas para atividades quantitativamente mensuráveis, é retomada a hegemonia da racionalidade biomédica.

Reverberando em múltiplos espaços e tempos da política curricular, também o discurso da profissionalização tem sido enunciado por diferentes atores sociais envolvidos nas políticas de formação técnica em saúde. Defendo que esse discurso se constituiu a partir de uma ampla cadeia de equivalências, estabelecida em torno do significante *mudança na formação*.

Argumentei que o *nome* profissionalização (profissional, profissão) vem funcionando como um significante privilegiado, que estrutura um discurso hegemônico como ponto nodal e põe em marcha o conjunto de uma formação discursiva. Emergindo no campo da educação profissional técnica de nível médio no antagonismo ao trabalho não qualificado e como o significante de uma falta (o trabalho qualificado), essa articulação tem possibilitado as ações em favor da normatização dos currículos e da afirmação de um conjunto de saberes e práticas que se pretendem universais em cada área, fortalecendo a expansão do gerencialismo na saúde e bloqueando outras significações do trabalho e do trabalhador, com prejuízo às ações coletivas e intersetoriais, por exemplo.

Questiono a possibilidade de se estabelecer fundamentos epistemológicos e identitários capazes de suturar, de uma vez por todas, a adequação de conteúdos e de perfis profissionais às

necessidades de saúde. Mesmo quando se trata da vida, a defesa de uma norma controladora da qualidade do currículo não se sustenta. Meu argumento se inicia pondo em questão a própria possibilidade da norma como dispositivo capaz de controlar o currículo. Como linguagem, todo processo discursivo contém em si a différance, a impossibilidade ontológica de um fechamento último da significação. A pressuposição de uma essência na fixação de um sentido torna a ideia de conceito incompatível com adiamento da significação que o remetimento de um significante ao outro engendra. O jogo das diferenças é irredutível ao aprisionamento conceitual. Como a différance está sempre "perturbando", suplementando, introduzindo a instabilidade na significação, não há uma realidade a ser "encontrada" nos dados empíricos, mas um modo de significar, uma performance, que será realizada por tradução dos textos e práticas analisadas. Assim, a tentativa de controlar a significação via diretrizes, normas, referenciais é sempre fracassada: "tenta-se normatizar o que, para se instituir, escapa à normatização. Tenta-se frear a tradução do que sempre será traduzido" (LOPES, 2015, p.139).

Mesmo na comunidade científica persiste a impossibilidade de se estabelecerem os critérios capazes de definir o melhor conhecimento e as melhores práticas, uma vez que os princípios que devem reger tal escolha serão sempre fundados em perspectivas ético-políticas e teórico-epistemológicas que diferem, dependendo de cada comunidade disciplinar ou de cada pesquisador. Não se trata de apostar no relativismo (qualquer conhecimento ou prática são válidas), tampouco no irracionalismo: as decisões (clínicas, sanitárias e pedagógicas) seguirão sendo tomadas e validadas em fundamentos sempre parciais e provisórios.

O que muda é a percepção de que estas decisões não são garantidas por nenhuma essência objetiva da realidade cujos sentidos possam ser apreendidos fora do jogo discursivo. Mesmo as experiências físico-químicas e biológicas são conduzidas pela ação do sujeito sobre o objeto:

> Na perspectiva do racionalismo aplicado [de Bachelard] a ciência não descreve, ela produz fenômenos, mediada por um duplo processo técnico e teórico (...) A própria nomeação de certos objetos como realidade nos insere em uma dada formação discursiva Não há como separar os objetos do conhecimento sobre os objetos, pois esse conhecimento é construído em práticas (ações) mediadas pela linguagem" (LOPES, 2015, p.131-132).

A legitimação de determinados conhecimentos e procedimentos é resultante de práticas articulatórias no interior de comunidades epistêmicas (das ciências básicas, das especialidades médicas), cuja precária estabilidade depende de relações de poder que "restringem outras possibilidades de leitura" (idem, p.133). Toda racionalidade (inclusive a científica) depende de uma estrutura explicativa, de fundamentos que sustentem suas interpretações e intervenções. A racionalidade científica é um dos registros possíveis de tradução dos fenômenos (e ainda assim

contestado e disputado pelas diferentes filosofias e epistemologias). Uma vez que a objetividade e o social são construções discursivas, o próprio conhecimento científico, as políticas e as intervenções nele fundamentadas são o resultado de práticas hegemônicas, nas quais atuam comunidades científicas e disciplinares em redes políticas descentradas, por onde circulam demandas de diversas ordens: desde as disputas pelo financiamento de pesquisas, pelo status e prestígio acadêmico até interesses comerciais, geopolíticos e estratégicos. Diversas racionalidades médicas não-ocidentais seguem pouco investigadas pela ciência; diversos saberes não sistematizados estão sendo desvalorizados como objeto de pesquisa (saberes registrados como cotidianos ou da prática); inúmeros fenômenos deixam de ser investigados por falta de financiamento ou mesmo de linhas de pesquisa; outros saberes são desprestigiados (saberes populares), e outras culturas seguem estigmatizadas, estereotipadas ou sumariamente apagadas (saberes de comunidades originárias ou escravizadas). A hegemonia também pressupõe relações de poder e a exclusão de alternativas à significação.

Ainda que se possa falar de melhores decisões, melhores escolhas, estas só podem ser pensadas a partir de critérios validados contextualmente. Mesmo o ensino "baseado em evidências" se encontra amparado em regimes de verdade que são sustentados hegemonicamente por comunidades (que, por sua vez, são também sustentadas por estes mesmos conhecimentos). Como afirma Laclau (2011), o "universal nada mais é do que um particular que em algum momento se tornou dominante: "a dimensão da universalidade alcançada pela equivalência é muito diferente da universalidade resultante de uma essência subjacente ou de um princípio a priori incondicionado" (LACLAU, 2011, p.91). Ainda que a dimensão da universalidade não possa ser eliminada (o que eliminaria a própria distinção universalidade/particularidade), isso não significa que tenha um conteúdo próprio, "senão aquele que lhe é dado por uma articulação transitória de demandas equivalenciais" (idem, p.93). Para Laclau, sua "única função – no interior de um jogo de linguagem específico – é tornar discursivamente possível uma cadeia de efeitos equivalenciais, sem a pretensão de que essa universalidade possa operar além do contexto de sua emergência" (idem, ibidem).

Afirmo que esse projeto normativo atende apenas às expectativas homogeneizantes da centralização curricular, sustentadas tanto pelas matrizes instrumentais/gerencialistas como pelas abordagens histórico-críticas, restringindo outras possibilidades de significar a profissionalização e os modos de ser do trabalhador técnico em saúde. Ainda que no discurso da saúde coletiva o sentido da mudança da formação envolva o desenvolvimento da integralidade da atenção e a humanização das práticas, e no discurso biomédico este sentido esteja vinculado à eficiência e resolutividade gerencialista, ambas as tradições são deslocadas,

produzindo novas articulações em defesa da normatividade dos currículos e da centralidade dos conhecimentos.

No campo da educação profissional de nível médio em saúde é a partir de 2003, com o advento do governo Lula, que o discurso da profissionalização, antes restrito à área da enfermagem, estende-se às demais atividades e ocupações de nível médio da saúde. Com o Profaps, essa política se amplia por meio da elaboração e publicação de diretrizes curriculares para a formação de técnicos em áreas consideradas prioritárias para a qualificação da assistência e do diagnóstico no SUS. No texto das diretrizes, as competências são associadas à aprendizagem e resolutividade nos serviços, ao desenvolvimento de responsabilidades e à melhoria dos indicadores de saúde (BRASIL, 2011b, p.19-20).

Ainda que o discurso da profissionalização dos trabalhadores técnicos em saúde esteja articulado em uma extensa cadeia de equivalências, incorporando demandas históricas do movimento sanitário e de defesa da integralidade da atenção, os discursos acerca das identidades profissionais – aqui interpretados por meio da investigação dos documentos citados – operam via reverberações de sentidos, afirmando a necessidade de formar profissionais capazes de se inserir no contexto de mudança nos processos de trabalho em saúde, contribuindo para a hegemonização de um sentido para o trabalhador polivalente e flexível. No quadro de crescente precarização do trabalho em saúde, esse discurso tende a fortalecer uma subjetividade de auto-responsabilização que naturaliza a instabilidade profissional e a diminuição dos direitos trabalhistas mediante a terceirização dos contratos.

Defendo que o discurso da profissionalização envolve um messianismo escatológico que pretende dar um conteúdo à promessa emancipatória da profissionalização. Por meio de uma operação metonímica, a profissionalização é reduzida à formação, apagando ou excluindo as demais dimensões dessa significação.

Mesmo afirmando que "os marcos de orientação da SGTES/DEGES contemplam o paradigma da competência para além da sua dimensão técnico-instrumental ou simples adaptação do trabalhador às necessidades do processo de prestação de serviços de saúde" (BRASIL, 2011b, p.19), a relação de habilidades que compõe cada competência remete a um conjunto de atividades instituídas e reconhecidas por especialistas, trabalhadores e gestores como próprios da área profissional, ou seja, procedimentos que os trabalhadores já realizam ou deveriam realizar. Cada rol de habilidades é seguido de um inventário de conhecimentos considerados necessários para o desenvolvimento das habilidades requeridas. Na sequência do mapa de competências, o marco de orientação curricular de cada área profissional apresenta – entre outros aspectos relevantes para orientar os planos de cursos das escolas – o perfil de

conclusão e a organização de conteúdos tendo “como referência as competências relacionadas aos eixos estruturantes de forma a compor módulos pedagógicos” (BRASIL, 2011d, p.38).

Ao sinalizar a importância de formar profissionais “capacitados para atuar em diferentes contextos e serviços, contribuindo para a efetividade das redes de atenção à saúde do SUS” (BRASIL, 2011a), o discurso da profissionalização aciona um conjunto de sentidos que procura dominar o campo da discursividade e regular as possibilidades de ser dos trabalhadores.

A nova gramática que se difunde é uma tentativa de fixar a significação das relações entre trabalho e educação como decorrência de uma inexorável transformação tecnológica dos sistemas produtivos.

A iterabilidade do discurso da profissionalização fez-se, sobretudo, baseada na subjetivação do trabalhador competente, cuja normatividade supõe o imperativo de “construir a própria identidade profissional mediante o percurso de atividades” (DUBAR, 2012, p.255). Assim, o discurso da profissionalização não só é reduzido à formação, como pressupõe uma tarefa que cabe aos trabalhadores perseguir. Desde o período de implantação das reformas de Estado dos anos 1990 e de instalação de novas tecnologias de política para a gestão do trabalho e da educação, a disseminação de uma “nova linguagem moral compartilhada” (BALL 2001, 2005) busca associar os sentidos da profissionalização com a responsabilização, competências, desempenho, empregabilidade, flexibilização.

Integrando a tradição teórica da eficiência social no campo do currículo, o ensino para as competências parte de uma estreita associação entre o currículo e o mundo produtivo, subordinando as finalidades educacionais às demandas de aprendizagem para o desempenho eficiente do trabalho. Entendo que ao sujeitar toda a organização curricular à lógica das competências, a própria educação é submetida “ao registro instrumental de um saber-fazer” (LOPES, 2019, p.69).

Apesar do caráter instrumental e conformista denunciado por diferentes autores, a recepção à pedagogia das competências entre os profissionais da educação no país não foi negativa. Uma série de fatores pode ter contribuído para esse acolhimento, como o aporte do construtivismo piagetiano e a valorização das atividades e experiências para a construção do conhecimento; o deslocamento da ênfase no ensino para a aprendizagem e do professor para o aluno e o próprio antagonismo estabelecido com o modelo taylorista-fordista no campo do trabalho, e com o currículo disciplinar na educação. Vista como uma forma de promover a integração curricular, aproximar a escola do mundo do trabalho e desenvolver outras competências para além das cognitivas, o discurso das competências foi revestido de “contornos potencialmente democráticos” (LOPES, 2008). É assim que, na área da saúde, e mais especificamente na educação profissional, a tentativa de superar a pedagogia tradicional e o

conteudismo disciplinar propiciou terreno favorável e as condições de possibilidade para que a pedagogia das competências se constituísse em referência para as ETSUS (RAMOS, 2010) e hegemonizasse os sentidos da profissionalização.

Mesmo reduzida aos processos formativos, a profissionalização mostrou-se incapaz de garantir a integralidade e a universalidade da formação técnica dos trabalhadores. Apesar da publicação dos referenciais curriculares, a formação técnica não se mostrou um caminho efetivo para a profissionalização de diversas categorias, como para diversos os trabalhadores da vigilância em saúde e os ACS: tornada realidade em poucos municípios, significou "mais uma expectativa do que um avanço propriamente dito" (MOROSINI e FONSECA, 2018, p.265):

Ao mesmo tempo, afigura-se um processo de desprofissionalização desses trabalhadores, pelo qual determinadas atribuições que conferem sentido e especificidade ao trabalho são subtraídas, dando lugar a funções genéricas que buscam substituir atividades desprezadas por outros segmentos profissionais.

Assim, o que não se cumpre é a promessa da profissionalização por meio da definição de seus conteúdos, de uma essência/competência capaz de encarnar a plenitude ausente, de preencher o vazio constitutivo da significação. Defendo que a aposta no investimento radical na profissionalização consiste, antes de tudo, em não restringir as possibilidades de sua significação. É somente liberada de um projeto normativo, de um messianismo teleológico, que a dimensão performativa da promessa se abre ao comprometimento contínuo com a luta pela profissionalização.

A ausência de um projeto normativo para as políticas curriculares em meu trabalho não decorre de uma postura relativista. Meu argumento se soma àqueles oferecidos por Derrida e Laclau, na filosofia e na ciência política, assim como por Lopes e Macedo, na educação, que defendem o vazio normativo como perspectiva que – ao contrário da despolitização anunciada – mantém o currículo como "um espaço-tempo no qual a política se realiza", amplia os espaços de poder de decisão e bloqueia as saídas autoritárias que buscam definir o melhor em nome dos outros.

A política em uma perspectiva discursiva não deve ser entendida apenas como a produção de um centro, a fixação de um sentido, uma estabilidade, mas também como a produção da instabilidade, a criação de linhas vazantes de significado que passam a circular no campo da discursividade, produzindo novas articulações hegemônicas. Em tempos de crise democrática, a crítica a normatividade nas políticas curriculares é a aposta na democracia radical e na hiperpolitização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, Ana Lúcia; CASSAL, Luan Carpes Barros. Caminhos para a integralidade na educação profissional técnica de nível médio em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 7, n. 2, p. 249–264, 2009.

AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira de. **A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde no Brasil**. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. Belo Horizonte, UFMG, 2003.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.26, no.12, p.2234-2249, Dez, 2010.

ALMEIDA FILHO, Naomar. Nunca fomos Flexnerianos: Anísio Teixeira e a educação superior em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.30, no.12, p.2531-2543, Dez, 2014.

ALMEIDA, Marcio José de. Gestão da escola médica: crítica e autocrítica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, vol.32, no.2, p.202-209, Jun 2008.

ALMEIDA, Marcio; FEUERWERKER, Laura e LLANOS C, Manuel (Orgs.). **Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. (Tomo1: um olhar analítico). 2 vol. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999.

ALTHUSSER, Louis. **Aparelhos ideológicos do Estado: nota sobre os aparelhos ideológicos de Estado.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

ANDRADE, Daniel Pereira; OTA, Nilton Ken. Uma alternativa ao neoliberalismo: Entrevista com Pierre Dardot e Christian Laval. **Tempo social**, São Paulo, v.27, n.1, p.275-316, Junho, 2015.

ANTONIADES, Andreas. Epistemic Communities, Epistemes and the Construction of (World) Politics. **Global Society**, Vol. 17, No. 1, 2003.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho**. Coleção Mundos do Trabalho, 3ª ed. São Paulo: Boitempo, 2000.

ASSIS, Lucília Nunes de; MELO, Marilene Barros de; CARNEIRO, Luiz Carlos Brant; D'ÁVILA, Luciana Souza e FARIA, Priscila Lilibete Viana de. Contradições entre a grande demanda e a pequena oferta do curso técnico em hemoterapia no brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.729-749, Ago. 2018.

BALL, Stephen J. Diretrizes Políticas Globais e Relações Políticas Locais em Educação. **Currículo sem fronteiras**, [s. l.], v. 1, n. 2, p. 99–116, 2001.

BALL, Stephen J. Profissionalismo, gerencialismo e performatividade. **Cadernos de Pesquisa**, v. 35, n. 126, p. 539-564, set./dez. 2005.

BALL, Stephen J. Performatividades e Fabricações na Economia Educacional: rumo a uma sociedade performativa. **Educação & Realidade**, [s. l.], v. 35, n. 2, p. 37–55, 2010.

BALL, Stephen J. **Educação Global S.A.: novas redes políticas e o imaginário neoliberal**. Ponta Grossa, UEPG, 2014.

BALL, Stephen J; MAGUIRE, Meg e BRAUN, Annete. **Como as escolas fazem as políticas.** Ponta Grossa: Editora UEPG, 2016.

BARBOSA, Regina Helena Simões et al. Gênero e trabalho em Saúde: um olhar crítico sobre o trabalho de agentes comunitárias/os de Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 16, n. 42, p. 751–765, 2012.

BARROS, Márcia Maria Mont'Alverne de; CHAGAS, Maristela Inês Osawa; DIAS, Maria Socorro de Araújo. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.227-232, fev. 2009.

BASSINELLO, Greicelene Aparecida Hespanhol; BAGNATO, Maria Helena Salgado. Projeto larga escala: uma análise a partir da bibliografia existente. **Escola Anna Nery**, [s. l.], v. 13, n. 1, p. 816–818, 2009a.

BASSINELLO, Greicelene Aparecida Hespanhol; BAGNATO, Maria Helena Salgado. Os primórdios do Projeto Larga Escala: tempo de rememorar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n.4, p.620-626, ago 2009b.

BATISTELLA, Carlos Eduardo Colpo. **Tensões na constituição de identidades profissionais a partir do currículo: análise de uma proposta de formação profissional na área de vigilância em saúde.** Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

BATISTELLA, Carlos Eduardo Colpo. Qualificação e identidade profissional dos trabalhadores técnicos da Vigilância em Saúde: entre ruínas, fronteiras e projetos. *In:* MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso *et al*. (Orgs.). **Trabalhadores Técnicos da Saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2013. p. 361–390.

BHABHA, Homi K. **O local da cultura.** Tradução de Myriam Ávila, Eliana Lourenço de Lima Reis, Glaucia Renate Gonçalves. 5ª reimpressão. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010.

BERGER, Sônia Maria Dantas et al. Formação de Agentes Comunitárias de Saúde para o enfrentamento da violência de gênero: contribuições da Educação Popular e da pedagogia feminista. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 18, p. 1241–1253, 2014.

BIESTA, Gert. **Para além da aprendizagem: educação democrática para um futuro incerto**. Belo Horizonte: Autêntica, 2013.

BORBA, Rodrigo. A linguagem importa? Sobre performance, performatividade e peregrinações conceituais. **Cadernos Pagu**, Campinas, n.43, p.441-474, jul/dez, 2014.

BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria e MATTOS, Ruben Araujo de. Um ensaio sobre a ideia de reforma sanitária brasileira. In: Guizardi, Francini L.

(Org.). **Políticas de Participação e Saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV; Recife: Editora Universitária - UFPE, 2014.

BORNSTEIN, Vera Joana; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Contribuições da formação técnica do agente comunitário de saúde para o desenvolvimento do trabalho da equipe Saúde da Família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.107-128, abr. 2014.

BORNSTEIN, Vera Joana; STOTZ, Eduardo Navarro. O Trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencedora e a transformadora. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.6, n.3, p.457-480, 2008.

BURITY, Joanildo Albuquerque. **Desconstrução, hegemonia e democracia: o pós-marxismo de Ernesto Laclau.** INPSO/FUNDAJ, 1997.

BURITY, Joanildo Albuquerque. Discurso, política e sujeito na teoria da hegemonia de Ernesto Laclau. *In:* MENDONÇA, Daniel de; RODRIGUES, Léo Peixoto (Orgs.). **Pós-estruturalismo e teoria do discurso: em torno Ernesto Laclau**. 2ª ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2014.

BUTLER, Judith. **A vida psíquica do poder: teorias da sujeição.** Tradução: Rogério Bettoni. 1ª ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.

BUTLER, Judith. Performatividad, precariedad y políticas sexuales. **AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana.** Vol. 4, n. 3, sep-dic, p.321-336, 2009.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Tradução: Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Saúde Paideia.** São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Um método para análise e co-gestão de coletivos.** São Paulo: Editora Hucitec, 2000.

CANGUILHEM, Georges. **Escritos sobre a medicina.** (coleção: fundamentos do saber). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CAPONI, Sandra. **Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

CARDOSO FILHO, Francisco de Assis Brito et al. Perfil do Estudante de Medicina da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), 2013. **Revista Brasileira de Educação Médica**, vol.39, nº.1, p.32-40, Mar 2015.

CARMO, Michelly Eustáquia do; GUIZARDI, Francini Lube. Desafios da intersetorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1265-1286, Dec. 2017.

CARNEIRO, Carla Cabral Gomes e MARTINS, Maria Inês Carsalade. Novos modelos de gestão do trabalho no setor público de saúde e o trabalho do agente comunitário de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, vol.13, n.1, 2015.

CARNUT, Leonardo; NARVAI, Paulo Capel. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.25, n.2, p.290-305, jun 2016.

CARVALHO, Gilson. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciência e saúde coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 435-444, 2001.

CARVALHO, Vilma De. Sobre a identidade profissional na Enfermagem: reconsiderações pontuais em visão filosófica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 66, n. SPE, p. 24–32, 2013.

CASTRO, Janete Lima de; SANTANA, José Paranaguá de; NOGUEIRA, Roberto Passos. **Izabel dos Santos: a arte e a paixão de aprender fazendo**. Natal (RN): Observatório RH NESC/UFRN, 2002.

CASTRO, Thiago Alves de *et al*. Agentes Comunitários de Saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do semiárido baiano. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 3, p. 294–301, 2017.

CÊA, Georgia Sobreira dos Santos; REIS, Luiz Fernando; CONTERNO, Solange. Profae e lógica neoliberal: estreitas relações. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 139–160, 2007.

CECCIM, Ricardo Burg. Equipe de saúde: a perspectiva *entre-disciplinar* na produção dos atos terapêuticos. *In:* PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo de (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: Hucitec; IMS/UERJ; ABRASCO, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 9, n. 16, p. 161–168, 2005a.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 10, n. 4, p. 975–986, 2005b.

CECCIM, Ricardo Burg e CARVALHO, Yara Maria de. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. *In:* PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg e MATTOS, Ruben Araujo de (Orgs.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde.** Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, p.69-92, 2011.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, **Revista de Saúde Coletiva** Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, Junho, 2004a.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 20, n. 5, p. 1400–1410, 2004b.

CHRISTÓFARO, Maria Auxiliadora Córdova. Sobre a profissionalização de trabalhadores de saúde sem qualificação específica. Editorial. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasilia, v. 47, n.1, p.5-6, jan/mar, 1994.

CLARKE, Matthew. Lacanian perspectives on education policy analysis. In: KALERVO, N. Gulson; CLARKE, Mathew; PETERSEN, Eva Bendix. **Education Policy and Contemporary Theory**. London, Routledge, 2015. E-book.

CLARKE, Matthew. Talkin' 'bout a revolution: the social, political and fantasmatic logics of education policy. **Journal of Education Policy**. Vol.27, n.2, 173-191, March 2012.

CONTINENTINO, Ana Maria Amado. **A alteridade no pensamento de Jacques Derrida: escritura, meio-luto, aporia.** Tese (Doutorado em Filosofia). Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2006.

COSTA, Carmem Cemires Cavalcante *et al*. Curso Técnico de Enfermagem do PROFAE - Ceará: uma análise sob a óptica dos egressos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s. l.], v. 43, n. 3, p. 520–527, 2009.

COSTA, Claudia Wanderley Cruz E. **Implementação de políticas nacionais para formação técnica em saúde no Estado da Bahia: o caso do Profaps**. 75f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2016.

COSTA, Marta Cocco da *et al*. Processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: possibilidades e limites. **Rev. Gaúcha Enferm**., Porto Alegre, v.33, n.3, p.134-140, set. 2012.

COSTA, Hugo Heleno Camilo e LOPES, Alice Casimiro. A comunidade disciplinar em Goodson: impasses em um registro pós-estrutural. **Revista Brasileira de Educação**. v. 21, n. 67, out.-dez. 2016.

CRAVEIRO, Clarissa Bastos; DIAS, Rosanne Evangelista. Políticas curriculares nacionais para a formação da identidade docente. *In:* LOPES, Alice Casimiro; DIAS, Rosanne Evangelista; ABREU, Rozana Gomes de (Orgs.). **Discursos nas políticas de currículo**. Rio de Janeiro: Quartet; Faperj, 2011. p. 185–204.

CUNHA, Érika V. R.; COSTA, Hugo H. C. e BORGES, Veronica. Desconstrução, alteridade e tradução: percursos investigativos nas políticas de currículo. *In:* LOPES, Alice Casimiro e SISCAR, Marcos (Orgs.). **Pensando a política com Derrida: responsabilidade, tradução, porvir**. São Paulo: Cortez, 2018.

CUNHA, Kátia Silva. Docente: identidade mítica. In: **Políticas de currículo: pesquisas e articulações discursivas**. Curitiba: CRV, 2017. p. 269–292.

DARDOT, Pierre.; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal.** São Paulo: Editora Boitempo, 2016.

DERRIDA, Jacques e ROUDINESCO, Elisabeth. **De que amanhã**: **diálogo Jacques Derrida e Elisabeth Roudinesco**. Tradução: André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

DERRIDA, Jacques, **Posições**. Tradução de Tomaz Tadeu da Silva. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

DERRIDA, Jacques. **A escritura e a diferença.** Tradução: Maria Beatriz M. Nizza da Silva; Pedro Leite Lopes e Pérola de Carvalho. São Paulo: Perspectiva, 2014.

DERRIDA, Jacques. **Espectros de Marx: o estado da dívida, o trabalho do luto e a nova Internacional.** Tradução: Anamaria Skinner. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

DERRIDA, Jacques. **Força de Lei**. São Paulo: Martins Fontes – WMF, 3ª Ed., 2018.

DERRIDA, Jacques. **Limited Inc**. Evanston, Illinois: Northwestern University Press, 1988.

DERRIDA, Jacques. **Margens da filosofia.** Tradução: Joaquim Torres Costa e Antônio M. Magalhães. Campinas: Papirus, 1991.

DERRIDA, Jacques. Observações sobre desconstrução e pragmatismo. *In:* MOUFFE, Chantal (Org.). **Desconstrução e pragmatismo**. Rio de Janeiro: Mauad X, 2016.

DIAS, Henrique Sant'Anna; LIMA, Luciana Dias de; TEIXEIRA, Márcia. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 18, n. 6, p. 1613–1624, 2013.

DIAS, Rosanne Evangelista e LÓPEZ, Silvia Braña. Conhecimento, interesse e poder na produção de políticas curriculares. **Currículo sem Fronteiras**, v.6, n.2, pp.53-66, Jul/Dez 2006.

DIAS, Rosanne Evangelista. Demandas sobre integração nas políticas curriculares da formação de professores. In: LOPES, Alice Casimiro; DIAS, Rosanne Evangelista; ABREU, Rozana Gomes de (Orgs.). **Discursos nas políticas de currículo**. Rio de Janeiro: Quartet; Faperj, 2011. p. 304.

DUBAR, Claude. A construção de si pela atividade de trabalho: a socialização profissional. **Cadernos de Pesquisa**. Vol.42, n.146, p.351-367, mai/ago 2012.

DUBAR, Claude. **A socialização: construção das identidades sociais e profissionais**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

DUNKER, Christian. **Origens da teoria do sujeito em Lacan: estádio do espelho**. Intervenção na disciplina "Corpo e Psicanálise" – Profa. Léia Priszkulnik. (12m24s). São Paulo: Instituto de psicologia da USP, 2011. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=n6t5KMUKnCI>. Acesso em 20/10/19.

DUQUE-ESTRADA, Paulo Cesar. Arquivo e política em Jacques Derrida: notas introdutórias. *In:* LOPES, Alice Casimiro e SISCAR, Marcos (Orgs.). **Pensando a política com Derrida: responsabilidade, tradução, porvir.** São Paulo: Cortez, 2018.

DURÃES, Mônica Diniz. **Análise das iniciativas do Ministério da Saúde para a formação profissional técnica de nível médio**. 81f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - UNB. Brasília, 2013.

DURÃO, Anna Violeta Ribeiro; MENEZES, Clarissa Alves Fernandes De. Na esteira de E.P. Thompson: relações sociais de gênero e o fazer-se agente comunitária de saúde no município do Rio de Janeiro. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 14, n. 2, p. 355–376, 2016.

FARIA, Lina. Educadoras sanitárias e enfermeiras de saúde Pública: identidades profissionais em construção. **Cadernos Pagu**, [s. l.], n. 27, p. 173–212, 2006.

FARIA, Lina; SANTOS, Luiz Antonio de Castro. As profissões de saúde: uma análise crítica do cuidar. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, [s. l.], v. 18, p. 227–240, 2011.

FERNANDES, João Cláudio L. Agentes de saúde em comunidades urbanas. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 8, n. 2, p. 134–139, 1992.

FERREIRA, Márcia de Assunção et al. O significado do Profae segundo os alunos: contribuição para a construção de uma política pública de formação profissional em saúde. **Texto e Contexto - Enfermagem**, [s. l.], v. 16, n. 3, p. 445–452, 2007.

FERREIRA, Nadiá Paulo. Jacques Lacan: apropriação e subversão da lingüística. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 113-131, jan-jun 2002.

FERREIRA, Sílvia Lúcia e NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. Transversalidade de conteúdos nas diretrizes curriculares: o gênero no ensino da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 57, n. 1, p. 71–74, 2004.

FERREIRA, Vitória Solange Coelho; ANDRADE, Cristina Setenta; FRANCO, Túlio Batista e MERHY, Emerson Elias. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 25, n. 4, p. 898–906, 2009.

FERREIRA NETO, João Leite. Pesquisa e Metodologia em Michel Foucault. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 31, n. 3, p. 411-420, Set, 2015.

FILGUEIRAS, Andréa Sabino; SILVA, Ana Lúcia Abrahão. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis**. Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.899-916, 2011.

FIOROTTI, Karoline Pedroti, Rossoni, Renzo Roldi and Miranda, Angélica Espinosa Perfil do estudante de Medicina da Universidade Federal do Espírito Santo, 2007. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Vol.34, nº 3, p.355-362, set. 2010.

FONSECA, Angélica Ferreira & MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. A interação entre avaliação e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde: subsídios para pensar sobre o trabalho educativo. **Saúde em Debate**, Vol.38, n. especial, p.343-357, out 2014.

FONSECA, Angélica Ferreira; MACHADO, Felipe Rangel de Souza; BORNSTEIN, Vera Joana & PINHEIRO, Roseni. Avaliação em saúde e repercussões no trabalho do agente comunitário de saúde. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Vol.21, n.3, p.519-527, set 2012.

FONTES FILHO, Osvaldo. Uma "possibilidade impossível de dizer": o acontecimento em filosofia e em literatura, segundo Jacques Derrida. **Trans/Form/Ação**, Marília, v. 35, n. 2, p. 143-162, Mai/Ago, 2012.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber.** Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. 7ª ed, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970.** 24ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber.** 7ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade II: o uso dos prazeres.** 5ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. 3ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

FRANCA JUNIOR, Raimundo Rodrigues de; MAKNAMARA, Marlécio. A literatura sobre metodologias ativas em educação médica no brasil: notas para uma reflexão crítica. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, 2019.

FRANCO, Elaine Cristina Dias; SOARES, Amanda Nathale; GAZZINELLI, Maria Flávia. Recontextualização macro e micropolítica do currículo integrado: percursos experimentados em um curso de enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, 2018.

FRANZOI, Naira L. **Entre a formação e o trabalho: trajetórias e identidades profissionais**. Porto Alegre: UFRGS, 2006.

FRIGOTTO, Gaudêncio. Trabalho. (Verbete). *In:* PEREIRA, Isabel e LIMA, Julio César França (Orgs.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

GLYNOS, Jason e HOWARTH, David. Explicação crítica em ciências sociais. A abordagem das lógicas. *In:* LOPES, Alice Casimiro; OLIVEIRA, Anna Luiza A. R. M. de e OLIVEIRA, Gustavo Gilson S. de (Orgs.). **A teoria do discurso na pesquisa em educação**. Recife: UFPE, 2018.

GLYNOS, Jason e STAVRAKAKIS, Yannis. Encuentros del tipo real. Indagando los límites de la adopción de Lacan por parte de Laclau. *In:* CRITCHLEY, Simon y MARCHART, Oliver (Orgs.). **Laclau: aproximaciones críticas a su obra.** 1ª ed. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2008.

GLYNOS, Jason e STAVRAKAKIS, Yannis. Lacan and political subjectivity: fantasy and enjoyment in psychoanalysis and political theory. **Subjectivity**, 24, 256–274, 2008.

GLYNOS, Jason. Ernesto the tension dweller: on paradox, political discourse, and affect. **Pléyade**, Santiago, 16, Julio-diciembre, p.49-55, 2015.

GOMES, Karine de Oliveira et al. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do Programa Saúde da Família: reflexões estratégicas. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.18, n.4, p.744-755, dez. 2009.

GONÇALVES, Priscila Leite. **Qualificação de profissionais da saúde em gerontologia: relato de uma intervenção educativa.** 77f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia). Pontifícia Universidade Católica, PUC/SP, São Paulo, 2016.

GONZE, Gabriela Guerra; SILVA, Girlene Alves Da. A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo valores. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 129–146, 2011.

GUIZARDI, Francine Lube; STELET, Bruno Pereira; PINHEIRO, Roseni e CECCIM, Ricardo Burg. A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre interação ensino-trabalho. *In:* PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg e MATTOS, Ruben Araujo de (Orgs.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde.** Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, p.153-178, 2011.

HADDAD Q., Jorge; ROSCHKE, María Alice Clasen e DAVINI, María Cristrina (Orgs.). **Educación permanente de personal de salud.** (Série desarrollo de recursos humanos em salud). Washington, D.C.: OPS, 1994.

HALL, Stuart. A centralidade da cultura: notas sobre as revoluções culturais do nosso tempo. **Educação & Realidade**, v.22, nº 2, 1997.

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Tradução: Tomaz Tadeu da Silva e Guacira Lopes Louro. 11ª ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

HALL, Stuart. Quem precisa de identidade? *In*: SILVA, Tomaz Tadeu (Org.). **Identidade e Diferença: a perspectiva dos Estudos Culturais**. 5ª ed. Petrópolis: Vozes, 2004. pp.103-133.

HERMES, Ana Luiza Fay. Para além do claustro, um pensamento da diferença: Jacques Derrida e a desconstrução da metafísica da presença. **S*apere aude,*** Belo Horizonte, v.4 - n.7, p.224-244, 2013.

HEUSER, Ester Maria Dreher. No rastro da filosofia da diferença. *In:* SKLIAR, Carlos (Org.). **Derrida e a educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2005.

HORA, Dinair Leal da *et al*. Propostas inovadoras na formação do profissional para o Sistema Único de Saúde. **Trabalho, educação e saúde**, vol.11, no.3, p.471-486, Dez 2013.

HOWARTH, David and STAVRAKAKIS, Yannis. Introducing Discourse Theory and Political Analysis. *In:* HOWARTH, David; NORVAL, Aletta J. and STAVRAKAKIS, Yannis (edits.). **Discourse Theory and Political Analysis**. Manchester: Manchester University Press, 2000, p.1-37.

KEMP, Amy e EDLER, Flavio Coelho. A reforma médica no Brasil e nos Estados Unidos: uma comparação entre duas retóricas. **História, ciências e saúde - Manguinhos**, vol.11, no.3, p.569-585, Dez 2004.

KISIL, Marcos e CHAVES, Mario (Orgs.). **Programa UNI: uma nova iniciativa na educação dos profissionais da saúde**. Battle Creek: Fundação W.K. Kellogg, 1994.

KOIFMAN, Lilian. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências e Saúde-Manguinhos**, vol.8, no.1, p.49-69, Jun. 2001.

KUABARA, Cristina Toschie de Macedo; SALES, Patrícia Regina de Souza; MARIN, Maria Jose Sanches e TONHOM, Silvia Franco da Rocha. Integração ensino e serviços de saúde: uma revisão integrativa da literatura. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**. 18(1): 195-20, jan/mar, 2014.

LACLAU, Ernesto e MOUFFE, Chantal. **Hegemonia e estratégia socialista: por uma política democrática radical.** São Paulo: Intermeios; Brasília: CNPq, 2015a.

LACLAU, Ernesto e MOUFFE, Chantal. Pós-marxismo sem pedido de desculpas. *In:* LOPES, Alice Casimiro e MENDONÇA, Daniel de (Orgs.). **A teoria do discurso de Ernesto Laclau: ensaios críticos e entrevistas.** São Paulo: Annablume, 2015b.

LACLAU, Ernesto. Desconstrução, pragmatismo, hegemonia. *In:* MOUFFE, Chantal (Org.). **Desconstrução e pragmatismo.** Tradução: Victor Dias Maia Soares. 1ª ed. Rio de Janeiro: Mauad X, 2016.

LACLAU, Ernesto. **A razão populista.** Tradução: Carlos Eugênio Marcondes de Moura. São Paulo: Três Estrelas, 2013.

LACLAU, Ernesto. **Emancipação e diferença.** Coordenação e revisão técnica geral: Alice Casimiro Lopes e Elizabeth Macedo. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2011.

LACLAU, Ernesto. Inclusão, exclusão e a construção de identidades. *In:* AMARAL JR., Aécio e BURITY, Joanildo de A. (Orgs.). **Inclusão social, identidade e diferença: perspectivas pós-estruturalistas de análise social.** São Paulo: Annablume, 2006.

LACLAU, Ernesto. **Nuevas reflexiones sobre la revolución de nuestro tiempo**. 2ª ed. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 2000.

LIMA, Julio César França. **Política de saúde e formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem**. Tese (Doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Educação. 2010. 469 f.

LIMA, Julio *et al*. **Memória da educação profissional em saúde. Anos 1980-1990**. Relatório Final. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2006. Disponível em www.observatorio.epsjv.fiocruz.br

LOPES, Alice Casimiro. **Políticas de integração curricular**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2008.

LOPES, Alice Casimiro. Políticas de currículo: questões teórico-metodológicas. *In:* LOPES, Alice Casimiro; DIAS, Rosanne Evangelista e ABREU, Rozana Gomes de (Orgs.). **Discursos nas políticas de currículo**. Rio de Janeiro: Quartet; Faperj, 2011. pp.19–45.

LOPES, Alice Casimiro. Democracia nas políticas de currículo. **Cadernos de Pesquisa**, [s. l.], v. 42, n. 147, p. 700–715, 2012.

LOPES, Alice Casimiro. Teorias pós-críticas, política e currículo. **Educação, sociedade e culturas**, nº 39, p.7-23, 2013.

LOPES, Alice Casimiro. Ainda é possível um currículo político? *In:* LOPES, Alice Casimiro e ALBA, Alicia de (Orgs.). **Diálogos curriculares entre Brasil e México**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2014. P. 43-62.

LOPES, Alice Casimiro. Normatividade e intervenção política: em defesa de um investimento radical. *In:* LOPES, Alice Casimiro e MENDONÇA, Daniel de (Orgs.). **A teoria do discurso de Ernesto Laclau: ensaios críticos e entrevistas**. São Paulo: Annablume, 2015. pp. 117–147.

LOPES, Alice Casimiro. The theory of enactment by Stephen Ball: And what if the notion of discourse was different? **Education Policy Analysis Archives**, [s. l.], v. 24, n. 0, p. 25, 2016.

LOPES, Alice Casimiro. Política, conhecimento e a defesa de um vazio normativo. *In*: MENDONÇA, Daniel de; RODRIGUES, Léo Peixoto; LINHARES, Bianca (Orgs.). **Ernesto Laclau e seu legado interdisciplinar**. São Paulo: Intermeios, 2017. pp. 107–127.

LOPES, Alice Casimiro. Políticas de currículo em um enfoque discursivo: notas de pesquisa. *In:* LOPES, Alice Casimiro; OLIVEIRA, Anna Luiza A. R. M. de e OLIVEIRA, Gustavo Gilson S. de (Orgs.). **A teoria do discurso na pesquisa em educação**. Recife: Editora UFPE, 2018a. pp.133-167.

LOPES, Alice Casimiro. Sobre a decisão política em terreno indecidível. *In:* LOPES, Alice Casimiro e SISCAR, Marcos (Orgs.). **Pensando a política com Derrida: responsabilidade, tradução, porvir**. São Paulo: Cortez, 2018b.

LOPES, Alice Casimiro. Itinerários formativos na BNCC do Ensino Médio: identificações docentes e projetos de vida juvenis. **Revista Retratos da Escola**, Brasília, v. 13, n. 25, p.59-75, jan/mai. 2019.

LOPES, Alice Casimiro e BORGES, Veronica. Currículo, conhecimento e interpretação. **Currículo sem fronteiras**, [s. l.], v. 17, nº 3, pp. 555–573, set/dez 2017.

LOPES, Alice Casimiro; BORGES, Veronica. Formação docente, um projeto impossível. **Cadernos de Pesquisa**, [s. l.], v. 45, n. 157, pp. 486–507, 2015.

LOPES, Alice Casimiro; CUNHA, Érika; COSTA, Hugo Heleno Camilo. Da recontextualização à tradução: investigando políticas de currículo. **Currículo sem fronteiras**, [s. l.], v. 13, n. 3, p. 392–410, 2013.

LOPES, Alice Casimiro e MACEDO, Elizabeth. O pensamento curricular no Brasil. *In:* LOPES, Alice Casimiro e MACEDO, Elizabeth (Orgs.). **Currículo: debates contemporâneos.** São Paulo: Cortez, 2002.

LOPES, Alice Casimiro e MACEDO, Elizabeth. **Teorias de currículo**. São Paulo: Cortez, 2011a.

LOPES, Alice Casimiro e MACEDO, Elizabeth. Glossário. *In:*LOPES, Alice Casimiro e MACEDO, Elizabeth. **Teorias de currículo**. São Paulo: Cortez, 2011b.

LOPES, Alice Casimiro e MACEDO, Elizabeth. Contribuições de Stephen Ball para o estudo de políticas de currículo. In: BALL, Stephen J.; MAINARDES, Jeferson (Orgs.). **Políticas educacionais: questões e dilemas**. São Paulo: Cortez, 2011c.

LOPES, Alice Casimiro; OLIVEIRA, Marcia Betania. Redes de pesquisa e articulações discursivas nas políticas de currículo. In: **Políticas de Currículo: pesquisas e articulações discursivas**. Curitiba: CRV, 2017.

MACEDO, Elizabeth. **Currículo, identidade e diferença:** articulações em torno das novas diretrizes curriculares nacionais para a educação básica**.** Projeto de pesquisa 2011-2014. Rio de Janeiro: UERJ, 2010.

MACEDO, Elizabeth. Currículo e conhecimento: aproximações entre educação e ensino. **Cadernos de Pesquisa**, [s. l.], v. 42, n. 147, p. 716–737, 2012.

MACEDO, Elizabeth. Base Nacional Curricular Comum: novas formas de sociabilidade produzindo sentidos para a educação. **Revista e-Curriculum**, [s. l.], v. 12, n. 3, p. 1530–1555, 2014.

MACEDO, Elizabeth. Base Nacional Comum para Currículos: direitos de aprendizagem e desenvolvimento para quem? **Educação e Sociedade**, [s. l.], v. 36, n. 133, p. 891–908, 2015.

MACEDO, Elizabeth. Base Nacional Curricular Comum: a falsa oposição entre conhecimento para fazer algo e conhecimento em si. **Educação em Revista**. Belo Horizonte, v.32, nº 2, p.45-67, abr-jun, 2016.

MACEDO, Elizabeth. Mas a escola não tem que ensinar?: conhecimento, reconhecimento e alteridade na teoria de currículo. **Currículo sem fronteiras**, [s. l.], v. 17, n. 3, p. 539–554, 2017.

MACHADO, Roberto. Introdução: por uma genealogia do poder. *In:* FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. 3ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982.

MAINARDES, Jefferson. Abordagem do ciclo de políticas: uma contribuição para a análise de políticas educacionais. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 27, n. 94, p. 47-69, abr. 2006.

MAINARDES, Jefferson. A abordagem do ciclo de políticas: explorando alguns desafios da sua utilização no campo da Política Educacional. **Jornal de Políticas Educacionais.** V. 12, n. 16, agosto de 2018.

MANRIQUE, Carlos A. O deslocamento do conceito derridiano do "performativo": da iterabilidade da escrita à singularidade da justiça. **Princípios – Revista de Filosofia.** Natal (RN), v. 19, nº 32, jul-dez, p.301-330, 2012.

MARZARI, Carla Kowalski; JUNGES, José Roque; SELLI, Lucilda. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl.1, p.873-880, 2011.

MASSCHELEIN, Jan e SIMONS, Maarten. **Em defesa da escola: uma questão pública.** Tradução: Cristina Antunes. 2ª ed. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2018.

MATTOS, Ruben Araújo De. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. **Ciência e Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 6, n. 2, p. 377–389, 2001a.

MATTOS, Ruben Araujo. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS - ABRASCO, 2001b. p. 39–64.

MENDES, Eugenio Vilaça. **A evolução histórica da prática médica, suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médica**. Belo Horizonte: PUC/FINEP; 1985.

MENDES, Eugenio Vilaça. A reforma sanitária e a educação odontológica. **Cadernos de Saúde Pública**, v.2, nº 4, p.533-552, dez 1986.

MENDONÇA, Daniel de. A noção de antagonismo na ciência política contemporânea: uma análise a partir da perspectiva da teoria do discurso. **Revista de Sociologia e Política**, [s. l.], n. 20, p. 135–145, 2003.

MENDONCA, Daniel de. Para além da deliberação? Apontamentos sobre a normatividade da teoria pós-estruturalista da democracia radical. **Mediações**, Londrina, v. 15, n.2, p. 99-125, Jul/Dez. 2010a.

MENDONCA, Daniel de. Teorizando o agonismo: crítica a um modelo incompleto. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 479-497, Dez. 2010b.

MENDONÇA, Daniel de. Pensando (com Laclau) os limites da democracia. *In:* LOPES, Alice Casimiro e MENDONÇA, Daniel de (Orgs.). **A teoria do discurso de Ernesto Laclau: ensaios críticos e entrevistas.** São Paulo: Annablume, 2015.

MENDONÇA, Daniel de; LINHARES, Bianca de Freitas e BARROS, Sebastián. O fundamento como "fundamento ausente" nas ciências sociais: Heidegger, Derrida e Laclau. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 18, nº 41, p. 164-194, jan/abr 2016.

MENDONÇA, Daniel de; RODRIGUES, Léo Peixoto. Do estruturalismo ao pós-estruturalismo: entre fundamentar e desfundamentar. *In:* **Pós-estruturalismo e teoria do discurso: em torno Ernesto Laclau**. MENDONÇA, Daniel de; RODRIGUES, Léo Peixoto (Orgs.). 2ª ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2014.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

MERHY, Emerson Elias; MAGALHÃES JUNIOR, Helvécio Miranda; RIMOLI, Josely; FRANCO, Tulio Batista e BUENO, Wanderley Silva. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** 2ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

MORAES, Caroline da Luz; SPINDOLA, Luisa Kaufman. O currículo de história na reforma da Secretaria Municipal de Educação do Rio de Janeiro. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 1147-1162, dez. 2017.

MORAES, Paulo Navarro de & IGUTI, Aparecida Mari. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 416-426, jul/set 2013.

MOREIRA, Andréia de Santana Silva et al. Reflexões acerca do Ensino de Pediatria no Século XXI: o Cenário Brasileiro. **Revista brasileira de educação médica**, vol.39, no.3, p.339-343, Set 2015.

MOREIRA, Antonio Flavio Barbosa. A importância do conhecimento escolar em propostas curriculares alternativas. **Educação em Revista**, [s. l.], n. 45, p. 265–290, 2007.

MOREIRA, Antonio Flavio Barbosa. Currículo e gestão: propondo uma parceria. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, [s. l.], v. 21, n. 80, p. 547–562, 2013.

MOREIRA, Antonio Flavio Barbosa. **Currículos e programas no Brasil.** 14ª ed. Campinas, SP: Papirus, 1990.

MOREIRA, Antonio Flavio Barbosa e SILVA, Tomaz Tadeu da. Sociologia e teoria crítica do currículo: uma introdução. *In:* MOREIRA, Antonio Flavio Barbosa e SILVA, Tomaz Tadeu da (Orgs.). **Currículo, cultura e sociedade.** São Paulo: Cortez, 2006.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso. **Educação e trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos Agentes Comunitários de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.

MOROSINI, Márcia Valéria; CORBO, Anamaria D'Andrea e GUIMARÃES, Cátia Correa. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, vol.5, no.2, p.287-310, Jul. 2007.

MOROSINI, Márcia Valéria; FONSECA, Angélica Ferreira. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.42, n.spe1, p.261-274, set. 2018.

MOUFFE, Chantal. Identidade democrática e política pluralista. *In:* MENDES, Cândido (Org.). **Pluralismo cultural, identidade e globalização**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

MOUFFE, Chantal. Por um modelo agonístico de democracia. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, 25, p. 11-23, nov. 2005.

MOUFFE, Chantal. **Sobre o político.** Tradução: Fernando Santos. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2015.

MOUFFE, Chantal. Desconstrução, pragmatismo e a política da democracia. *In:* MOUFFE, Chantal (Org.). **Desconstrução e pragmatismo**. Rio de Janeiro: Mauad X, 2016.

MOURA, Diogo Telles Dias de et al. Articulação entre os ciclos básico e profissionalizante: percepção dos alunos da UFPR. **Revista brasileira de educação médica**, vol.42, no.1, p.226-236, Jan 2018.

NETO, João Leite Ferreira. A analítica da subjetivação em Michel Foucault. **Revista Polis e Psique**, 7(3): 7-25, 2017.

NOGUEIRA, Mariana L. **O processo histórico da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde: trabalho, educação e consciência política coletiva** [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2017.

NOGUEIRA, Roberto Passos. O trabalho do ACS entre a dimensão técnica "universalista" e a dimensão social "comunitarista". **Interface (Botucatu),** 6(10):75-94, 2002.

NOGUEIRA, Roberto Passos; SILVA, Frederico Barbosa da; RAMOS, Zuleide do Valle R. **A vinculação institucional de um trabalhador *sui generis* – o Agente Comunitário de Saúde.** Texto para discussão, nº 735. Rio de Janeiro: Ipea, 2000.

NORONHA, José Carvalho De; SOARES, Laura Tavares. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência e Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 6, n. 2, p. 445–450, 2001.

NUDZOR, Hope. Reconceptualizando o paradoxo na implementação de políticas: uma abordagem pós-moderna. **Revista Teias**, [S.l.], v. 11, n. 22, p. 16 pgs., ago. 2010.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.3, n.2, p.5-21, 1994.

NUNES, Everardo Duarte. Cem anos do relatório Flexner. **Ciência e saúde coletiva**, vol.15, suppl.1, p.956-956, Jun 2010.

OLIVEIRA, Ana De. A tradição da centralidade do conhecimento nas políticas curriculares. In: LOPES, Alice Casimiro; OLIVEIRA, Marcia Betania (Orgs.). **Políticas de currículo: pesquisas e articulações discursivas**. Curitiba: CRV, 2017. p. 97–112.

OLIVEIRA, Ana de; LOPES, Alice Casimiro. A abordagem do ciclo de políticas: uma leitura pela teoria do discurso. **Cadernos de Educação**, FaE/PPGE/UFPel, Pelotas [38]: 19 - 41, janeiro/abril 2011.

OLIVEIRA, Gustavo Gilson Sousa de. Provocações para aguçar a imaginação/invenção analítica: aproximações entre a teoria política do discurso e análise do discurso em educação. *In:* LOPES, Alice Casimiro; OLIVEIRA, Anna Luiza A. R. M. de e OLIVEIRA, Gustavo Gilson S. de (Orgs.). **A teoria do discurso na pesquisa em educação**. Recife: UFPE, 2018.

OLIVEIRA, Gustavo Gilson; OLIVEIRA, Anna Luiza e MESQUITA, Rui Gomes de. A Teoria do Discurso de Laclau e Mouffe e a Pesquisa em Educação. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 38, n. 4, p. 1327-1349, out./dez. 2013.

PAGLIOSA, Fernando Luiz e DA ROS, Marco Aurélio O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista brasileira de educação médica**, vol.32, no.4, p.492-499, Dez 2008.

PAIM, Jairnilson Silva e ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.32, n.4, p.299-316, ago. 1998.

PAIM, Jairnilson e ALMEIDA FILHO, Naomar de. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

PAIVA, Edil V.; FRANGELLA, Rita de Cassia Prazeres e DIAS, Rosanne Evangelista. Políticas curriculares no foco das investigações. *In:* LOPES, Alice Casimiro e MACEDO, Elizabeth (Orgs.). **Políticas de currículo em múltiplos contextos.** São Paulo: Cortez, 2006.

PEDRAZA, Dixis Figueroa; ROCHA, Ana Carolina Dantas; SALES, Márcia Cristina. O trabalho educativo do agente comunitário de saúde nas visitas domiciliares em dois

municípios do Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.14, supl.1, p.105-117, nov. 2016.

PIMENTA, Tânia Salgado. Terapeutas populares e instituições médicas na primeira metade do século XIX. In: CHALHOUB, Sidney et al. (Orgs.). **Artes e ofícios de curar no Brasil**. Campinas: Editora da Unicamp, 2003. pp. 307–330.

PIMENTEL JÚNIOR, Clívio. Políticas curriculares, diferença, pertencimento: ponderações sobre o uso do conceito de comunidades epistêmicas em chave pós-estrutural. **Revista Linhas**. Florianópolis, v. 19, n. 41, p. 213-241, set./dez. 2018.

PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo de (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003.

PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo (Orgs.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2011.

PIRES-ALVES, Fernando A. e PAIVA, Carlos Henrique Assunção. **Recursos críticos: história da cooperação técnica Opas-Brasil em recursos humanos para a saúde (1975-1988)**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

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

REZENDE, Mônica de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. A Análise da Política proposta por Ball. *In*: MATTOS, Ruben Araújo de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. (Orgs.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, p.273-283, 2015.

RIZZO, Tamiris Pereira; LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Limites dos planos de cargos, carreiras e salários para desprecarização das relações de trabalho no SUS. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.399-420, ago. 2017.

ROCHA, Natália Hosana Nunes; BARLETTO, Marisa; BEVILACQUA, Paula Dias. Identidade da agente comunitária de saúde: tecendo racionalidades emergentes. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v.17, n.47, p.847-857, Dez. 2013.

SAFATLE, Vladimir. **Introdução à Lacan.** 4ª ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.

SAIPPA-OLIVEIRA, Gilson; KOIFMAN, Lilian e PINHEIRO, Roseni. Seleção de conteúdos, ensino-aprendizagem e currículo na formação em saúde. *In:* PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg e MATTOS, Ruben Araujo de (Orgs.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde.** Rio de Janeiro: CEPESC : IMS/UERJ : ABRASCO, 2011.

SANTOS, Izabel dos; SOUZA, Alina Maria de Almeida; GALVÃO, Ena de Araújo. Subsídios para formulação de uma política de profissionalização para o pessoal de enfermagem sem qualificação específica. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v.41, n.1, p.75-80, mar, 1988.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos *et al.* Aumento das cargas de trabalho em técnicos de enfermagem na atenção primária à saúde no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.14, supl.1, p.89-104, nov. 2016.

SKLIAR, Carlos. A escrita na escrita: Derrida e a educação. *In:* SKLIAR, Carlos (Org.). **Derrida e a Educação.** Belo Horizonte: Autêntica, 2005.

SILVA, Elaine Menezes da; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. Equipe de saúde: negociações e limites da autonomia, pertencimento e reconhecimento do outro. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.10, p.3033-3042, out. 2015.

SILVA, Thais Lacerda e; DIAS, Elizabeth Costa; RIBEIRO, Eliana Cláudia de Otero. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde na atenção à saúde do trabalhador. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v.15, n.38, p.859-870, set. 2011.

SILVA, Vinício Oliveira da & PINTO, Isabela Cardoso de Matos. Construção da identidade dos atores da Saúde Coletiva no Brasil: uma revisão da literatura. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. v.17, n.46, p.549-560, jul-set 2013.

SISCAR, Marcos. **Jacques Derrida: literatura, política e tradução**. Campinas: Autores Associados, 2012.

SKUDLAREK, Tomasz. Significantes vazios, educação e política. In: TURA, Maris de Lourdes Rangel; GARCIA, Maria Manuela Alves (Orgs.). **Currículo, políticas e ação docente**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2013. p. 294.

SÓRIO, Rita Elisabeth da Rocha. Educação profissional em saúde no Brasil: a proposta das Escolas Técnicas de Saúde do SUS. **Formação**. Ministério da Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. V. 2, n.5, Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

SOUTHWELL, Myriam. Em torno da construção de hegemonia educativa: contribuições do pensamento de Ernesto Laclau ao problema da transmissão da cultura. In: MENDONÇA, Daniel De; RODRIGUES, Léo Peixoto (Orgs.). **Pós-estruturalismo e teoria do discurso: em torno de Ernesto Laclau**. 2. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2014. p. 212.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBOAS, Ana Luiza. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do Sus**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 7-28, jun. 1998.

TEIXEIRA, Edival Sebastião; BERNARTT, Maria de Lourdes; TRINDADE, Glademir Alves. Estudos sobre Pedagogia da Alternância no Brasil: revisão de literatura e perspectivas para a pesquisa. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 227-242, ago. 2008.

TEOFILO, Tiago José Silveira; SANTOS, Nereida Lúcia Palko dos; BADUY, Rossana Staevie. Apostas de mudança na educação médica: trajetórias de uma escola de medicina. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 60, p.177-188, mar 2017.

TESHAINER, Marcus César Ricci. Psicanálise e biopolítica: considerações a partir da análise de Birman sobre Foucault. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v.8, nº 1, p.225-249, mar. 2008.

UCHIYAMA, Acácia de Lima. **Análise da gestão de implementação do Programa de Formação de Nível Médio para a Saúde – Profaps nas escolas técnicas do Sistema Único de Saúde – ETSUS do Pará e Rondônia**. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde). Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2018.

VARGAS, Cláudio Pellini; CUNHA JUNIOR, Carlos Fernando Ferreira da; MOREIRA, Antonio Flavio Barbosa. Os conteúdos básicos comuns da educação física escolar mineira: uma análise dos seus contextos de influência. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 24, 2019.

VEIGA-NETO, Alfredo. Grupo de estudos e pesquisas em currículo e pós-modernidade/GEPCPÓS: concepções sobre a prática. *In:* MACEDO, Elizabeth; MACEDO, Roberto Sidnei e AMORIN, Antonio Carlos (Orgs.). **Como nossas pesquisas concebem a prática e com ela dialogam?** Campinas: UNICAMP, 2008.

VIEIRA, Monica. Trabalho, qualificação e a construção social de identidades profissionais nas organizações públicas de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.271-286, jul. 2007.

VIEIRA, Monica *et al.* **Análise da política de educação permanente em saúde: um estudo exploratório dos projetos aprovados pelo Ministério da Saúde**. Relatório Final. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2006. Disponível em www.observatorio.epsjv.fiocruz.br

VIEIRA, Monica; CHINELLI, Filippina; D'ÁVILA, Luciana Souza; FORTES, Denise Rodrigues e DAVID, Nancí Aparecida da Silva. Trajetórias educacionais e ocupacionais de trabalhadores do Sistema Único de Saúde, e suas expectativas profissionais. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.41, n. spe2, p.92-103, jun. 2017.

VIEIRA, Monica; CHINELLI, Filippina. Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 18, n. 6, p. 1591–1600, 2013.

VIEIRA, Monica; DURÃO, Anna Violeta Ribeiro; LOPES, Marcia Raposo (Orgs.). **Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

YOUDELL, Deborah. Reconhecendo os sujeitos da educação. APPLE, Michael W.; BALL, Stephen J.; GANDIN, Luís Armando (Orgs.) **Sociologia da Educação: análise internacional**. Porto Alegre: Penso, 2013.

YOUNG, Michael. Para que servem as escolas? **Educação e Sociedade**, [s. l.], v. 28, n. 101, p. 1287–1302, 2007.

YOUNG, Michael. Teoria do currículo: o que é e por que é importante. **Cadernos de Pesquisa**, [s. l.], v. 44, n. 151, p. 190–202, 2014.

WERMELINGER, Mônica; MACHADO, Maria Helena e AMÂNCIO FILHO, Antenor. Técnicos em Saúde: constituição de uma Identidade. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 89-104, maio 2010.

ZANETTI, Carlo Henrique Goretti; OLIVEIRA, José Antônio Abreu de; MENDONCA, Maria Helena Magalhães de. Divisão do trabalho odontológico em perspectiva: desafio de interpretar as competências dos técnicos. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.195-222, out. 2012.

ŽIŽEK, Slavoj. **Como ler Lacan.** Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

APÊNCICE - DOCUMENTOS CONSULTADOS

BRASIL. Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: Relatório Final**. Brasília: MS, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: Relatório Final**. Cadernos RH Saúde, v.2, n.1. Brasília: MS, julho de 1994.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Parecer CNE/CEB n. 16/1999**. Trata das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. MEC, 1999a.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. **Resolução CNE/CEB nº 04/99**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. Brasília: Ministério da Educação, 1999b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de recursos humanos em saúde** / Brasil. Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM 198**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde). **AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 1.996.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Pró-saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde**. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 78 p., 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: Relatório Final**. Série D. Reuniões e Conferências. Brasília: MS, 2007c.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. **Resolução nº 3, de 9 de julho de 2008**. Dispõe sobre a instituição e implantação do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos de Nível Médio. Brasília: Ministério da Educação, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 3.189**. Dispõe sobre as diretrizes de implementação do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps). Brasília: DF, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial**. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Mais saúde: direito de todos: 2008-2011**. (Série C: Projetos, Programas e Relatórios). 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 1626**. Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde - PROFAPS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 1654**. Institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica / PMAQ-AB. Brasília: Ministério da Saúde, 2011e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 1307**. Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde - PROFAPS. Brasília: Ministério da Saúde, 2011f.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 2010**. Dispõe sobre o repasse de recursos financeiros do Ministério da Saúde para execução, no exercício de 2012, na área técnica estratégica de Prótese Dentária do Programa de Formação de Profissional de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS), no âmbito da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. **Resolução nº4, de 6 de junho de 2012.** Dispõe sobre alteração na Resolução CNE/CEB nº3/2008, definindo a nova versão do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos de Nível Médio. Brasília: Ministério da Educação, 2012c.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Nota Técnica nº 39. **Progestores**, 2012. Disponível em http://www.conass.org.br/category/notas-tecnicas/.

PROFAPS. Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde. **I Seminário Nacional de Educação Profissional Técnica: Formação em Vigilância em Saúde**. Relatos sobre estrutura e organização curricular dos cursos. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016.

REDE UNIDA. Institucional. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019. Disponível em < http://www.redeunida.org.br/pt-br/>. Acesso em 08/11/2019.

Cadernos de Diretrizes e Orientações para a Formação Técnica em Saúde

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde.** (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Técnico em Citopatologia: diretrizes e orientações para a formação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Técnico em Hemoterapia: diretrizes e orientações para a formação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Técnico em Radiologia: diretrizes e orientações para a formação.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Técnico em Vigilância em Saúde: diretrizes e orientações para a formação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão do Trabalho na Saúde. **Técnico em órteses e próteses : diretrizes e orientação para a formação.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

Relatórios de Gestão SGTES/MS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Relatório de Gestão 2004**. Brasília-DF, fevereiro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Relatório de Gestão 2005**. Brasília-DF, março de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Relatório de Gestão 2006**. Brasília-DF, fevereiro de 2007d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Relatório de Gestão 2007**. Brasília-DF, março de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Relatório de Gestão 2008**. Brasília-DF, abril de 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Relatório de Gestão 2009**. Brasília-DF, março de 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Relatório de Gestão 2010**. Brasília-DF, março de 2011f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Relatório de Gestão 2011**. Brasília-DF, março de 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Relatório de Gestão 2012**. Brasília-DF, março de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Relatório de Gestão 2013**. Brasília-DF, março de 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Relatório de Gestão 2014**. Brasília-DF, abril de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Relatório de Gestão 2015**. Brasília-DF, março de 2016.

Revistas da RET-SUS

RET-SUS. **Revista da Rede de Escolas Técnicas do SUS**. Ano II, n.14, nov/dez de 2005.

RET-SUS. **Revista da Rede de Escolas Técnicas do SUS**. Ano II, n.15, janeiro de 2006.

RET-SUS. **Revista da Rede de Escolas Técnicas do SUS**. Ano II, n.18, maio de 2006.

RET-SUS. **Revista da Rede de Escolas Técnicas do SUS**. Ano II, n.20, jul/ago de 2006.

RET-SUS. **Revista da Rede de Escolas Técnicas do SUS**. Ano III, n.33, nov/dez de 2007.

RET-SUS. **Revista da Rede de Escolas Técnicas do SUS**. Ano V, n.38, setembro de 2010.

RET-SUS. **Revista da Rede de Escolas Técnicas do SUS**. Ano V, n.41, jan/fev de 2011.