

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO

estação de trabalho  
Observatório dos Técnicos em Saúde

busca  OK

Home

zoom

apresentação  
notícias  
projetos  
publicações  
links  
contato  
creditos

# Projeto Memória da Educação Profissional em Saúde

**RET-SUS**

**bvs** Educação Profissional em Saúde  
biblioteca virtual em saúde

**Rede Observatório**  
Observatório dos Técnicos em Saúde

CS2  
WA

© Copyright 2009 – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

SECRETARIA DE SAÚDE  
PROCEL  
Programa Ciência & Saúde

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE  
JOAQUIM VENÂNCIO

Centro Colaborador da OMS  
para a Educação de Técnicos em Saúde

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
LABORATÓRIO DE TRABALHO E EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE  
OBSERVATÓRIO DOS TÉCNICOS EM SAÚDE

**Memória da Educação Profissional em  
Saúde no Brasil  
Anos 1980–1990**

**RELATÓRIO FINAL**

**Rio de Janeiro  
Dez. 2006**

### **Organização**

Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde (LATEPS)  
Observatório dos Técnicos em Saúde (OTS)

### **Equipe de pesquisa**

Júlio César França Lima  
Coordenador do OTS e Pesquisador do LATEPS

Ialê Falleiros Braga  
Pesquisadora do OTS/LATEPS

### **Consultoria**

Lúcia Maria Wanderley Neves  
Professora-Pesquisadora do Programa de Aperfeiçoamento do Ensino Técnico (PAETEC)  
vinculada ao LATEPS/EPSJV

### **Apoio à Gestão do Projeto**

Josiane Ribeiro Silva  
Assistente de Gestão Educacional do LATEPS

### **Projeto Gráfico**

Marcelo Paixão  
Programador Visual/EPSJV

### **Colaboradores**

Mônica Vieira – Pesquisadora do OTS/LATEPS  
Renata Reis – Pesquisadora Associada do OTS/LATEPS  
Anna Violeta Ribeiro Durão – Pesquisadora PAETEC/LATEPS  
Valéria Fernandes Carvalho – Pesquisadora Associada do OTS/LATEPS  
Carlos Maurício Guimarães Barreto – Pesquisador do LABORAT/EPSJV  
Márcia de Oliveira Teixeira – Pesquisadora do LIC-PROVOC/EPSJV

### **Agradecimentos**

CEPEN - ABEn Nacional, em especial a Sônia K. Sakai Teixeira  
CEDOC/SENAC Departamento Nacional, em especial a Denise Lopes  
CEDOC/INSTCUT, em especial a Gilberto Salviano da Silva e Guido Alvarenga

<p>Este projeto foi financiado com recursos do Ministério da Saúde, no âmbito do Plano Diretor para o Biênio 2004-2006 da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, com apoio da Organização Panamericana de Saúde</p>
--

# SUMÁRIO

## VOLUME 1 - RELATÓRIO FINAL

LISTA DE SIGLAS	04
INTRODUÇÃO	06
<b>I. A SAÚDE COMO DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO E AS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NO BRASIL DOS ANOS 1980</b>	
I.1) Capitalização da medicina e privatização da saúde a partir dos anos 1960	17
I.2) Medicina comunitária: racionalização do trabalho e polivalência na saúde	27
I.3) PPREPS: a construção da Política de Formação Profissional em Saúde	32
I.4) Saúde como direito de todos e dever do Estado	43
I.5) A formação de um novo trabalhador para um novo sistema de saúde: o trabalho como princípio pedagógico	54
<b>II. A SAÚDE COMO SERVIÇO NÃO-EXCLUSIVO DO ESTADO E AS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NO BRASIL DOS ANOS 1990</b>	
II.1) A reforma da aparelhagem estatal e as políticas de saúde nos anos 1990	64
II.2) A reconfiguração dos sujeitos políticos coletivos na área da saúde nos anos 1990	74
II.3) O modelo de competência e a reconfiguração do modelo de gestão das ETSUS	81
II.4) O PROFAE e o fortalecimento das ETSUS para formação do “novo trabalhador” segundo o modelo de competência	86
<b>III. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>97</b>
<b>IV. ANEXOS</b>	
1. LIMA, Júlio César França. PROFAE: uma política pública de qualificação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2000 [mimeo]	
2. LIMA, Júlio César França. Capitalismo e Trabalho em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2006 (no prelo)	
3. LIMA, Júlio César França. Neoliberalismo e Formação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2006 (no prelo)	
4. BRAGA, Ialê Falleiros. A sociedade civil e as políticas de saúde no Brasil dos anos 1980 à primeira década do século XXI. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2006 (no prelo)	
5. Verbetes “Educação Profissional em Saúde” (p.126-134); “Trabalho Complexo” (p.265-269); e “Trabalho Simples” (p.294-298). In. ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. Observatório dos Técnicos em Saúde (Org.) Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006	

## **VOLUME 2 – ENTREVISTAS**

<b>1. Izabel dos Santos</b>	<b>7</b>
<b>2. Mercilda Bartmann</b>	<b>51</b>
<b>3. Rita Elisabeth da Rocha Sório</b>	<b>85</b>
<b>4. Tânia Celeste Matos Nunes</b>	<b>133</b>
<b>5. Francisco Aparecido Cordão</b>	<b>167</b>
<b>6. Sebastião Lopes Neto</b>	<b>209</b>
<b>7. Arlindo Fábio Gómez de Souza</b>	<b>251</b>
<b>8. Jandira Feghali</b>	<b>285</b>
<b>9. José Paranaguá de Santana</b>	<b>301</b>
<b>10. Maria Luíza Jaeger</b>	<b>327</b>
<b>11. Nelson Rodrigues dos Santos</b>	<b>361</b>

## LISTA DE SIGLAS

ABEn - Associação Brasileira de Enfermagem  
ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas  
ABRAMAN – Associação das Empresas Brasileiras de Manutenção  
ABRAMGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo  
ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
ANDES – Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior  
ANDIFES - Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior  
ANPED – Associação Nacional de Pós-Graduação em Educação  
BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento  
CADRHU – Rede Colaborativa para Capacitação de Especialistas em Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde  
CBO – Classificação Brasileira de Ocupações  
CEB – Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação  
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
CEDOC – Centro de Documentação  
CEFOR – Centro de Formação de Recursos Humanos em Saúde  
CEPEN – Centro de Pesquisas de Enfermagem da ABEn  
CGPRH - Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos do Ministério da Saúde  
CGT – Comando Geral dos Trabalhadores  
CINTERFOR – Centro Interamericano de Investigação e Documentação sobre Educação Profissional  
CNC – Confederação Nacional do Comércio  
CNE - Conselho Nacional de Educação  
CNI – Confederação Nacional da Indústria  
CNRS - Comissão Nacional da Reforma Sanitária  
CNS - Conselho Nacional de Saúde  
CNTE – Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação  
CNTSS - Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social filiada à CUT  
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem  
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde  
COREN – Conselho Regional de Enfermagem  
CUT - Central Única dos Trabalhadores  
DESU – Departamento de Ensino Supletivo  
DNMO – Departamento Nacional de Mão-de-Obra do Ministério do Trabalho  
EJA – Programa de Educação de Jovens e Adultos  
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca  
EPSJV – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio  
ETSUS – Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde  
FAT – Fundo de Amparo ao Trabalhador  
FBH – Federação Brasileira de Hospitais  
FENAESS – Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde  
FENTAS- Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde  
FENSP – Fundação Ensino Especializado em Saúde Pública  
FIESP – Federação das Indústrias do Estado de São Paulo  
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz  
FS – Força Sindical  
FSESP – Fundação Serviço Especial de Saúde Pública  
FUNDAPE – Fundação do Desenvolvimento Administrativo  
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
INMETRO – Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial  
LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional  
MARE - Ministério da Administração e da Reforma do Estado  
MDIC – Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio

Projeto Memória da Educação Profissional em Saúde – Relatório Final

**MEC – Ministério da Educação**  
**MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social**  
**MS – Ministério da Saúde**  
**OIT – Organização Internacional do Trabalho**  
**OMS – Organização Mundial de Saúde**  
**OPAS - Organização Panamericana de Saúde**  
**OS – Organização Social**  
**PCB – Partido Comunista Brasileiro**  
**PC do B – Partido Comunista do Brasil**  
**PDT – Partido Democrático Trabalhista**  
**PT – Partido dos Trabalhadores**  
**PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento**  
**PFL – Partido da Frente Liberal**  
**PTB – Partido Trabalhista Brasileiro**  
**PDS – Partido Democrático Social**  
**PSDB – Partido da Social Democracia Brasileira**  
**PIPMO – Programa de Preparação Estratégica de Mão de Obra**  
**PL – Projeto de Lei**  
**PPA – Plano Plurianual**  
**PPREPS – Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde**  
**PROEJA - Programa de Ensino para Jovens e Adultos**  
**PROEP – Programa de Apoio ao Desenvolvimento da Educação Profissional**  
**PROFAE – Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem**  
**REFORSUS – Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde**  
**SBPC – Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência**  
**SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde**  
**SEMTEC – Secretaria de Educação Média e Tecnológica**  
**SENAC - Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial**  
**SENAI – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial**  
**SESC – Serviço Social do Comércio**  
**SESI – Serviço Social da Indústria**  
**SUCAM – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública Ministério da Saúde**  
**SUEPRO – Superintendência da Educação Profissional**  
**SUS – Sistema Único de Saúde**  
**UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro**  
**UFF – Universidade Federal Fluminense**  
**UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro**  
**UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura**  
**UNESP – Universidade Estadual Paulista**  
**USP – Universidade de São Paulo**

# INTRODUÇÃO

*Dizer que o espaço da História é múltiplo é ainda insuficiente. É necessário desdobrar essa reflexão, buscando as formas de conexão entre o banal, o cotidiano, o local e o conjuntural, as instâncias de controle (regionais ou nacionais) e os diferentes espaços de decisão política e econômica – cotidiano, local, regional, nacional, inter e transnacional. Mas, para essa articulação, é imprescindível identificar quais são as relações sociais dominantes, assim como os atores e sujeitos – sujeitantes e submissos – desse processo.*

*Virgínia Fontes – Nação e poder: as dimensões da história*

Esta pesquisa é resultado das preocupações atuais do Observatório dos Técnicos em Saúde, vinculado ao Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (LATEPS/EPSJV), com relação aos desdobramentos das políticas de educação profissional encaminhadas a partir dos anos 1990 para o conjunto das Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS). O objetivo aqui presente é lançar algumas luzes sobre o movimento ocorrido entre os anos 1980 e 1990 na sociedade brasileira que levou a grandes transformações nas concepções e nas políticas de educação profissional em saúde. Tais transformações se inscrevem no contexto mais amplo que parte da constituição de um novo sistema de saúde nos anos 1980 - quando se destaca a importância da formação de um novo profissional integrado à proposta do novo sistema emergente do movimento sanitário -, chegando até a reforma do Estado brasileiro de meados dos anos 1990 - quando ganham projeção e novas configurações no campo da educação profissional em saúde idéias-chave como “qualidade”, “competência” e “educação permanente”.

A segunda metade dos anos de 1980 é compreendida como a época de ouro da saúde no Brasil pela conquista de um sistema de saúde universal, que passaria a atender a todos independente da condição de trabalhador assalariado. A crise da saúde vinha assumindo proporções gigantescas, entre outras razões pelo grande déficit previdenciário, pela existência de políticas distintas entre o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o Ministério da Saúde (MS), e pelo grande contingente de trabalhadores técnicos sem formação profissional, particularmente na área de enfermagem. Tal crise começa a ser enfrentada com a criação de um novo sistema de saúde voltado tanto aos trabalhadores assalariados quanto à população que cada vez mais se concentrava nos grandes centros urbanos sem acesso à

atenção prestada pelo extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), pelos postos destinados a categorias sindicais ou pelos serviços privados de saúde. De fato, as conquistas das forças políticas reunidas em torno do então denominado movimento sanitário brasileiro são tão expressivas que uma inflexão como a que ocorreria na década subsequente pareceria, aos olhos de seus elaboradores, impossível. Após o longo embate que resultou na incorporação das demandas dos trabalhadores na Constituição de 1988, quando o movimento sanitarista assumiu papel central na luta pela incorporação do Sistema Único de Saúde (SUS) no texto constitucional e pela aprovação das Leis n. 8.080/1990 e n. 8.142/1990, que o regulamentaram, os anos de 1990 demonstraram que o modelo de saúde vitorioso na disputa legislativa da Assembléia Constituinte sofreria enormes dificuldades na nova correlação de forças que marcou a construção do neoliberalismo da terceira via no Brasil.

Definida pelo sociólogo, reitor da *London School of Economics and Political Science* e intelectual orgânico do novo trabalhismo inglês, Anthony Giddens, como uma alternativa tanto à social-democracia “do velho estilo” como ao neoliberalismo, a terceira via ganha espaço no contexto de reforma nos partidos social-democratas caracterizado, segundo ele, “pela ascensão do capitalismo como única alternativa política e econômica” com o fim da guerra fria e, ao mesmo tempo, “por uma mudança de valores e atitudes frente à participação política”. Tal projeto apresenta a característica de negar o conflito de classes e até mesmo a existência desta divisão nas sociedades ditas “pós-tradicionais”, ancorando uma sociabilidade baseada na democracia formal, ou seja, na “conciliação” de interesses de grupos “plurais”, na alternância de poder entre os partidos políticos “renovados”, na auto-organização e envolvimento das populações com as questões ligadas às suas localidades, no trabalho voluntário e na responsabilidade social das empresas.<sup>1</sup> Permanecem intocadas, contudo, as relações de exploração que estão longe de serem abolidas no mundo contemporâneo (BRAGA: 2004, p.12).

---

<sup>1</sup> Sobre as origens da fórmula “terceira via” e seus desdobramentos nos anos de 1990 na Europa e no Brasil, bem como uma análise sobre a “teoria da sociedade e da política” de Anthony Giddens, ver CHAUI, 2001, pp.25-34.

Já vinha se impondo na área da saúde ao longo da década de 1980 a disputa entre o *projeto de sociedade democrático de massas*<sup>2</sup> ou *democrático-popular*<sup>3</sup> - caracterizado pela construção do consenso em torno da importância da democracia para o desenvolvimento do socialismo numa sociedade civil que vinha se ampliando no país -, difundido pelo leque de forças progressistas representadas sobretudo pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e pela Central Única dos Trabalhadores (CUT), ancorando a criação do SUS, e o *projeto neoliberal*<sup>4</sup> - que se assenta em três pontos fundamentais: a privatização, a descentralização e a focalização -, encampado pelos empresários da saúde representados mais diretamente pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e Associação das Santas Casas de Misericórdia, em defesa do setor privado na área.

A mobilização popular pela abertura política e o fervilhar dos grupos organizados em torno da construção de um Estado democrático sintetizado no lema Democracia e Saúde, contudo, alavancaram as propostas do movimento sanitaria pela saúde como direito de todos e dever do Estado, materializadas na criação do SUS pelo texto constitucional e pela Lei Orgânica da Saúde. Mas isso não foi suficiente para evitar que, ao longo dos anos 1990, o protagonismo das forças políticas defensoras do projeto neoliberal fosse assumido tanto na aparelhagem estatal quanto na sociedade civil. Certamente isso não ocorreu em todas as instâncias e mesmo sem enfrentar enormes resistências - e foram justamente essas disputas e as tensões que envolveram a política de saúde e de educação profissional na área que este estudo procurou captar.

---

<sup>2</sup> Segundo Carlos Nelson Coutinho, o conceito de "democracia de massas" foi formulado por Pietro Ingrao, que sob inspiração gramsciana, articula o conceito de hegemonia ao de pluralismo. Ingrao parte da idéia de que, com a socialização da política, com a gestação de uma rede de organismos de massa cada vez mais difusa e plural, criou-se não apenas um novo terreno para a luta pelo socialismo, como também já se esboçaram no seio do próprio capitalismo, certas formas estatais da futura democracia socialista. In Coutinho: 1996, p.88.

<sup>3</sup> Coutinho chama de "democrático-popular" o modelo alternativo ao neoliberalismo, a ser construído por efetivas maiorias políticas "capazes de conduzir o país no sentido do aprofundamento de relações substantivamente democráticas". In. COUTINHO, 2006, p.190.

<sup>4</sup> Para Mendes, apesar de não se poder falar rigorosamente, no nível econômico, de uma política neoliberal brasileira na década de 80, não se pode ignorar que existia uma ideologia neoliberal que influencia fortemente as políticas sociais de maneira geral e na saúde em particular, no período, a exemplo das propostas de "atenção primária seletiva". Destaca ainda que o projeto neoliberal no setor saúde mudou a qualidade do setor privado, com a criação de um subsistema privado forte e de baixa regulação pelo Estado - o da atenção médica supletiva. In Mendes, 1994, p.50-51.

Para recuperar a memória desse processo, partiu-se do conceito gramsciano de “aparelhos privados de hegemonia” ou sujeitos políticos coletivos<sup>5</sup>. O pensador italiano Antonio Gramsci anteviu uma característica nova nas sociedades contemporâneas, analisando na primeira metade do século XX o modo como cada vez mais as relações entre os homens e a luta de classes passavam a se dar através de sua aglutinação em aparelhos privados de hegemonia ou “portadores materiais da ‘sociedade civil’”, “organismos sociais aos quais se adere voluntariamente e que, por isso, são relativamente autônomos em face do Estado em sentido estrito” (COUTINHO: 1987, p.66-67), que disputam diferentes visões de mundo, com diferentes propostas de reforma intelectual e moral, visando consolidar uma vontade nacional-popular adequada à sua perspectiva (GRAMSCI: 2002, vol. 3, p.38). Ampliando a noção de Estado definida por Marx a partir da análise do desenvolvimento da civilização urbano-industrial, Gramsci percebeu que a hegemonia das classes subalternas passou a depender não mais da tomada de assalto ao aparelho de Estado, mas da conquista progressiva de posições ou de aparelhos privados de hegemonia, alterando a correlação de forças na sociedade civil e permitindo, assim, a ascensão de uma nova classe ao poder (COUTINHO: 1996, p.60). Este conceito foi fundamental para a investigação, nesta pesquisa, das organizações que participaram do processo de elaboração da Constituição de 1988 como representantes de forças sociais e projetos políticos amplos e conflitantes, auxiliando a reflexão sobre o papel desses “sujeitos” na reconfiguração das propostas para a educação profissional em saúde ao longo dos anos 1990.

Pelo destaque assumido nesse processo - no que tange à saúde de modo mais amplo ou no que toca mais diretamente a educação profissional na área -, privilegiou-se neste estudo os seguintes sujeitos políticos coletivos: Associação Brasileira de Pós-

---

<sup>5</sup> A expressão “sujeito político coletivo” é apresentada como sinônimo de “aparelho privado de hegemonia” por Carlos Nelson Coutinho no seguinte trecho: “[Os] novos institutos democráticos, expressões da auto-organização popular, formam o que Gramsci chamaria de organismos da ‘sociedade civil’: são os partidos de massa, os sindicatos, as associações profissionais, os comitês de empresa de bairro, as organizações culturais etc. É por meio deles que as massas populares, e em particular a classe operária, organizam-se de baixo para cima, a partir das bases, constituindo o que poderíamos chamar de sujeitos políticos coletivos. (...) Nos primeiros regimes liberais, de participação restrita, o Estado aparecia praticamente como o único ator político coletivo. Com a socialização da política, essa situação se altera: surge uma complexa rede de organizações coletivas, de sujeitos políticos de novo tipo, com um papel mais ou menos determinante na formação dos equilíbrios de poder. Com isso, a esfera da política se amplia para além do âmbito do Estado em sentido estrito, ou seja, das burocracias ligadas aos aparelhos executivos e repressivos. Ao lado do Estado-coerção, surge o que Gramsci chamou de ‘sociedade civil’, formada pelo conjunto plural dos sujeitos políticos coletivos, ou - na terminologia do pensador italiano - pelos ‘aparelhos ‘privados’ de hegemonia.’” In. COUTINHO: 1992, pp.23-26.

Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), Central Única dos Trabalhadores (CUT), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC). Alguns fóruns também foram analisados por seu relevo no debate, como os Colegiados dos Secretários Municipais de Saúde reunidos nos anos 1980 – que originariam o CONASEMS, as Conferências Nacionais de Saúde, as Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, a Subcomissão de Saúde, Segurança e Meio Ambiente da Assembléia Nacional Constituinte, o Conselho Nacional de Saúde, o Conselho Nacional de Educação e a Bancada da Saúde no Congresso Nacional.

O estudo desses sujeitos políticos coletivos possibilitou a seleção de “intelectuais orgânicos” envolvidos no debate sobre a saúde e a educação profissional na área que pudessem dialogar com a equipe de pesquisa sobre o tema, a partir da rememoração das suas trajetórias de vida e profissional. O conceito de intelectual orgânico, também tomado de Gramsci, refere-se aqui às pessoas que assumiram no processo em questão papel de “construtor, organizador, ‘persuasor permanentemente’”, a um só tempo “especialista” e “dirigente” (GRAMSCI: 2001, vol.2, p.53). Assim, entre os inúmeros participantes deste período (1980-1990), foram selecionados onze que trabalharam na definição, difusão e implementação de propostas políticas na área para, a partir de suas lembranças e vivências como membros desses organismos privados de hegemonia, apresentar dados e informações que se constituíram em fontes de pesquisa para compreensão das disputas em torno dos projetos societários e para a análise do processo histórico e contraditório de consolidação da educação profissional em saúde no Brasil.<sup>6</sup>

Partimos do pressuposto de que, se nos anos 1980 o projeto democrático-popular conseguiu se inserir na disputa pela hegemonia no país através de sujeitos políticos coletivos defensores das propostas de universalização, gratuidade, participação,

---

<sup>6</sup> Todas as entrevistas foram devidamente autorizadas pelos depoentes, gravadas, transcritas e revisadas, e estão anexadas ao final deste relatório.

controle social e descentralização, os anos de 1990 são de avanço do neoliberalismo da terceira via – também por dentro desses sujeitos coletivos. Gramsci, ao analisar a relação de forças políticas ou o grau de homogeneidade, autoconsciência e de organização alcançado pelos vários grupos sociais nas sociedades urbano-industriais capitalistas (Vol.3, 2002, pp.40-43), identificou diferentes graus de consciência política coletiva, definidos como: a) o momento **econômico-corporativo**, quando não se considera os interesses dos grupos sociais existentes; b) um segundo momento, quando há **solidariedade de interesses entre os membros do grupo social mas ainda no campo meramente econômico**, e reivindica-se perante o Estado igualdade político-jurídica com os grupos dominantes; c) o **momento ético-político**, quando as ideologias transformam-se em partido, ou seja, assumem uma unidade intelectual e moral. Este último corresponde ao momento da hegemonia de um grupo fundamental sobre vários grupos subordinados. Assim, utilizamos essas noções para analisar a desmobilização dos sujeitos políticos coletivos defensores do projeto democrático-popular e a transmutação de suas bandeiras nas propostas de privatização, focalização, participação e controle social restritos à execução das políticas e descentralização a partir da redução de sua consciência política coletiva aos níveis mais elementares.

Alguns dos intelectuais entrevistados tiveram atuação mais diretamente na área de educação profissional em saúde, enquanto outros lidaram com questões de educação profissional de modo geral, não estando ligados especificamente à área da saúde, e um terceiro grupo participou de modo mais macro no processo de estruturação do SUS e vem trabalhando na formulação de políticas de saúde. São eles:

#### EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

**Izabel dos Santos** – enfermeira, consultora aposentada da OPAS/OMS-Brasil e atualmente consultora do componente de certificação de competências do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores na Área de Enfermagem do Ministério da Saúde (PROFAE/MS);

**Mercilda Bartmann** – enfermeira, funcionária aposentada do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC) – Departamento Nacional;

**Rita Elisabeth da Rocha Sório** – enfermeira, ex-coordenadora de ensino da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ), ex-gerente geral do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores na Área de Enfermagem do Ministério da Saúde (PROFAE/MS) e atualmente consultora do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID);

**Tânia Celeste Matos Nunes** – nutricionista, ex-diretora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ) e atualmente coordenadora da Escola de Governo da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ).

#### EDUCAÇÃO PROFISSIONAL

**Francisco Aparecido Cordão** – filósofo, representante do SENAC e ex-presidente da Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação (CEB/CNE);

**Sebastião Lopes Neto** – sindicalista vinculado à Central Única dos Trabalhadores (CUT) e atualmente pesquisador associado do Intercâmbio, Informações, Estudos e Pesquisas (IIEP) – São Paulo.

#### SAÚDE

**Arlindo Fábio Gómez de Sousa** – sociólogo, ex-coordenador da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, ex-coordenador da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e atualmente chefe de gabinete da Presidência da Fundação Oswaldo Cruz;

**Jandira Feghali** – médica, deputada federal pelo PC do B e membro da bancada da saúde da Câmara dos Deputados;

**José Paranaguá de Santana** – médico, gerente da Unidade Técnica de Políticas de Recursos Humanos Representação OPAS/OMS – Brasil;

**Maria Luíza Jaeger** – socióloga, representante da CUT na Comissão Nacional da Reforma Sanitária, ex-Secretária Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e ex-secretária da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde;

**Nelson Rodrigues dos Santos** – médico sanitarista, ex-Secretário Municipal de Saúde de Campinas-SP, professor do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e ex-coordenador geral do Conselho Nacional de Saúde.

Alguns comentários acerca dos relatos orais como fonte de pesquisa se fazem necessários. A produção e a utilização de fontes orais vêm sendo bastante discutidas em pesquisas sobre a história e a memória de processos sociais contemporâneos. Ainda que seja possível afirmar “com alguma confiança que a memória não é um fenômeno exclusivamente individual, mas resulta de determinações sociais complexas”, considerou-se nesta pesquisa a “subjetividade” das lembranças e a memória como falível em relação a acontecimentos específicos e suas seqüências (HALL: 1992, p.157) - o que não diminui sua importância, uma vez que a fundamentação do trabalho do pesquisador numa cronologia precisa e bem embasada não é privilégio dos trabalhos com relatos orais. Os riscos de incorreções quanto aos dados fornecidos pelas fontes escritas são igualmente grandes, se não forem postos à prova, comparados, verificados através do cruzamento e da correlação entre si. Ainda, levou-se em conta alguns lembretes dados pelo historiador Michael Hall quanto aos “riscos da inocência” no trabalho com essas fontes ou às possíveis “distorções” produzidas pelo relato oral: alteração das lembranças a partir de vivências posteriores do entrevistado, dando ao discurso um ar de “presciência”; o fato de que os entrevistados nem sempre são os que viveram os acontecimentos relatados; a elaboração de uma visão “exagerada”, incompleta e/ou parcial do fato narrado pelo depoente, que “pode acreditar sinceramente que seu partido, ou ele próprio, tinha de fato a vasta importância que afirma em sua entrevista” (Ibidem, p.158). Mas, afinal, por que utilizá-las? A principal justificativa para o uso dessas

fontes é que elas fornecem pistas e informações preciosas, muitas inéditas, impossíveis de serem obtidas de outro modo (AMADO: 1995, p.15). Sendo a memória constitutiva da identidade pessoal e coletiva, é possível afirmar que os “defeitos que lhe atribuem, as distorções ou os esquecimentos tornam-se uma força e uma matéria histórica.” (JOUTARD: 1996, p.54). E ainda, na recuperação de um processo histórico recente, podem revelar impressões e detalhes essenciais jamais registrados nos documentos oficiais.

A atenção aos argumentos dos pesquisadores favoráveis ou temerários à utilização das fontes orais em seus trabalhos científicos possibilita uma compreensão menos preconceituosa em relação ao uso dessas fontes. Suas limitações, no entanto, se inscrevem mais amplamente nas discussões elaboradas pelos estudiosos contemporâneos em relação a quaisquer documentos históricos, sejam eles manuscritos, impressos, oficiais, particulares, orais, imagéticos... é tarefa do pesquisador fundamentar seu trabalho em uma teoria e em uma metodologia claramente definidas e comprovadas pelo cruzamento de um conjunto significativo de fontes.

Assim, na utilização desses relatos, o cruzamento entre diferentes fontes históricas foi empregado tanto para integração da equipe ao tema da pesquisa e sua qualificação enquanto interlocutora na produção da entrevista como também para a checagem das informações fornecidas pelos entrevistados. As leituras de material relativo às políticas públicas e de saúde emanadas pelos organismos internacionais, em especial pelo Banco Mundial, pela OPAS e pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), bem como o estudo do processo constituinte, dos planos de governo implantados pelos governos eleitos na década de 1990 e de bibliografia sobre os impactos do neoliberalismo na saúde no Brasil, embasaram as discussões do grupo de pesquisa e levaram à escolha dos entrevistados e à elaboração dos roteiros de entrevista. Finalmente, o cruzamento dessas fontes e da bibliografia sobre políticas de saúde e de educação profissional em saúde no período em questão com as entrevistas permitiram a elaboração deste texto.

Todas as entrevistas foram iniciadas com a apresentação dos objetivos da pesquisa. Utilizamos em cada uma delas um questionário semi-estruturado que continha questões sobre a trajetória pessoal e profissional do entrevistado e sobre

alguns temas de interesse deste estudo: sua eventual participação na 8ª Conferência Nacional de Saúde, na Comissão Nacional de Reforma Sanitária, nas duas Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde e/ou na Assembléia Constituinte e suas lembranças sobre as principais questões e polêmicas ligadas à educação profissional em saúde – tais como a criação das Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS) e a inclusão no texto constitucional do artigo que afirma que “cabe ao SUS ordenar a formação de seus recursos humanos”; suas reflexões sobre as políticas de formação de auxiliares e técnicos em saúde no Brasil, em especial sobre o Programa de Preparação Estratégia de Pessoal de Saúde (PPREPS), o Projeto Larga Escala e o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE); seus balanços sobre as políticas de saúde, de educação profissional e de educação profissional em saúde nos dois governos de Fernando Henrique Cardoso, em especial sobre a noção de “competências”. Também em cada uma das entrevistas foram inseridas questões específicas ligadas ao papel desempenhado pelo depoente e pelo organismo ao qual esteve ligado nas décadas de 1980 e 1990 no debate relativo às políticas de saúde, de educação profissional e/ou de educação profissional em saúde.

Após a realização das entrevistas, com o procedimento da transcrição, a fala desses intelectuais se transformou, ainda que de um modo peculiar, num documento escrito. Por isso, as entrevistas foram transcritas por um membro da equipe de pesquisa presente durante o depoimento, o que se revelou fundamental para a garantia da fidedignidade dos relatos, reforçando a noção de que o procedimento de transcrição, longe de ser tarefa pouco qualificada, constitui-se em trabalho técnico na produção das fontes orais.

Muitos foram os desafios enfrentados nestes dois anos de pesquisa, a começar pela delimitação dos principais sujeitos políticos coletivos e dos seus respectivos intelectuais envolvidos com as questões de saúde e de educação profissional na área - a partir de um estudo cuidadoso do processo constituinte e das políticas para o setor nas décadas de 1980 e 1990. O passo seguinte, a realização das entrevistas, nos colocou diante de uma enormidade de informações e reflexões para leitura e síntese. Consideramos a produção dessas entrevistas um importante resultado deste trabalho, que abre possibilidade para a compreensão – a partir de diversas

perspectivas – do percurso das políticas de saúde e de educação profissional neste período. O relatório aqui apresentado é, portanto, um esforço de análise que consideramos ainda preliminar diante da riqueza dos dados coletados. De qualquer modo, ele será disponibilizado no sítio Web do Observatório dos Técnicos em Saúde, com o objetivo de tornar essa produção acessível ao público mais geral. Além disso, disponibilizaremos os verbetes produzidos pela equipe desta pesquisa para o “Dicionário da Educação Profissional em Saúde”<sup>7</sup>, e os artigos de nossa autoria, elaborados tanto para subsidiar as investigações deste projeto (“PROFAE: uma política pública de qualificação profissional” e “Capitalismo e Trabalho em Saúde” (2006), quanto aqueles escritos a partir dos dados coletados e das idéias desenvolvidas ao longo deste estudo (“Neoliberalismo e Formação Profissional em Saúde” e “A sociedade civil e as políticas de saúde no Brasil dos anos 1980 à primeira década do século XXI”<sup>8</sup>.

O relatório final dessa pesquisa foi organizado em duas partes. Na **parte I** são analisadas: 1) a disputa entre o projeto de sociedade democrático-popular e o projeto neoliberal, a partir da ampliação da consciência ético-política dos sujeitos políticos coletivos ligados à área da saúde; e a estruturação do SUS no processo constituinte através das diretrizes de estatização em processo, universalização, descentralização com regionalização e participação; 2) a criação das ETSUS no contexto de discussão do par formação/participação, englobando as reflexões sobre uma educação profissional capaz de fazer a integração entre o manual e o intelectual e sobre uma ampliação da consciência política individual dos educandos da área da saúde. Na **parte II**, enfocamos mais diretamente 1) as metamorfoses das políticas de saúde e de educação profissional na área ao longo da década de 1990, a partir do estudo da reforma da aparelhagem estatal e da introdução das políticas de privatização, focalização, descentralização administrativa e participação restrita à execução e ao controle das políticas de saúde. Buscamos mapear os princípios que regeram a reconfiguração do SUS de acordo com o modelo de Estado adotado nos governos

---

<sup>7</sup> São eles o verbete Educação Profissional em Saúde, escrito por Júlio César França Lima e Isabel Brasil Pereira, e os verbetes Trabalho Complexo e Trabalho Simples, escritos por Júlio César França Lima, Lúcia Maria Wanderley Neves e Marcela Alejandra Pronko. In. Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio (org.) Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. (Anexo 5)

<sup>8</sup>Os três primeiros textos de autoria de Júlio César França Lima e o último de autoria de Ialê Falleiros Braga, todos no prelo. (Anexos 1, 2, 3 e 4)

eleitos nos anos seguintes, investigando como a saúde pública, tal como prevista na Lei Magna, foi conduzida no país a partir deste novo modelo implantado sob a hegemonia do capital nacional e internacional no Brasil dos anos 1980 e 1990; 2) o PROFAE, em relação à maior complexidade do trabalho simples, às competências e as novas formas de consciência política individual propostas pelo neoliberalismo da terceira via no Brasil.

# **I. A SAÚDE COMO DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO E AS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NO BRASIL DOS ANOS 1980**

É de entendimento geral que a saúde, pela capacidade de mobilização do movimento sanitário, foi uma das áreas com maiores conquistas legais durante o período de elaboração da Constituição de 1988. Os antecedentes deste movimento, bem como sua atuação ao longo dos anos de 1980 e seus desdobramentos na construção do SUS, já foram bastante estudados pelos mais destacados pesquisadores da área, a maior parte deles participantes dessa história.<sup>9</sup> Análises sobre os impactos do neoliberalismo na área da saúde também vêm sendo feitas em diversos estudos, sendo apresentadas em debates acadêmicos e discussões políticas ao longo das décadas de 1990 e 2000.<sup>10</sup> Como afirmamos anteriormente, este estudo visa compreender o processo de consolidação e implementação do SUS nos anos de 1980 e 1990 na sua relação com a educação profissional de nível médio em saúde no Brasil, a partir da memória de representantes de diferentes sujeitos políticos coletivos ligados à saúde, à educação profissional e à educação profissional em saúde. Assim, buscaremos sintetizar o panorama da saúde na gênese do movimento sanitário, elucidar as influências do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS) na construção de uma política de formação profissional para o SUS, bem como expor as principais questões que envolveram a origem das escolas técnicas de saúde nos anos 1980.

## **I.1) Capitalização da medicina e privatização da saúde a partir dos anos 1960**

Até 1963, quando da proposição das Reformas de Base no governo João Goulart, vinham amadurecendo no país, desde os anos de 1940, tanto a discussão de

---

<sup>9</sup> Ver Braga & Paula (1981), Donnangelo & Pereira (1976), Escorel (1998), Oliveira & Teixeira (1985), Possas (1981), Rodriguez Neto (2003), Teixeira (1988), Trindade (2005), entre outros.

<sup>10</sup> Ver Bahia (2005, 2006), Lima (2006), Machado (1989), Mendes (1994), Pessoto (2001), Rizzotto (2000), Teixeira (1997), Trindade (2005), entre outros.

que a saúde é inseparável do processo de desenvolvimento de um país ou região - ou, da existência de uma relação estreita entre os indicadores de saúde e o desenvolvimento econômico, social, político e cultural da sociedade -, como novas formas de mobilização popular em busca de participação nas decisões políticas para a área de saúde. Naquele mesmo ano, a 3ª Conferência Nacional de Saúde, sob forte influência do movimento municipalista que se articulava em torno do sanitarismo desenvolvimentista<sup>11</sup>, propôs uma profunda reforma na estrutura sanitária do país, aprovando a tese da municipalização com o objetivo de descentralizar a execução das ações básicas de saúde, até então centralizadas no Ministério da Saúde (MS), e recomendou a articulação das atividades sanitárias nos vários níveis de governo, “dando o primeiro passo para a implantação de um sistema nacional de saúde unificado” (BRASIL, 1992a, p.3).

Com o golpe militar, em 1964, as propostas identificadas com o projeto nacional-desenvolvimentista foram abortadas. O Ministério da Saúde progressivamente perde o poder de comando da Política Nacional de Saúde, expresso no decréscimo orçamentário destinado às ações de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo (Oliveira & Teixeira, 1985). A visão de saúde como mercadoria, na lógica da modernização capitalista, tornar-se-ia hegemônica com a configuração do fenômeno de “capitalização da medicina”, que tornou o setor saúde produtivo para o capital, a partir da articulação e aprofundamento da sua relação com o mundo da produção material. Esse fenômeno se caracterizou pela ampliação do processo que já se vinha esboçando de integração entre o Estado, as empresas de serviços médicos e as empresas industriais em saúde. O Estado, através dos recursos previdenciários, passou a assegurar a ampla predominância do modelo médico-assistencial privatista na prestação de serviços de saúde, levando à constituição de empresas capitalistas no setor e conseqüentemente à maior tecnificação do ato médico e ao assalariamento em larga escala de seus profissionais. Além disso, as mercadorias produzidas pela indústria farmacêutica, e uma enorme variedade de equipamentos e maquinarias produzidas por muitos setores industriais, produzidas

---

<sup>11</sup> “O pensamento sanitarista desenvolvimentista tinha a economia como a base da determinação das condições de saúde. No momento do seu ‘apogeu institucional’, pré-golpe militar, a visão econômica mais avançada era a cepalina, que, para muitos economistas brasileiros importantes, constituiu o primeiro pensamento ‘orientador’” (Teixeira et al, 1988, apud Escorel, 1998, p. 26).

externamente ao trabalho assistencial em saúde, efetivam também o seu consumo, realizando assim a mais-valia (Donnangelo, 1976).

Estão na base da alavancagem e consolidação do modelo hospitalocêntrico a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, a contínua expansão da clientela previdenciária, o mecanismo de remuneração dos serviços privados contratados e conveniados<sup>12</sup>, e, posteriormente, a partir de 1974, no bojo da crise econômica e política que vivia o País, a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), a implantação do Plano de Pronta Ação (PPA) e a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). Até 1969, havia 74.543 leitos privados no país e, em 1984, eles chegam a 348.255, isto é, em 14 anos a rede privada cresce em 465%. Além disso, com base nas diretrizes do II Plano Nacional de Desenvolvimento, em 1975, é aprovada a Lei do Sistema Nacional de Saúde – Lei 6.229/1975, que institucionaliza o modelo e consolida a divisão de poderes dos espaços institucionais. Enquanto as ações de saúde pública ficam com o MS, as ações de atenção médica ficam sob a responsabilidade do MPAS, isto é, reserva-se as primeiras (não rentáveis) para o setor público e as segundas (rentáveis) para o setor privado intermediado pela previdência social (Oliveira & Teixeira, 1985; Mendes, 1994).

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 com o 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. Ou seja, decorridos 25 anos do último levantamento realizado pela ABEn, a corporação

---

<sup>12</sup> O setor contratado para a prestação de assistência médica era remunerado por unidades de serviço, variável segundo a complexidade e a densidade tecnológica do ato médico. Os convênios eram realizados com as empresas pelo qual passava a arcar com a responsabilidade da atenção médica a seus empregados, desobrigando o INPS da prestação direta de tais serviços. Elas recebiam um subsídio do INPS e comprava os serviços médicos de uma empresa especializada, chamada “Medicina de Grupo”.

detecta que não se tinha alterado a estrutura ocupacional da área. A atendente de enfermagem continuava sendo a principal agente de trabalho, totalizando 194.154 trabalhadoras, na sua maioria, mulheres na faixa etária de 30 a 59 anos. Desse total, 22,8% detinham o 1º grau completo e 15,2% apresentavam o 2º grau completo; 66,6% haviam freqüentado cursos de atendentes e o restante não havia freqüentado cursos ou havia recebido algum tipo de treinamento em serviço; e na sua maioria auferia de 1 a 3 salários mínimos, tal qual as auxiliares de enfermagem. Embora a maior parcela tenha freqüentado cursos, na verdade estes caracterizavam-se por serem informais, sem exigência de escolaridade completa e ofertados por instituições privadas. Na área de enfermagem, esses cursos ficaram conhecidos como “cursos de garagem”, muito freqüentes até a segunda metade da década de 1980 e que desapareceram por pressão do Cofen, criado em 1973 (Blank, 1987; Vieira, 1992).

Esse processo de capitalização da medicina acompanhava e era conseqüência das modificações mais gerais por que passava a economia mundial e, particularmente, a brasileira, desde a década de 1950. Singer (1987), aponta que é a partir desse momento que o capitalismo monopolista se expande no Brasil, dominando a acumulação de capital e modificando profundamente a fisionomia econômica e social do país, no contexto de uma industrialização acelerada pela execução do Plano de Metas do presidente Juscelino Kubitschek (1956-1961). Atraído pela abundância de matérias-primas e pela mão-de-obra barata, a emergência do capitalismo monopolista determina opções econômicas comprometidas com a inovação tecnológica, com a produção em larga escala e com a competitividade dos produtos no mercado externo.

Esse processo de industrialização pôs fim ao modelo econômico agroexportador, determinando um deslocamento do pólo dinâmico da economia para os centros urbanos, ao mesmo tempo que, com a modernização da agricultura, acelera o processo de expulsão do trabalhador rural do campo e desloca grandes contingentes que, em busca de alguma ocupação, vão engrossar os bolsões de pobreza nas periferias das grandes cidades. Com precária ou nenhuma qualificação profissional, essa força de trabalho disponível para o trabalho industrial e de serviços irá pressionar o sistema de saúde que deverá atendê-los com outros objetivos, qual

seja para aumentar a produtividade do trabalho ou a produção de mais-valia relativa, dado que a melhoria das condições de saúde do trabalhador possibilita a obtenção de um máximo de produtos em menor tempo de trabalho e, correspondentemente, a produção de mercadorias por custo mais reduzido (Donnangelo, 1976). Esse movimento determina a substituição do modelo de saúde dominante até a primeira metade dos anos 1960 – o sanitarismo desenvolvimentista – por outro mais conforme às necessidades de uma economia industrializada – o modelo médico-assistencial privatista. “O importante, então, já não é sanear o espaço de circulação das mercadorias, mas atuar sobre o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva” (Mendes, 1994, p.21).

A emergência do capitalismo monopolista exigia a presença de um setor de atenção à saúde que não só fosse eficiente no tratamento dos agravos à saúde de todos os grupos sociais, como também reproduzisse o processo de produção e reprodução do capital no seu interior. O hospital, nesse momento, assume assim a posição central na prestação de serviços de saúde, definindo-se como o *lócus* de encontro do trabalhador coletivo de saúde e detentor da infra-estrutura e equipamentos necessários à prestação de serviços de assistência à população. Ele se moderniza, passando a assumir cada vez mais as características de grande indústria, não só pela crescente incorporação de tecnologias materiais, mas também pelo progressivo assalariamento da força de trabalho, a crescente diferenciação da mão-de-obra empregada, e pelo aprofundamento da divisão técnica do trabalho em saúde, decorrente de uma organização do trabalho baseada fundamentalmente nos conceitos de administração científica e racional aplicados aos cuidados. Um tipo de organização na qual a preocupação central não é dar conta das necessidades de saúde, mas dar conta da grande demanda de cuidados, em consequência do maior fluxo de pacientes, com o objetivo de diminuir o tempo de internação e aumentar a rotatividade.

É o momento em que a racionalidade da produção se impõe à racionalidade do conhecimento, dirá Possas (1981); é como se, tardiamente, a atenção à saúde vivesse a sua Revolução Industrial, dirão Braga & Paula (1981), em função da maior utilização de medicamentos; do uso mais intensivo de equipamentos médicos (incluindo equipamentos de monitoragem pela enfermagem); da difusão do uso de

serviços diagnósticos e na automação de testes laboratoriais (como a análise química do açúcar no sangue, contagem de células sanguíneas, máquinas medidoras para a leitura de eletrocardiogramas e outros registros eletrônicos) e da aplicação de análises de sistemas e pesquisa operacional (difundindo o uso de computadores para a administração e controle dos hospitais, de programas nacionais de assistência e programas de pesquisa).

Dessa forma, o campo da saúde passa a experimentar intensas transformações que, se por um lado elevava o custo da assistência médica, por outro modificava o próprio ato médico, seu saber e sua prática, em consequência desse mesmo desenvolvimento tecnológico e de capital na saúde. Donnangelo (1976) chama a atenção de que a realização da mais valia produzida em diversos setores industriais no interior do trabalho em saúde leva a constituição de uma nova configuração da prática médica, em dois sentidos: a superação da clínica como meio básico de trabalho decorrente da progressiva mediação dos recursos diagnósticos e terapêuticos na relação médico-paciente; e a absorção progressiva da medicina artesanal por novas modalidades de organização da produção dos serviços de saúde, fazendo emergir o assalariamento médico. Muda também o próprio conteúdo da prática médica, determinado pela necessidade de reprodução de capitais industriais, induzindo entre outros a crescente especialização do trabalho. Finalmente, com a elevação dos custos do cuidado médico, decorrente da incorporação do custo dos produtos industriais ao valor do cuidado, acaba instalando uma contradição na medida que essa elevação acaba se tornando uma barreira à efetivação da extensão dos cuidados em saúde. Esses dois aspectos – a necessária extensão dos serviços à parcelas cada vez maiores da população e a elevação dos custos – se conjugam para dar origem às várias tentativas de racionalização do setor, entre as quais a proposta de medicina comunitária.

Por outro lado, o desenvolvimento tecnológico e de capital na saúde, aliado à uma organização do trabalho baseada nos preceitos do taylorismo/fordismo também vai exercer uma importante influência na área de enfermagem, em dois sentidos: no aumento da escolaridade dos(as) trabalhadores(as) da área, ao mesmo tempo que o próprio trabalho de enfermagem sofre um processo de simplificação e esvaziamento

do seu conteúdo com a organização das técnicas de enfermagem e da prática assistencial sob a modalidade dos cuidados funcionais.

A partir da década de 1950, já não basta o saber da experiência dos práticos de enfermagem, como até então eram conhecidos(as) os(as) atendentes de enfermagem, passando-se a exigir as quatro primeiras séries do atual ensino fundamental (antigo ensino primário). A partir desse momento, ocorre também a progressiva expansão do ensino de auxiliares de enfermagem, que não acompanha o mesmo ritmo de criação dos hospitais. Até 1948, no Brasil, existiam seis cursos para auxiliares de enfermagem. No final da década de 1950, havia 39 escolas de enfermagem e 67 cursos de auxiliares de enfermagem<sup>13</sup>. Na década de 1960, com a Lei 4.024/1961 é permitida legalmente a formação de técnicos de nível médio para a área de saúde, sendo em 1966 reconhecida a formação de técnicos de enfermagem pelo Ministério da Educação. Finalmente, verifica-se também um expressivo incremento da formação de enfermeiros de nível superior na década de 1970, possivelmente em decorrência do Parecer 163/72 e da Resolução 4/72 do antigo Conselho Federal de Educação (CFE), que surgem por força da Lei 5.540/1968 (Reforma Universitária) e que ao organizarem o currículo dos cursos de enfermagem, destacam a necessidade da formação de enfermeiros para o domínio cada vez maior das técnicas avançadas em saúde, em razão do desenvolvimento científico-tecnológico, de então (Germano, 1984; Silva, 1986; Melo, 1986).

Entretanto, apesar desse aumento de escolaridade o que se verifica é um processo de simplificação e esvaziamento do conteúdo do trabalho de enfermagem decorrente da organização das técnicas de enfermagem e da prática assistencial sob a modalidade dos cuidados funcionais. Uma modalidade de organização do trabalho, na qual o foco central são as tarefas e os procedimentos, e não exatamente os pacientes. Emerge nos hospitais americanos, nas três primeiras décadas do século XX, em consequência do aumento do número de hospitais, do maior número de internações e da busca pela diminuição do tempo de permanência dos pacientes no hospital. Conforme Almeida (1986), é uma forma de prestar cuidados no qual os procedimentos são distribuídos entre os(as) trabalhadores(as) de enfermagem sendo

---

<sup>13</sup> A formação de auxiliares de enfermagem foi autorizada legalmente com a Lei 795, de 6/8/1949, que regula o ensino de enfermagem no país.

um mesmo paciente atendido por vários deles(as), na medida que um(a) presta cuidados higiênicos a todos os pacientes, outro(a) verifica os sinais vitais de todos e outro(a) dá a medicação, e assim por diante. São delegadas ao pessoal auxiliar todas as tarefas de cuidados, ficando o(a) Enfermeiro(a) responsável pela gerência do processo de trabalho, expressando assim a divisão do trabalho manual e intelectual na área.

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, isto acaba por transformar o setor saúde em um importante pólo 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. De acordo com Izabel dos Santos,

a turma dos gestores, para poder atender às necessidades dos planos de saúde, e a baixo custo, eles usaram a divisão técnica do trabalho ao extremo. Contrataram as pessoas menos escolarizadas, não pagam quase nada, e jogaram no processo de trabalho fazendo coisas complexas com um grande risco. (p.43).

A proposta de formação era baseada fundamentalmente em treinamento em serviço necessária para as atividades de assistência médico-curativa ou para os programas de saúde pública. Esse tipo de proposta que privilegia um conteúdo suficiente para preparar os trabalhadores técnicos de saúde a exercer determinadas tarefas, principalmente para os de nível elementar (equivalente as quatro primeiras séries do atual ensino fundamental ou o antigo ensino primário), foi adotada como recomendação na IV Conferência Nacional de Saúde, cujo tema central foi “Recursos Humanos para as Atividades de Saúde”, realizada na então Fundação Ensino Especializado em Saúde Pública - FENSP (atual Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/Fiocruz), em 1967. Apesar de reconhecer a necessidade de auxiliares e técnicos, com formação equivalente ao 1º e 2º ciclos do antigo curso secundário, prevaleceu a idéia de que a “limitação dos recursos econômicos” e as

evidências da “realidade nacional”, exigiam a intensificação de formação de pessoal de nível elementar pelos próprios órgãos locais de saúde (Brasil, 1967).

Sendo assim, o treinamento em serviço tanto para a assistência médica como para a saúde pública, foi uma estratégia utilizada para a expansão do modelo médico-assistencial privatista e para os programas de extensão de cobertura inspirados no modelo de medicina comunitária. Ambos estruturam-se com base em um contingente expressivo de mão-de-obra sem formação profissional, principalmente na área de enfermagem. Arlindo Fábio Gómez de Souza, que ingressa na FENSP pouco antes da realização da 4ª Conferência corrobora essa idéia quando aponta para o lugar destinado aos trabalhadores técnicos na divisão técnica do trabalho em saúde: a estes as tarefas de execução, enquanto aos profissionais de nível superior a concepção do trabalho.

Não está colocado para o pessoal de nível médio nenhum tipo de perspectiva, de reflexão ou de desenvolvimento de modelos e assim por diante. Nós outros, elite universitária, continuamos pensantes, vamos pensar sobre tudo. E os outros que trabalhem! A discussão se dava na pós-graduação, e não na formação de quadros técnicos. Não eram quadros pensantes, eram quadros operantes - essa era a visão. E muito bem treinados! A Fundação SESP teve processos muito estruturados de treinamento do seu pessoal, tanto que tiveram sempre resultados positivos nas ações que desenvolveram. Eram eles de um lado e a SUCAM [Superintendência de Campanhas de Saúde Pública] do outro. [...] O SESP continuou a fazer os seus treinamentos, as Secretarias também, através dos seus centros de formação, faziam os seus treinamentos para atividades mais específicas. (p.259)

Izabel dos Santos, que inicia sua trajetória profissional como enfermeira contratada pela FSESP, aponta nessa mesma direção quando diz que nos países da América Latina e no Brasil “a formação privilegiada era a do médico, depois de muito tempo do enfermeiro, e ficou nesses dois, quer dizer, como prioridade na formação na área da saúde” (p. 17). Na FSESP, a formação do(a) visitador(a) sanitário(a), que para ela é o equivalente ao atual agente comunitário de saúde, ou, como prefere chamar, uma auxiliar de enfermagem voltada para a atenção básica, era realizada eminentemente em serviço. É a partir dessa experiência que Isabel inicia a sua trajetória com a formação dos trabalhadores técnicos das diversas especialidades de saúde, principalmente enfermagem, mas essencialmente sob a lógica do treinamento em serviço. Aos poucos é que vai amadurecendo a diferença entre treinamento e formação profissional, organizada em torno da idéia do “trabalho

como princípio pedagógico”, ou, como diz, “em cima do próprio processo de trabalho, [sem] desvincular a realidade do processo de aprender” (p.35), até tornar-se uma das principais formuladoras de um projeto inovador de formação para o País, conhecido como “Projeto Larga Escala”.

...eu sempre liguei treinamento a estruturação de serviço. Não tinha muito claro esse negócio de formação nem treinamento mas eu achava que esse processo tinha que ser ligado um no outro. Não podia ser desenhado no vazio. (...) Isso tudo me ajudou muito a compreender a extensão e a problemática da formação de pessoal totalmente desqualificado empregado na rede. Eles não eram escolarizados, uma população que você pega lá e fala “Agora você vai ser técnico”. Então, tinha muito problema de compreensão, tinha muitos erros, muito risco na prática profissional, isso tudo eu observava. E via a grande dificuldade de alcançá-los no processo de comunicação com eles. Aí eu comecei a ver que no ensino profissional, pelo menos dadas aquelas características da clientela que nós tínhamos, pode ser que em outra situação não fosse isso, era bem problemático você poder construir um conhecimento dito científico ou reconhecido pela sociedade. A população tinha o conhecimento dela, naquela faixa cultural cheia de erros, cheia de conceito se preconceitos, para poder trabalhar a ciência, o conhecimento, como a saúde trabalhava, havia uma dificuldade muito grande. Isso desde o começo eu comecei a ver. Havia muita dificuldade. (p.15)

Portanto, a formação profissional em saúde, entendida como aquela que alia a formação geral com a formação técnica, até os anos 1970, não é uma prioridade para o Estado brasileiro e, particularmente para o MS. Diferentemente do ensino técnico-industrial, que apesar de tratar a formação como treinamento, já contava com uma rede de Escolas Técnicas Federais, 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 essas escolas de enfermagem existiam para prover os hospitais, de forma imediata com pessoal necessário à manutenção da assistência médico-hospitalar, por meios de cursos rápidos de treinamento.

Esta reflexão sobre as limitações do treinamento para dar conta da atenção à saúde, vai ter ressonância mais adiante com o desenvolvimento dos projetos de medicina comunitária, da visão ampliada de saúde veiculada pelo discurso médico social (Scorel, 1998), com o aprofundamento da crise da previdência social e, principalmente com a discussão em torno da necessária reorganização do sistema de saúde no contexto da redemocratização do país, na década de 1980.

Izabel dos Santos localiza a emergência das preocupações em torno da formação técnica de nível médio, ou, dos trabalhadores técnicos de maneira geral, Projeto Memória da Educação Profissional em Saúde – Relatório Final

principalmente a partir da Conferência de Alma-Ata promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1978, que preconiza a reorganização dos serviços de saúde a partir da expansão da atenção primária em saúde<sup>14</sup>. Depois de Alma-Ata, a proposta da atenção primária e a organização dos serviços básicos de saúde, tornam-se o mote central da reforma na área de saúde nos países latino-americanos, apoiada fundamentalmente na atuação de pessoal auxiliar e no uso de tecnologias simplificadas. Daí que a formação desses trabalhadores torna-se estratégica para ampliar o nível de cobertura populacional.

Quando começou isso, os países começaram a pensar em formação de pessoal de nível médio. Aí é que veio a idéia de fazer um curso que fosse polivalente, que pudesse cuidar tanto na área de cuidado às pessoas, como do meio ambiente, como desenvolvimento de comunidade. Eu nunca acreditei nisso, e aí eu falei: "Não acredito que essa proposta seja séria. O cara menos escolarizado ter que dar conta de todo um fracasso, uma porcaria que está aqui tem limites". (p.26)

A formação polivalente de auxiliares de saúde é veiculada pela OPAS e se materializa no Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) do Ministério da Saúde, particularmente através da experiência seminal do movimento sanitário, o Projeto Montes Claros, conforme veremos abaixo.

## **I.2) Medicina comunitária: racionalização do trabalho e polivalência na saúde**

Na área de saúde, a proposta de medicina comunitária originária do movimento de reforma de saúde americano e divulgada pelas agências internacionais – Banco Mundial e Organização Panamericana da Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPS/OMS), foi assumida pelo Brasil assim como pela grande maioria dos governos latino-americanos, como política nacional de saúde, após a III Reunião Especial dos Ministros de Saúde das Américas, realizada em 1972, em Santiago do Chile. A prioridade era a extensão de cobertura, que deveria ser realizada através de Programas que atuariam como instrumentos de modernização

---

<sup>14</sup> Para maior aprofundamento dessa interface entre a Conferência de Alma-Ata e as propostas do movimento de reforma sanitária, ver o Relatório da 7ª Conferência Nacional de Saúde (1980).

administrativa, de modo que tendencialmente pudesse ser reorganizada a prestação de serviços, consolidando-se os Sistemas Nacionais de Saúde.

Enfatizando fundamentalmente a atenção primária à saúde, essa proposta pode ser considerada como a primeira grande resposta racionalizadora para o crescente aumento de custos da assistência médica previdenciária, provocada pela opção estatal de compra de serviços de saúde privados, pela crescente especialização da medicina e pelo uso de sofisticadas tecnologias no trabalho em saúde. Emerge no cenário nacional, não como um modelo alternativo ao modelo médico-assistencial privatista, mas como um modelo de saúde complementar a este, na medida que preserva as áreas lucrativas da área para o produtor privado, tal como a assistência hospitalar de baixa e média complexidade. Isso se expressa no aparente paradoxo de que apesar do discurso da atenção primária, verifica-se na segunda metade dos anos 1970 a ampliação da rede hospitalar privada no Brasil, particularmente nos grandes centros urbanos, decorrente do acesso dos empresários da saúde aos recursos do FPAS, sob o controle do extinto INAMPS.

Nesse cenário no qual os recursos financeiros e a política de saúde eram determinados pela previdência social, essa proposta só vai ser levada a cabo, principalmente, nos estados da região Nordeste, onde o setor privado não disputa o “mercado de saúde”, preferindo se concentrar nos grandes centros urbanos das regiões Sudeste e Sul. Nesses termos, a proposta de medicina comunitária cumpre a finalidade principal de contribuir para a absorção das tensões sociais nos centros urbanos em vertiginoso crescimento. Sob a ideologia do “cuidado progressivo” e “integral”, que se materializaria nos diversos “níveis de assistência” do “sistema nacional de saúde”, o Estado não só atua como produtor direto de serviços médicos-sanitários, como incorpora às atividades tradicionais de Saúde Pública, aquelas vinculadas diretamente à prestação de serviços de saúde e assistência médica individual. Em 1975, a V Conferência Nacional de Saúde, recomenda a reorganização dos serviços de saúde através da criação de estruturas permanentes e simplificadas, bem como a regionalização, hierarquização, descentralização e o aproveitamento total da capacidade instalada do setor público e, por fim a união entre ações preventivas e curativas.

Vivia-se então o final do “milagre econômico” (1968-1974) e, se por um lado, os loteamentos clandestinos e a inchação das cidades à custa de um enorme contingente de população pauperizada davam a configuração típica das nossas capitais nos anos 1970, por outro, nessa mesma época, 50% da população brasileira viviam em comunidades rurais com pouco ou nenhum acesso aos cuidados médicos. Os efeitos da crise capitalista internacional já começavam a se fazer sentir, agravados na realidade brasileira pela situação de dependência econômica e, a questão social que havia sido relegada a segundo plano no período anterior, passa a ser considerada chave para contornar-se a crise política e de legitimação que o Estado enfrentava nesse momento.

Isso fica claro nas propostas contidas no II PND (1975-1979) que, apesar de manter o predomínio declarado da política econômica, anuncia, pela primeira vez, que a política social deve ter um “objetivo próprio” e, “saúde e educação fazem parte dessas propostas na medida em que são consumos específicos que implicam na qualificação da força de trabalho – ou seja, na ótica economicista: investimento em ‘capital humano’ – ao tempo que contribuem para atenuar tensões – sob a ideologia de favorecer a ‘ascensão social’” (Teixeira, 1982, p.51).

A simplificação do cuidado e dos serviços oferecidos é o principal elemento de racionalização do modelo, objetivando uma extensão de cobertura a baixo custo para as populações não assistidas pelo sistema oficial de saúde. Para Donnangelo (1976), essa diferenciação do trabalho em saúde conforme se destine aos diferentes grupos sociais, que será combatida pelo movimento da reforma sanitária com a proposta de universalidade da atenção à saúde, adquire no capitalismo uma especificidade, que decorre da forma pela qual nesse modo de produção da vida se projetam o fator trabalho e as relações de classe. Assim é que, concomitante à progressiva medicalização<sup>15</sup> da sociedade capitalista, verifica-se de um lado, a seleção de grupos sociais a serem incorporados ao cuidado médico, conforme o seu significado para o

---

<sup>15</sup> Por medicalização, Donnangelo entende a extensão da prática médica a setores cada vez mais amplos da sociedade. Isso ocorre em dois sentidos: o primeiro pela ampliação quantitativa dos serviços de saúde e a incorporação crescente das populações ao cuidado médico; o segundo, pela extensão do campo de normatividade da medicina por referência às representações ou concepções de saúde e dos meios para obtê-la, bem como às condições gerais de vida. Mas, para essa autora, o processo de medicalização, não é um fenômeno simples e linear de aumento de consumo, muito ao contrário, representa uma complexa dinâmica econômica e política na qual se expressam os interesses e o poder de diferentes classes sociais.

processo econômico e político, e de outro, uma diferenciação das instituições de saúde voltadas para diferentes tipos de ações e clientela.

A partir da segunda metade dos anos 1970, essa proposta vai se materializar também através de diversos Programas de Extensão de Cobertura (PECs), tais como o Programa de Desenvolvimento Rural Integrado (PDRIs), o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde do Ministério da Saúde (PPREPS/MS)<sup>16</sup>. As principais idéias da medicina comunitária que dão contorno aos PECs são: o privilegiamento da atenção primária com 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<sup>17</sup>, as equipes multiprofissionais, a integração ensino-serviço, a utilização de tecnologias apropriadas e a participação comunitária.

No Brasil, segundo alguns estudos (Bodstein & Fonseca, 1989; Teixeira, 1995), o PIASS/MS, implantado em 1976, principalmente nos Estados da região Nordeste, dado as diferenças sociais e econômicas entre esta e as demais regiões do país, é a experiência mais rica inspirada nos princípios desse modelo. Isso em razão de ser considerado o projeto fundador do movimento sanitário no Brasil, então em ascensão, particularmente em virtude da experiência ocorrida no Norte de Minas, conhecida como Projeto Montes Claros, e de sua trajetória de luta contra-hegemônica e do caráter contestador e crítico de suas práticas em relação às estruturas de poder existente: poder político-econômico local, poder médico, poder do modelo hegemônico de privatização dos serviços de saúde e o poder repressor (Teixeira, 1995).

---

<sup>16</sup> Em 1973, é assinado entre a OPAS e o Ministério da Saúde o "Acordo para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil", que incorpora a noção de complexificação dos serviços de saúde e o conseqüente aumento de custos da educação e do treinamento na área, e se afirmava a necessidade de planejamento da formação e utilização de recursos humanos em saúde. No mesmo ano, foi assinado o acordo entre os Ministérios da Saúde e Educação e a OPAS para a criação do PPREPS.

<sup>17</sup> O perfil polivalente, segundo Machado (1992), pressupõe capacidades para um trabalho mais variado com uma certa abertura quanto à possibilidade de administração do tempo pelo trabalhador e sem implicar, necessariamente, mudança qualitativa das tarefas. Representa nada mais do que uma racionalização formalista com fins instrumentais. Não significa, obrigatoriamente, intelectualização do trabalho, mesmo que se trabalhe com equipamentos mais complexos. Difere da concepção politécnica de ensino, que "representa o domínio da técnica em nível intelectual e a possibilidade de um trabalho flexível com a recomposição de tarefas a nível criativo. Supõe a ultrapassagem de um conhecimento meramente empírico, ao requerer o recurso a formas de pensamento mais abstratas. Vai além de uma formação simplesmente técnica ao pressupor um perfil amplo de trabalhador, consciente, capaz de atuar criticamente em atividade de caráter criador e de buscar com autonomia os conhecimentos necessários ao seu progressivo aperfeiçoamento" (Machado 1992, p.19, apud Shiroma & Campos, 1997).

Num contexto marcado pela ausência de liberdades democráticas, o Projeto Montes Claros, articulou premissas e práticas que lhe emprestaram um caráter inovador, entre as quais: a exigência de negociação política e de uma relação especial com a demanda no processo de planejamento e construção de uma nova racionalidade técnica, através do contato direto com a demanda na proposta de organização do modelo de serviços de saúde e na elaboração do diagnóstico da situação sócio-econômica dos municípios da região; a articulação com o poder local para legitimação do Projeto, com repasse de recursos financeiros para as prefeituras construírem os postos de saúde, enquanto o mesmo se responsabilizava pelo treinamento dos auxiliares de saúde indicados por estas; administração regional pública participativa, democrática e com autonomia para contratar pessoas e compor quadro técnico; práticas de ensino e de supervisão baseadas em metodologias pedagógicas não tradicionais, participativas e conscientizadoras, visando a autonomia e a organização dos sujeitos; o conceito saúde/doença como produto de condições sócio-políticas e dependente das condições de vida e trabalho, do acesso à terra, da organização política e da consciência das demandas, alimentou a ênfase pedagógica do Projeto e o princípio da participação comunitária; tinha uma forte influência da pedagogia freireana na metodologia adotada, enfatizando a troca de saber na relação médico/auxiliares de saúde; os treinamentos eram organizados em regime de co-gestão tendo como princípios a valorização da experiência e dos saberes dos alunos, a relação democrática educador/educando e o uso de técnicas de ensino dinâmicas.

Vieira e Lima (1995) admitem, no entanto, que apesar dessas e outras premissas, ao longo do tempo, começam a aparecer choques entre a concepção do trabalho em saúde veiculada pelo Projeto e a população. De um lado, uma proposta de medicina preventiva e curativa que privilegiava o trabalho comunitário com ênfase na conscientização e, de outro, a demanda da população por atendimento médico curativo, e presença de médicos e medicamentos nos postos. O próprio trabalho de conscientização levou a embates com os prefeitos locais que tiveram como consequência perseguições políticas e demissões de auxiliares de saúde. Além disso, o exercício da proposta de participação comunitária esbarrou em limites de ordem estrutural, entre os quais: a inexperiência de organização das comunidades e o lugar

dilemático do auxiliar de saúde frente aos interesses conflitantes na própria comunidade e desta com os interesses do programa.

Esse “profissional” leigo foi eleito, por seu possível potencial transformador, como elo articulador de demandas e da organização popular. O treinamento buscava mais a identidade do “profissional” com o programa, cuja referência era o trabalho comunitário, do que com a sua formação técnica. Para Izabel dos Santos foi um processo conflituoso e na sua opinião alguns sanitaristas não lutavam para a existência de uma escola não excludente e sim usavam os trabalhadores técnicos para a construção de um projeto de poder político pessoal.

De todo modo, para a política oficial, a medicina comunitária apareceu enquanto uma estratégia de racionalização ou como uma medida compensatória visando atenuar as imensas desigualdades de consumo geradas pela concentração de riquezas e alcançar as parcelas da população que vivem em estado de miséria absoluta. Entretanto, na perspectiva do movimento de oposição ao regime militar vigente, atuante no interior do setor saúde e, particularmente, no Projeto Montes Claros, foi considerada como campo ou espaço de experimentação de ações planejadas com ênfase na articulação e integração dos diversos níveis de atendimento, buscando de fato a construção de um “sistema”, reforçando as unidades de saúde existentes nos estados e municípios; e a preocupação com o chamado cuidado primário nas unidades básicas e com a participação comunitária (Bodstein e Fonseca, 1989).

### **1.3) PPREPS: a construção da Política de Formação Profissional em Saúde**

O Projeto PIASS foi o principal programa de extensão de cobertura que contou com a cooperação do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde do Ministério da Saúde (PPREPS/MS), cobrindo toda a região Nordeste do país. Com a emergência desses programas, as Secretarias Estaduais de Saúde foram desafiadas a recrutar, selecionar, capacitar, contratar, e supervisionar grande número de profissionais de distintos níveis, em regiões diferentes, simultaneamente.

É no âmbito PPREPS/MS que se inicia o debate sobre a importância da formação profissional dos trabalhadores técnicos em 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. Os depoimentos colhidos permitem afirmar que é a 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. Para Nelson Pereira dos Santos, por exemplo, a “formação de recursos humanos pela linha do PPREPS foi muito premonitória, muito antecipadora – por influência do Carlyle [Guerra de Macedo]” (p.371). Ou seja, uma das discussões que se travou no interior do grupo interministerial que se formou – composto por representantes do Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério do Trabalho e Ministério da Previdência – foi a diferença entre programas compensatórios e programas estruturantes, tendo em vista que um dos seus componentes, como veremos abaixo, era o estabelecimento de sistemas de desenvolvimento de recursos humanos em saúde nos Estados brasileiros.

Tânia Celeste Matos Nunes, na época trabalhando na Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, por outro lado, destaca outra dimensão do Programa, a sua articulação com a formação de sanitaristas, viabilizada nos diversos Estados brasileiros através dos cursos descentralizados de saúde pública da ENSP, com o objetivo de ancorar o processo de reforma pelo país afora. “Era um investimento de formação em saúde pública da força de trabalho local, para mudar a lógica de discussão do sistema, sair do que a gente chamava de antigo, e viver um período novo. Isso foi uma diretriz da ENSP, de oxigenar nacionalmente o sistema de saúde” (p.136). Havia um esforço conjunto da ENSP, MS, OPAS e da equipe do PPREPS,

ajudando as secretarias estaduais a se entenderem como maiores, a se pensarem num marco de planejamento – que vinha desde os anos 1960 – mas renovador, problematizador. Não vamos esquecer que nessa época estava havendo também uma aliança dos grupos considerados progressistas, contra a ditadura. Era uma aliança tácita feita dentro do setor saúde para cuidar no setor saúde da sua parte da briga pela democracia. (p.137)

Os cursos descentralizados começam a ocorrer em 1975 e se tornam a principal estratégia de sustentação técnica da escola e de fortalecimento político da medicina preventiva e social junto às Escolas de Saúde Pública, então existentes no país. Arlindo Fábio Gómez de Souza, indica que, em tempos de ditadura, o espaço para a formação de quadros com uma nova concepção de saúde e para a compreensão das políticas de saúde na época eram pequenos e difíceis. “Nós tivemos uma situação difícil de perseguição aos cursos descentralizados em Recife e na Bahia, e o que sustentou os cursos lá foi a Escola aqui, e quando se quis acabar com os institutos aqui da ENSP nós fomos sustentados por lá” (p.257-258).

Mas, é Izabel dos Santos que aponta com maior clareza para a construção das idéias que iram subsidiar mais adiante a formulação de uma política de formação profissional em saúde, apesar de naquele contexto “preparação estratégica” corresponder a treinamento em massa e talvez, por isso mesmo, motivo de embates no interior do grupo interministerial. Para ela, o Programa foi importante porque iniciou a formulação de uma política de recursos humanos em saúde, a partir da reunião dos trabalhos existentes dos membros do grupo e daí foi “estruturando as idéias” e constatando que a única organização que tratava de recursos humanos era o departamento de pessoal das secretarias de saúde, com sua rigidez, burocracia, seu estilo cartorial de classificação e registro de pessoal. “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 de recursos humanos como agente...” (p.20).

É a partir daí, na sua avaliação, que se construiu “o que viria a ser depois o ensino técnico na área da saúde”. 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”. Foi um “processo grande [e] demorado” que foi “depurando”, “estruturando”, e “enriquecendo” a proposta política do grupo. Enfim, um processo através do qual “foi

ficando clara a importância do nível médio nesse processo todo, a diferença [deste profissional para o de] nível superior...” (p.20).

Entretanto, o reconhecimento dos trabalhadores técnicos parece não ter sido muito tranquilo no interior do grupo, pois Izabel diz que teve “muito embate com esse grupo” (p.21), em torno da “inclusão social”, isto é, da superação do treinamento como forma privilegiada de formação.

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 as vezes aprendiam algumas coisas, mas depois não tinham como fazer valer esse aprendizado. Isso eu fui percebendo aos poucos, não foi de uma vez, não. Quando a gente olha para trás, a gente fala, parece que foi de uma vez, mas não foi. Foi um negócio devagarinho, tortuoso, doloroso, a gente foi aos poucos chegando, chegando, por isso que eu falei para você, eu nem sabia que chamava inclusão social. Agora, recentemente, que eu fui saber. (p.21-22)

Mas, os embates não eram somente quanto a superação do treinamento, mas também em torno da proposta de formação polivalente veiculada pela OPAS. Essa proposta, segundo ela, era um “camisolão”, isto é, “a sensação que me dava é que [a OPAS] trabalha conceitos tão genéricos que não se encaixam em ninguém da América Latina e ela nivela por baixo” (p.25). Mais adiante, coloca que a OPAS “sempre trabalha no macro, ela nunca chega no detalhe, porque é muito difícil, como é que você vai criar uma forma em países tão diferentes um do outro. Eles, como defesa, o que fazem? Ficam no macro. Ninguém é contra o macro!” (p.31).

Izabel nunca apoiou essa proposta, 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” (p.25). Para ela, o perfil polivalente não tinha sentido.

falei para o pessoal da OPAS –porque nós já temos a divisão do trabalho aqui, já está clara, nós temos gente que trabalha em apoio diagnóstico, tem os caras que trabalhavam 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. (p.26)

Tanto é assim, que não foi a proposta de formação da OPAS que foi defendida na VIII Conferência Nacional de Saúde e na de Recursos Humanos, ambas realizadas

em 1986. Estrategicamente, para driblar essas divergências e tensões, apresenta a proposta do *Projeto Larga Escala* como “uma proposta de formação de política pública de Estado” por orientação de um colega costa-riquenho. Segundo ela, a OPAS não é homogênea no seu interior, “tem pessoas inteligentes [...] que não concordam com essa baboseira toda” (p.27).

Passa então a dar mais ênfase não à divisão do trabalho técnico em saúde, mas às discussões sobre as estratégias pedagógicas e as formas de operacionalizar a criação de escolas técnicas em saúde. As estratégias não podiam ser excludentes e tinham que apoiar o processo de formação em massa. “Eu achava que tinha que ter 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 da educação profissional para aquele que já está empregado é que “não pode sair do trabalho e nem o trabalho pode abrir mão dele” (p.33). Dessa forma, vai aproveitar ao máximo a flexibilidade que então era concedida pelo ensino supletivo, que permitia fazer a educação profissional sem o trabalhador ter a escolaridade completa.

O documento publicado pela equipe técnica do PPREPS “Recursos Humanos para Serviços Básicos de Saúde: formação de pessoal de níveis médio e elementar pelas instituições de saúde” (1982) indica que Izabel construiu consenso sobre essas questões no desenrolar do programa. Neste texto, identifica-se entre os problemas do setor saúde, que as instituições empregadoras formam para o exercício das funções de baixa e média complexidade; a falta de integração ensino-serviço; a falta de mecanismos de certificação profissional; e a “pouca ou nenhuma preocupação com o desenvolvimento intelectual dos treinandos, sobretudo no que tange aos aspectos de educação geral e às formas mais conscientes, ou menos mecanizadas, de atuação em serviço” (BRASIL: 1982, p.5).

José Paranaguá de Santana divide o PPREPS em duas fases: a primeira de elaboração e desenvolvimento do projeto, que compreende o período de 1975-1978. A segunda fase, de 1978 a 1982, é quando ele entra, indicado pelo MEC, para trabalhar no componente de integração docente-assistencial, como representante do

Departamento de Ações Universitárias (DAU), atual Secretaria de Educação Superior (SESU). “Quando eu entrei, estava sendo feita a renegociação para uma segunda etapa do projeto, com renovação de financiamento, etc” (p.307). Em ambos os períodos o grupo interministerial foi coordenado por Carlyle Guerra de Macedo, que se desligou em 1982 quando foi eleito diretor da OPAS-Washington, o que demarcaria, segundo o entrevistado, o fim do Programa. Na sua avaliação o Programa não se restringia à área de recursos humanos, “era uma equipe de recursos humanos que extrapolava [a área de] recursos humanos” (p.310). Isto porque, nessa segunda fase, o PPREPS além de manter essa vertente, vai ser o berço de elaboração do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE) e vai liderar as discussões sobre ciência e tecnologia em saúde. Segundo relata,

O que era o PPREPS na primeira fase [1975-1978], como um projeto de desenvolvimento de recursos humanos, virou um programa de assessoria à política nacional de saúde de forma mais ampla. Tinha o componente de recursos humanos, cuja contra-parte no Ministério da Saúde era a Secretaria de Recursos Humanos que foi criada, na época, no conjunto das iniciativas de implantação do PPREPS, ela foi criada junto com o PPREPS. Esse acordo da OPAS com o governo, que teve esse tronco “recursos humanos”, se desdobrou em duas coisas: uma que mexia muito mais com a política mais geral, com aquilo que resultou no movimento de todo o grupo da OPAS com o projeto da reforma sanitária, com esse movimento da ABRASCO – que era a área de planejamento, a elaboração do PREVSAÚDE, a participação nossa também nas AIS; e teve esse outro componente também que foi estimular e ter uma participação muito expressiva – e a principal pessoa aqui do grupo que trabalhava essa linha era o Pelegrini – na área de ciência e tecnologia em saúde. (p.309)

Concebido como um programa de modernização administrativa na área de Planejamento de Recursos Humanos em Saúde, a primeira fase do PPREPS, privilegiou o apoio e financiamento das ações de treinamento em massa de pessoal de nível médio (técnico e auxiliar) e fundamental (antigo nível elementar), previstas nos Projetos Estaduais e executadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Incluía tanto a formação de pessoal a ser contratado como a atualização e aperfeiçoamento dos quadros existentes, bem como o desenvolvimento da capacidade de treinamento, em termos docentes, tecnológicos, de supervisão e informação. Estimou-se, inicialmente, um número de cerca de 170.000 pessoas a serem capacitadas em todo o país, abrangendo diferentes níveis e categorias, sendo redimensionada em 60.000 para o período 1976/79, a partir do contato direto com as necessidades e possibilidades concretas de cada Estado e regiões, que se

diferenciavam em função das políticas vigentes dos setores da educação e saúde, e da própria capacidade gerencial dos órgãos executores dos projetos (Macêdo et alli, 1980).

Esse programa teve três objetivos intimamente relacionados: o treinamento, a integração docente-assistencial e o estabelecimento de sistemas de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde nos Estados e, pode-se perceber nas estratégias utilizadas para a consecução desses objetivos, principalmente do componente treinamento, uma agenda ampliada de desenvolvimento de recursos humanos de nível médio em saúde. Como estratégias para a consecução desse objetivo propôs-se:

1. ampla articulação e cooperação interministerial;
2. aproveitamento da capacidade instalada e das iniciativas em implementação;
3. a consideração das Secretarias Estaduais como instituições nucleares para a organização do Sistema Nacional de Saúde a nível operacional;
4. apoio à elaboração e à implementação de projetos globais de treinamento para todo o sistema estadual de saúde;
5. exploração e aproveitamento das formas de intercomplementaridade entre saúde-educação e dos mecanismos de educação profissionalizante por via regular ou supletiva;
6. priorização do atendimento das necessidades do setor público;
7. capacitação de agentes comunitários leigos não pertencentes a quadros institucionais dos serviços de saúde;
8. ênfase no treinamento integrado ao serviço, de caráter polivalente, na utilização de instrutores/supervisores de nível médio e no desenvolvimento de metodologias educacionais correspondentes;
9. incorporação a médio prazo das atividades de capacitação de pessoal de nível médio e elementar no conjunto das atividades de regionalização docente-assistencial respectivo.

Com relação ao segundo objetivo, propôs apoiar a constituição, implementação e funcionamento de 10 regiões docente-assistenciais para uma cobertura final de 15 a 20 milhões de habitantes. Esta atividade, de acordo com Macêdo et alli (1980), englobaria a redefinição organizacional e operacional do sistema de serviços de cada região, a formulação dos programas docentes específicos e a criação de mecanismos de articulação e integração estrutural-funcional entre os dois sistemas. A criação dessas regiões objetivaria, ainda, a experimentação de modelos, métodos e procedimentos que viabilizassem a regionalização dos serviços e a articulação técnica e administrativa entre as múltiplas instituições do setor, passíveis de aplicação em outras regiões. José Paranaçu de Santana relata que o discurso da integração docente-assistencial, a necessidade de formar pessoas para as necessidades de saúde do país, virou um discurso

hegemônico na década de 1970, mas que apesar do esforço da equipe do PPREPS, a maioria das dez regiões docente-assistenciais não saiu do papel.

Finalmente, o terceiro objetivo, de apoiar o estabelecimento de Sistemas de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde em cada Estado da Federação, integrados aos sistemas de planejamento setorial, foi considerado um objetivo complementar e instrumental com relação aos anteriores. Visava aproveitar as oportunidades geradas por aqueles, no sentido da criação de mecanismos que assegurassem a continuidade do processo. Entretanto, para José Paranaguá de Santana, foi a meta menos realizada, não houve nenhuma intervenção importante na primeira fase do Programa. Isso só veio a ocorrer no período 1980-1985 com a criação dos então denominados Órgãos de Desenvolvimento de Recursos Humanos (ODRH) nas Secretarias Estaduais de Saúde, que com o apoio do Ministério da Saúde e da OPAS, começaram a formar pela primeira vez, no país, os coordenadores estaduais de recursos humanos.

Segundo a análise de Teixeira (1982), os objetivos e as estratégias do PPREPS, anunciadas acima, são um exemplo da ideologia tecnocrática e do discurso do planejamento como instrumento de racionalidade técnico-administrativa que, começa a penetrar e impregnar os órgãos estatais responsáveis pela elaboração de políticas em 1964 e, que se exacerba a partir do II PND, sob a influência de agências internacionais – Banco Mundial e OPS/OMS, e no contexto de crise de legitimação do Estado. Faz parte de um conjunto de medidas que, à época, incidem sobre o exército de reserva, incorporando-os, no caso, à força de trabalho em saúde, ao tempo que se coaduna com as diretrizes do II PND de valorização dos recursos humanos e abertura de oportunidades de emprego.

Esse Programa só se tornou possível, porque incorpora a abordagem sistêmica na área de saúde, com seus pressupostos de homeostase, de “solidariedade” entre as instituições que compõem o sistema e, o equilíbrio entre formação e utilização de pessoal, e porque parte do pressuposto, de que o planejamento de recursos humanos em saúde, enquanto mecanismo corretivo das relações entre o “sistema educacional” e o mercado de trabalho, visaria “adequar” a mão-de-obra, quantitativa e qualitativamente, ao “sistema de saúde”. Para a autora,

enquanto instrumento de intervenção estatal na área de formação de pessoal, visa contribuir para a implantação e o fortalecimento de um dado modelo de atenção à saúde, que se caracteriza por tomar como objeto as populações excluídas do consumo de serviços sob as modalidades dominantes de atenção. É, assim, um elemento de um projeto político de setores avançados das instituições estatais, especialmente o Ministério da Saúde que, sob a influência das organizações internacionais buscam “modernizar” as formas de participação do Estado na organização das práticas de saúde (Teixeira, 1982, p.67-68).

A modernização na área de Recursos Humanos configura-se no projeto através de duas medidas: o setor saúde assume pela primeira vez, de forma institucionalizada e legalmente reconhecida, através das Secretarias Estaduais, a responsabilidade pela formação profissional dos trabalhadores de nível médio, conferindo, em alguns Estados, a titulação dos egressos dos cursos de segundo grau e; o estímulo à implementação e criação dos Centros de Desenvolvimento de Recursos Humanos nas Secretarias Estaduais de Saúde.

Enfatizou-se principalmente, a qualificação daquelas categorias necessárias ao processo de implantação do PIASS, tais como: visitadoras sanitárias, auxiliares de saneamento, auxiliares de laboratório e auxiliar 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 organizados de forma descentralizada nas sedes de microregiões 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.

Ao contrário da experiência do Projeto Montes Claros, havia uma grande ênfase na capacitação técnica desses auxiliares de saúde, porém o treinamento não era concebido como um fim em si mesmo. Era considerado

um mecanismo que além de cumprir sua função específica naquele nível, também proporcionasse oportunidades, a todos os participantes no processo, de analisar criticamente as propostas vigentes de serviços de saúde e de desenvolvimento de recursos humanos em face das reais necessidades da população a que serviam. Permitisse ainda a criação de novas tecnologias e a participação dos treinandos na construção de modelos alternativos de assistência (Macêdo et alii, 1980, p.67).

Sob esses aspectos, a análise de Teixeira (1982, p.70-71) parece-nos apressada e reducionista, pois considera essa estratégia de integração docente-

assistencial, “um instrumento de subordinação progressiva das práticas educativas ao modelo proposto de prestação de serviços” e, nos marcos de uma abordagem crítico-reprodutivista da educação, avalia que o modelo de ensino, ou seja, “o aprendizado ‘em serviço’ insere-se na perspectiva de ‘adequação’, servindo ao objetivo de reproduzir mais eficazmente as práticas, o saber e a ideologia que permeia a produção de serviços sob essa modalidade”.

Essa abordagem<sup>18</sup>, que se difundiu no Brasil na década de 1970, por um lado, representou um avanço, ao desmistificar o caráter messiânico atribuído à prática educativa de transformar por si só as relações sociais, sobrepondo-a aos fatores estruturais. Ao contrário, indica que a educação não é determinante mas determinada pelas relações de produção. Por outro lado, entretanto, acabou por enfatizar, assim como os neoclássicos<sup>19</sup>, a partir dessa determinação, o seu caráter “funcional” para o capital. Em outras palavras, vai defender uma relação direta e mecânica entre educação e desenvolvimento capitalista, subsumindo, dessa forma, a dimensão transformadora à dimensão conservadora da educação. Conseqüentemente, à escola e às práticas educativas, no caso, a qualificação profissional em saúde, resta muito pouco a fazer pelos trabalhadores, à medida que sempre reforça os interesses dominantes.

Parece-nos, ao contrário, que na relação contraditória que se estabeleceu entre os “setores avançados” no interior do Ministério da Saúde, como define a própria autora, e os organismos internacionais, a estratégia de “apoio à implementação de projetos globais de treinamento” aponta para a possibilidade de construir outras mediações no processo de qualificação profissional em saúde.

Isso é o que nos indica a avaliação realizada, à época, pela equipe do PPREPS:

Mais que resultados quantitativos, a experiência PPREPS demonstrou o caráter global do processo de desenvolvimento de recursos humanos para saúde e a subordinação de seus componentes à evolução do todo, dentro do contexto sócio-político e administrativo em que se desenvolveu. Trata-se de um processo social de lenta e difícil maturação tanto mais quanto esteja referido a situações institucionais complexas e contraditórias. (...).

---

<sup>18</sup> O marco para a difusão das teorias crítico-reprodutivistas no Brasil foi a tradução, na década de 70, dos trabalhos de Baudelot, C. & Establet, R. 1971.; Althusser, L. 1974.; e Bourdieu, P. & Passeron, J.C. 1975.

<sup>19</sup> A teoria do “capital humano” que influenciou toda a política educacional desenhada no nosso país, a partir da segunda metade da década de 60, e as proposições do II PND, é um desdobramento da teoria neoclássica do desenvolvimento econômico, que tem como pressupostos a visão harmônica da sociedade e a crença no funcionamento linear dos mecanismos de mercado.

(As) mudanças propostas na área de capacitação somente se concretizam realmente quando alicerçadas em mudanças correspondentes nas práticas de saúde, na organização dos serviços e em sua prestação e nos conceitos, atitudes e ação dos agentes envolvidos. Esse processo de mudança é necessariamente lento, em termos de setor, pela inércia e resistência das forças conservadoras que nele intervêm (Macêdo et alli, 1980, p.72).

De fato, do ponto de vista quantitativo, os resultados ficaram muito aquém da estimativa de 60.000 pessoas a serem capacitadas em todo o país, abrangendo diferentes níveis e categorias, indicando a falta de investimentos públicos para a formação dos trabalhadores em saúde e, de modo geral, no trabalho de saúde pública, tendo em vista o corte privatizante e o privilegiamento da medicina curativa da política de saúde no período. No curto período de sua existência, ou, na sua primeira fase - 1975-1978, o PPREPS capacitou 38.548 pessoas, sendo 19.029 (49,4%) de nível elementar, 10.771 (27,9%) de nível médio e 8.748 (22,7%) de nível superior. Esses dados revelam que a grande demanda de treinamento foi representada pelos trabalhadores com baixa escolaridade, já empregados no setor saúde ou que exerciam alguma atividade de saúde na comunidade. Entre os primeiros, destaca-se a(o) atendente de enfermagem, tanto para a área hospitalar como para os serviços de saúde pública e, entre os segundos, os agentes comunitários - parteira empírica, lideranças comunitárias, trabalhadores de saúde voluntários etc.

A segunda medida de modernização na área de Recursos Humanos em Saúde, foi o estímulo à implementação e criação dos Centros de Desenvolvimento de Recursos Humanos - CENDRHU, que ocorreu em alguns Estados. Como parte das medidas de reforma na organização dos serviços de saúde e como uma das estratégias de sustentabilidade e continuidade dos esforços nessa área, configurou-se como um processo progressivo de institucionalização das práticas educativas no interior das Secretarias Estaduais de Saúde. Contraditoriamente, para Paim (1994), o PPREPS, ao estimular a implementação desses Centros abriu a possibilidade de "formação de intelectuais orgânicos", não somente para um projeto racionalizador, que se inspirava no modelo da Medicina Comunitária, mas também para o movimento de democratização da saúde, que constituiu o projeto da reforma sanitária brasileira. Por outro lado, a institucionalização dos CENDRHU, irá 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 do Sistema Único de Saúde (ETSUS).

#### **I.4) Saúde como direito de todos e dever do Estado**

A segunda metade dos anos 1970 foi um período de rearranjo das forças políticas nacionais e, contraditoriamente, os movimentos ligados à medicina preventiva e comunitária se tornariam também espaços de discussão e mobilização popular pela democratização da saúde e do próprio regime político nacional (Teixeira, 1988). O Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), criado em 1976, e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), criada em 1979, tiveram enorme importância na luta pela democratização da saúde e da sociedade brasileira, e seus membros, difusores da reforma sanitária, conseguiram aprofundar, através de textos científicos e do debate público, a crítica e a formulação teórica sobre as principais questões ligadas à saúde, pondo em prática a estratégia de se inserir nos espaços institucionais e intervir nas decisões parlamentares. O conteúdo dessa nova proposta de saúde incorpora as diretrizes expressas na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em Alma-Ata em 1978, de reorganização dos serviços a partir da expansão da atenção primária à saúde.

Segundo Nelson Rodrigues dos Santos a luta pelo fim da ditadura levou a área da saúde a organizar o I Simpósio de Saúde na Câmara dos Deputados em 1979. Naquele período de reorganização da sociedade civil, a área da saúde passou a discutir questões amplas ligadas à redemocratização nesse encontro com o legislativo. Também foi o período de crise na Previdência. Conta Nelson que

Nessa conjuntura toda acontece o Simpósio, que atrai a vertente do CEBES, a maior força na época - a ABRASCO tinha acabado de ser fundada também, no final dos anos 1970 -, a intelectualidade de pós-graduação em saúde coletiva -, outras forças também, sindicais e não sindicais, especialmente a força parlamentar. O relatório desse Simpósio aponta pela primeira vez com clareza a crise na prevenção e na cura - a crise sistêmica -, e aponta para algumas diretrizes capazes de integrar o que estava desintegrado a nível de instituições. Isso deve ter tido um peso - nunca ninguém estudou isso ou comprovou -, porque exatamente em 1980, o [João] Figueiredo, presidente de plantão da ditadura, se assessorava com assessores menos

truculentos, que não eram da esquerda, não eram desses movimentos do CEBES nem do Simpósio da Câmara, mas eram assessores com um pouco mais de versatilidade, um deles é aquele Aloísio Sales, que veio a ser depois presidente do INAMPS, e faz o CONASP: Conselho Nacional de Atenção Previdenciária. Assinando o CONASP já há uma racionalização sobre o grande ralo que as unidades de serviços denunciadas pelo Gentile de Melo eram, já não dava mais para aceitar, e nascem as AIS. As AIS já nascem por força da nossa vertente, por conta do movimento municipal que nessa altura já era um movimento mais consistente. (p.373)

Ainda de acordo com Nelson Rodrigues dos Santos, o II Simpósio, de 1982, já contaria com o movimento organizado da reforma sanitária, propondo um sistema nacional de saúde (não mais separando o assistencial e o preventivo), e pedia a execução das AIS, lançando um patamar para as discussões da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Nesta mesma perspectiva, Arlindo Fábio Gómez de Souza, ex-coordenador da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, ex-coordenador da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e atualmente chefe de gabinete da Presidência da FIOCRUZ, destaca a importância dos cursos descentralizados da ENSP para o processo de difusão da reforma sanitária.

A grande escola, na acepção clássica da palavra, foi o momento em que, na formulação do seu pensamento sobre saúde, joga isso para os cursos descentralizados no país inteiro. Não tenho dúvida - não estou comparando com a contribuição de outras instituições - que nós chegamos em 1986 com aquela formulação a partir deste pensamento da ENSP - outras instituições como São Paulo, Campinas, quem vocês quiserem, mas estou me referindo a aqui - que foi capaz, através dos cursos descentralizados, de levar o pensamento da saúde pública para o país como um todo; e também fortalecer os departamentos de medicina preventiva, na medida em que os professores dos cursos descentralizados de saúde pública eram recrutados dentro dos departamentos de medicina preventiva. (...) Foi um processo muito forte de fertilização, da criação de um pensamento de saúde pública no país como um todo. A dimensão pedagógica desse processo para mim é muito clara. É por aí que vai surgir a ABRASCO, depois o CEBES, junto com outras instituições (...). Esses atores coletivos são importantes inclusive na difusão desse pensamento, e isso vai acabar se consolidando através de discussões permanentes do chamado Partido Sanitário. É muito difícil avaliar isso sem entender um pouco o Partido Sanitário, que surge quando não se tem os partidos políticos constituídos - é pré-democratização do país - e reúne pessoas das mais diferentes tendências, pertencentes ou não a partidos- MDB, PC... - estivessem envolvidos ou não, põe todos juntos numa reflexão da proposta para a área da saúde. Obviamente esse grupo tinha uma predominância dos centros de formação onde estavam os cursos descentralizados, dos departamentos de medicina preventiva e social, das escolas de saúde pública. Isso é que fez com que se chegasse na 8ª Conferência já com um acúmulo de dez anos. (p.261)

Conta ainda que os simpósios nacionais de saúde da Câmara ocorreram a partir do amadurecimento do movimento sanitário no final dos anos 1970 sobre a necessidade de trabalhar com o Congresso Nacional. Afirma que no último simpósio

a discussão central era sobre a participação do setor privado na saúde. A perspectiva era determinar que o setor privado era complementar às ações de saúde desenvolvidas pelo Estado, que ele existia enquanto o Estado era incapaz de dar conta da totalidade da atenção, tendo em vista a noção de saúde como dever do Estado que estava sendo formulada antes mesmo da Constituição.

O setor privado rompe e diz que não vai, porque ele não é complementar, tem seu direito, sua autonomia, sua independência, não está subordinado ao Estado brasileiro. Independente de quanto cresça o Estado brasileiro nas ações de saúde o setor privado existe e tem o seu grau de liberdades estabelecido, do jeito que quer, de fazer independentemente de qualquer política do Estado brasileiro e qualquer compromisso. (...) Todos eles, Confederação Nacional da Indústria (CNI), Confederação Nacional do Comércio (CNC), Confederação da Agricultura e Pecuária do Brasil (CNA), e com a liderança da Federação Brasileira de Hospitais. (p.263-264)

Esse afastamento do setor privado da discussão vinha se fazendo notar nos cerca de dez anos em que vinha sendo realizado pelo Partido Sanitário. A 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), marco de formulação de um novo modelo de saúde pública universalizante e descentralizado, contou com a participação de milhares de representantes de diversas entidades da sociedade civil, com interesses e preocupações muitas vezes conflitantes, mas tendo como base o processo de estatização do sistema de saúde brasileiro. Sob hegemonia do movimento sanitário, definiu as principais questões, sugestões e reivindicações da área, difundindo um conceito ampliado de saúde, resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e acesso aos serviços de saúde. A saúde passou a ser considerada antes de tudo resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida, e deve ser entendida no contexto histórico de cada sociedade no seu momento de desenvolvimento.

Nelson Rodrigues dos Santos ressalta que a força do tema da estatização da área afastou o setor privado da 8ª Conferência, e que os empresários da saúde foram taxados de “maus”:

“o setor privado é mau”, muitos viam dessa maneira na época, mas a maior parte hoje concorda, todos que viveram nessa época, que a vertente estatizante radical na 8ª Conferência queria porque queria ver o setor privado a anos luz da 8ª Conferência a proposta da estatização total do sistema público de saúde, a ponto de que o pessoal um pouco mais moderado, ou mais realista – eu estava entre eles, o Arouca também

- teve que fazer um esforço muito grande no desenrolar da 8ª Conferência para a discussão ficar: “estatiza já” ou “estatiza no processo”. E pudemos ganhar “estatizar no processo”. Quem trouxe isso para a 8ª Conferência foi a CUT, uma vertente do PT da época. O PT, na época, era menos expressivo na Saúde, era mais expressivo na cúpula de ideologização. Pelo menos em parte, era a posição da Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Porque a 8ª Conferência – pelos dois lados: o setor privado estava vendo o povão vindo, 4000 pessoas em Brasília, o Arouca comandando, ele já era um símbolo nessa época, e o setor privado já tinha os seus motivos próprios para não cooperar. Mas tinha uma vertente que era inclusive majoritária no início da 8ª Conferência, que não queria papo com o setor privado. São os dois lados! O setor privado era na época representado pela Federação Brasileira dos Hospitais e pela Confederação das Misericórdias do Brasil. O lucrativo e o filantrópico, como é até hoje. (p.380)

De um outro ponto de vista, Maria Luíza Jaeger, representante da CUT na Comissão Nacional da Reforma Sanitária, ex-Secretária Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e ex-secretária da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, relata que a 8ª Conferência foi a primeira conferência nacional de saúde com participação dos trabalhadores e afirma que o grupo alinhado à essa central articulava-se ao movimento popular na saúde (MOPS), do qual participavam também alguns partidos políticos que defendiam um sistema de saúde público só estatal:

Basicamente a composição da delegação da CUT se dá entre trabalhadores de saúde e áreas de saúde dos sindicatos – o sindicato de São Bernardo, que tinha uma área de saúde grande, que trabalhava com a saúde do trabalhador -, e aí é que se monta toda a discussão, se faz um documento da CUT para a 8ª Conferência. (...) as posições ficam radicalizadas entre, de um lado, o documento, se não me engano, da ABRASCO, que era assinado pelo Arouca, pelo Eleutério... [e, de outro], o Eduardo Jorge acho que não estava pela CUT, estava pelo PT. Também teve o povo do PT, acho que o Paulo Elias estava, não me lembro bem. A discussão, de um lado, era essa de se era um sistema público ou não, você vai ver que durante toda a Comissão eu vou defender pela CUT uma posição de um sistema público só estatal, e de outro lado a posição do pessoal que vinha da organização da Conferência, do que acabou saindo. (p.331-332)

Maria Luíza explica que os principais sindicatos da CUT sempre lutaram para ter seus serviços de saúde próprios e, no contexto das discussões sobre a criação de um sistema universal de saúde, quem assumiu inicialmente a pauta da universalização e da estatização total do sistema foram os trabalhadores da área da saúde. Não sem enfrentar oposições, como por exemplo da Federação dos Trabalhadores da Previdência – contrária a toda a discussão do SUS, a CUT assumiria

a universalização e a estatização total na 8ª Conferência e, segundo Maria Luíza, acabou por se tornar uma força importante na conquista do SUS até os dias atuais:

A gente fez um processo contrário ao da América Latina, e isso tem muito a ver com a mobilização que a gente conseguiu fazer. E aí foi importante o movimento sindical. O PT faz uma proposta de Constituição – e ela tem toda essa proposta que basicamente a CUT defendeu, e que depois vai sendo negociada. Porque todo o processo, tanto na Comissão Nacional da Reforma quanto depois na votação da Constituinte e na votação da lei, foi absolutamente negociado o tempo inteiro. (p.336)

Jandira Feghali, deputada federal pelo PC do B e membro da bancada da saúde da Câmara dos Deputados, faz uma análise crítica da regulação do setor privado da saúde firmada a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde e incorporada na Constituição:

... a polêmica se deu em cabeças já formadas, não se deu na “massona” da Conferência. Ela se deu entre visões já formadas, onde a relação com o setor privado não se rompeu – você vê que no próprio texto constitucional a relação com o setor privado é de regulação mas não é de ruptura, ele ainda compõe, integra, o processo. Acho que esse talvez tenha sido o nó maior: como a relação público-privado se estabeleceria a partir de um novo projeto de saúde. E, ali, alguns setores vinham com uma visão do reformismo, de que o público não se opunha. Ainda era uma visão de Estado compartilhado comandada pelo privado. A gente vinha de um processo onde o INAMPS tinha aquele tripé: medicamentos, equipamentos e pagar o setor privado. OINAMPS era o financiador do privado – então essa marca do privado era muito forte. O não-confronto aberto e direto de ruptura com o privado gerou uma polêmica na época. E o privado ainda queria menos, achou que estava radical demais porque o comando era público, e passaria a ser o Estado o grande responsável por isso. Essa foi a grande polêmica. A partir daí, o processo constitucional, apesar de grandes setores disputarem a questão do privado na Constituinte, a correlação de forças fez o texto ficar como ficou. A relação com o setor complementar existe, mas não é só aí que tem polêmica com o privado: o texto inteiro, em alguns momentos, deixa solta a questão da relação público-privado. (p.288)

Para defender seu ponto de vista, Nelson Rodrigues dos Santos explica que se a perspectiva é estatizar progressivamente, enquanto houver necessidade de contratar ou conveniar o setor privado, pela Constituição, o setor privado tem que oferecer serviços como se público fosse, porque o contratante é o poder público, e ao contratar, contrata uma oferta de serviços planejada pelo Estado. Diz que a FBH tem a maior parte dos seus leitos contratados pelo SUS numa relação de compromisso público, estando ao mesmo tempo no mercado e no SUS e, pela jurisprudência constitucional, todos os serviços contratados pelo poder público, devem funcionar como se público fossem. Portanto, o desafio colocado pelo SUS é garantir que o setor

privado contratado e conveniado complementar cumpra fielmente a oferta de serviços como se fosse público. Reafirma sua posição dizendo:

Não tem cabimento uma estatização total, acabar com as Santas Casas, construir hospitais paralelos, ou estatizar as Santas Casas, desde que elas concordem com convênios de caráter público, que sejam controladas pelo poder público – Secretaria Municipal de Saúde, pelas bipartites dos estados, etc. A questão que interessa é o público, mesmo que seja público não-estatal, mas um público controlado, regulado, na sua finalidade pública pelo Estado, pelo poder público. Hoje, o poder público dentro do próprio SUS é democratizado com Conselhos de Saúde, etc. Essa visão, de uma radicalidade irrealista, ao exigir na 8ª Conferência que o sistema de saúde fosse totalmente estatizado, do PT e da CUT, se prolongou por todos os anos 1980 e no decorrer dos anos 1990. (p.383)

Refletindo sobre os fundamentos da proposta do SUS, Arlindo Fábio G. de Souza diz que a 8ª Conferência estabeleceu três pilares básicos do novo modelo de saúde: 1) o pilar conceitual ou a definição de saúde – que tinha na proposta da Organização Mundial da Saúde (OMS) sua tradução mais próxima; 2) a reflexão sobre como organizar os serviços para darem conta deste conceito ampliado de saúde; 3) a reflexão sobre como financiar este modelo de organização para dar conta do conceito de saúde proposto. Ele afirma, contudo, que o último aspecto foi pouco trabalhado pelo movimento sanitário e se pergunta se não derivam daí muitos problemas que o SUS enfrentaria na década subsequente.

Eleutério Rodriguez Neto, um dos militantes mais expressivos do movimento sanitário, registrou com riqueza de detalhes os embates e as discussões envolvendo a subcomissão de saúde no processo constituinte, em livro publicado em 2003. Ele conta que, após a 8ª Conferência, o passo seguinte do movimento sanitário foi pressionar o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social do Ministério da Previdência e Assistência Social (Inamps/MPAS) para convocação de uma Comissão Nacional para a Reforma Sanitária (CNRS). Mesmo contando com a presença de representantes dos empresários da saúde, a CNRS levou adiante as proposições tiradas na 8ª Conferência, embora os representantes do movimento sindical, ligados à bandeira da “estatização já!”, as considerassem moderadas e os representantes dos empresários da saúde as taxassem de radicais.

Segundo Eleutério, ao longo de 1987, durante os trabalhos da *Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente* da Assembleia Constituinte, quatro grupos de

entidades foram convidadas a se manifestar nas audiências públicas: as **estatais**, como o Ministério da Saúde e da Previdência e Assistência Social e o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS); as **patronais e prestadoras de serviços privados lucrativos ou filantrópicos**, como a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), e a Associação das Santas Casas de Misericórdia; as **dos trabalhadores**, como a Central Única dos Trabalhadores (CUT) e as associações profissionais; e as **científicas e de ética**, como a FIOCRUZ, o CEBES e a ABRASCO. A maioria dessas entidades apresentou considerações e propostas de texto derivadas e orgânicas com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, enquanto as cooperativas médicas e a FBH, defendendo um outro projeto societário, apresentaram propostas alinhadas à prática liberal e à iniciativa privada, unindo-se contra a perspectiva de estatização do atendimento à saúde. O setor filantrópico (Santas Casas) selou aliança com as teses mais estatizantes quando lhe foi assegurado um tratamento diferenciado dentro do setor privado. Eleutério conta que, cumprida com êxito essa etapa na luta dos sanitaristas, o Relatório aprovado na *Subcomissão* seria apresentado como anteprojeto para a *Comissão da Ordem Social* da Assembléia Constituinte. O anteprojeto trazia a noção de seguridade social, que englobava saúde, previdência e assistência social, tal como proposto no documento da CNRS. Contudo, para que o SUS não fosse levado a um comando orçamentário subordinado às áreas de seguridade e previdência, foi incluído o dispositivo definindo a cada área a gestão de seus recursos (que se tornaria o § 2º do art. 195/seção I, cap. II da Seguridade Social). O passo subsequente do texto constituinte foi passar pela *Comissão de Sistematização*. Durante os trabalhos desta Comissão, previa-se que a sociedade enviasse propostas de emenda constitucional – as emendas populares, que deveriam ter no mínimo 30 mil assinaturas para serem admitidas. A Emenda Popular apresentada pela Plenária da Saúde foi defendida por Sérgio Arouca, então presidente da FIOCRUZ, contando com o apoio do PT, PCB, PC do B, ABRASCO, CEBES, Conselho Federal de Medicina, CUT, entre outras entidades. No campo dos empresários, apenas uma emenda foi apresentada pela FBH, ABRAMGE, Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde (FENAESS), Associação Brasileira de Hospitais (ABH) e Instituto de Estudos Contemporâneos da Comunidade,

propondo a existência de um sistema privado autônomo e concorrente com o sistema público. Naquele contexto, essa emenda não foi incorporada ao texto apresentado à última etapa da Constituinte: o *Plenário*.

Eleutério relata que, nesta instância final, contudo, os grupos conservadores recuperaram o espaço que haviam perdido em muitas comissões da Assembléia Constituinte: numa manobra política astuciosa, representantes dos setores conservadores reuniram-se no chamado “Centro Democrático” ou “Centrão”, e dizendo-se representantes da “vontade média” do povo brasileiro, propuseram um projeto de resolução para mudar o regimento interno da Assembléia – alterando as regras no meio do jogo -, e este projeto foi aprovado. A partir de então, podia-se apresentar emendas e até mesmo projetos de Constituição que não haviam passado pela Comissão de Sistematização para votação. O “Centrão”, surgido desde 1984 e reunindo deputados do PMDB, PFL, PTB, PDS, não era consensual e ganhou a antipatia do conjunto da população. Na saúde, os deputados conservadores se reuniram em torno do combate à “estatização” e defenderam os interesses dos setores hospitalares privados, da medicina de grupo, das cooperativas médicas e do setor liberal da medicina.

O que garantiu os resultados positivos para a Saúde na nova Constituição, de acordo com Eleutério, foi o trabalho dos líderes dos partidos progressistas na mesa de negociações. Embora o texto constitucional não tenha ficado idêntico ao texto levado à Assembléia pelos sanitaristas, o essencial foi mantido: era dever do Estado a criação de um sistema universal de saúde - gratuito e de qualidade para todos os brasileiros -, bem como a ordenação da formação dos trabalhadores para esse sistema. O Sistema Único de Saúde (SUS) deveria ser descentralizado - com a obrigação do Governo Federal, através do Ministério da Saúde, de destinar parte do seu orçamento para as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, que teriam que assumir as ações na área de forma autônoma e coordenada. Por outro lado, o sistema privado complementar seria subordinado ao sistema público. Grupos contrários a essa proposta, como os empresários hospitalares e os administradores de planos privados, fizeram *lobbies* no Congresso para alterar este projeto, mas acabaram vencidos naquela conjuntura pelo poder de organização e reivindicação do movimento sanitário.

Pensando sobre as razões para o SUS ter sido aprovado no texto constitucional, Maria Luíza Jaeger diz que a mobilização do setor foi muito mais forte do que, por exemplo, a da educação, e ao mesmo tempo, os grupos conservadores no Congresso estavam mais interessados em discutir as questões econômicas do que os temas sociais, permitindo, por exemplo, que o conceito de seguridade se mantivesse tal como proposto.

O artigo constitucional de que “cabe ao SUS ordenar a formação de seus recursos humanos” (seção saúde – art. 233/200, inciso II/III) foi uma importante conquista para o movimento sanitário e permitiria ao grupo defensor do SUS avançar nas discussões sobre educação profissional em saúde no Brasil. Essas discussões já vinham amadurecendo desde a segunda metade dos anos 1970, como vimos acima, e convergiram para a vinculação da formação ao novo modelo de saúde proposto. Pela importância do tema, os entrevistados desta pesquisa foram questionados sobre o contexto de formulação de tal artigo e construíram versões com nuances por vezes distintas.

Mapeando a discussão sobre a questão dos recursos humanos em saúde, Nelson Rodrigues dos Santos afirma que ela passa, ao longo dos anos 1980, a ser pensada também dentro da visão sistêmica de saúde. A frase que dispõe sobre a responsabilidade do SUS ordenar a formação dos seus recursos humanos, segundo Nelson, teria sido criada na Constituinte a partir de uma orientação de que o SUS tinha que ter uma ação mais determinante nesta formação. Frisa a importância de Eleutério Rodriguez Neto no processo de discussão do novo perfil profissional na saúde, ressaltando que o tema dos recursos humanos começa naquele momento a ganhar status de uma das bandeiras inabdicáveis da reforma sanitária:

no Simpósio de 1982, na 8ª Conferência e na Conferência Nacional de Recursos Humanos, se colocava claramente que a distribuição territorial dos profissionais tinha que ser de acordo com as necessidades da população, que dentro dessa distribuição territorial dos profissionais estivesse embutida a distribuição dos perfis, a renovação dos perfis sempre multiprofissionais. Isso eram assertivas que consensavam e todo mundo aceitava. O que foi desenhado nos anos 1980, além de sua distribuição, sua fixação, o trabalho multiprofissional, a mudança de perfil... Entre essas de perfil está a emergência do generalista médico, na enfermagem, na odontologia, como acontece nos países que têm sistemas de saúde mais avançados, generalista esse que não era um simplificador da atenção à saúde, que teria a maior densidade tecnológica dos perfis profissionais. (p.385)

Sobre o mesmo artigo, Maria Luíza Jaeger diz que sua origem data da Comissão Nacional de Reforma Sanitária e a idéia que permeou sua elaboração era “organizar” para que a formação se relacionasse às necessidades do sistema como um todo, tendo em vista a necessidade de formação de pessoal de nível médio não só na área de enfermagem e o imperativo de se capacitar e inserir um conjunto de profissionais para o sistema através de concursos públicos e planos de carreira. Conta também que a proposta do SUS ordenar a formação de seus recursos humanos era consensual entre os setores privatistas e publicizantes, e que sua inspiração vinha de Cuba: “O modelo cubano é isso mesmo. Lá a formação da área de saúde está dentro do Ministério da Saúde, não está no Ministério da Educação”. (p.338)

Arlindo Fábio G. de Souza recompõe essa questão de modo semelhante ao que foi traçado por Nelson, afirmando que o artigo 200 da Constituição buscava ligar o novo profissional ao novo modelo de saúde proposto. Afirma, contudo, contrariamente à fala de Maria Luíza, que havia disputa desta formação com o setor privado e com o modelo do especialista:

Na medida em que se estava refletindo sobre a necessidade da reformulação do modelo, tinha-se que pensar, obrigatoriamente, quem iria fazer parte deste modelo no que diz respeito à atenção - são os profissionais que vão tocar esse modelo para frente! Há toda uma reefervescência, a partir de 1985, com a questão da reforma universitária brasileira. É a retomada das discussões abortadas em 1964, quando estávamos no auge da discussão sobre a reforma do ensino no Brasil, assim como sobre a reforma da saúde. (...) Esse novo veio de um acumular: para um novo modelo nós queremos um novo profissional. E esse novo profissional tem que ter uma percepção da dimensão epidemiológica de onde ele vai trabalhar, ele vai organizar os serviços de saúde, e assim por diante. E portanto, isso não pode estar na mão, exclusivamente, do modelo anterior, e na mão da livre iniciativa do desenho de uma faculdade de farmácia, enfim, da iniciativa privada. Isso tem que ter alguma forma de ordenamento. Eu não saberia “dar nome aos bois”, mas lembro as grandes receitas que levam a gente a chegar nisso - o próprio modelo investir no novo profissional, a retomada da discussão da reforma universitária e da reforma médica no Brasil, levavam a isso. A gente sabia que era uma defasagem muito grande, na medida em que nossa tendência era para a especialização crescente e a perda da referência do generalista, como a gente tratava na época. (p.267)

José Paranaguá de Santana entende que tal artigo foi aprovado “por distração” dos grupos interessados nas questões de educação, e destaca a influência de Aloísio Costa e Silva, da Associação Médica Brasileira (AMB), na elaboração do texto constitucional:

nas universidades era tão tranqüilo que era problema delas a formação de recursos humanos, que a passagem daquele artigo na Constituição foi um descuido da área da

saúde. Minha interpretação é essa! Sei que tem gente que acha que não. Agora, eu acho que aquilo foi colocado, não chamou atenção, sei inclusive quem redigiu isso – não era do movimento sanitário, estava na assessoria da comissão de saúde pela Associação Médica Brasileira, só que era um professor universitário, tinha acesso à convivência com a gente, tinha uma influência muito grande a concepção dele de Planaltina, de Sobradinho, que ele achava um modelo de integração ensino-serviço, e que não tinha sentido a formação das profissões de saúde ser feita só pela área da universidade e do MEC. (...) Era o Aloísio Costa e Silva. Era da diretoria da Associação Médica Brasileira, era um médico de prestígio, um nefrologista conceituado, pernambucano radicado aqui há muitos anos. Eu sei disso porque fui bolsista de pesquisa dele ainda no meu curso de graduação, e ele me falou um dia: “Prestou atenção naquele artigozinho que eu botei lá?” Ele foi de um grupo de trabalho, mas todo mundo gosta de dizer que deu uma contribuição – e realmente foi quem me alertou, eu não tinha prestado atenção que num determinado momento o projeto que estava tramitando tinha aquilo. Na época eu pensei: acho que não devo ficar falando muito nisso não, para que isso passe – porque se caísse, no contexto que eu vivi naquele momento, de falta de prestígio acadêmico, falta de prestígio político, eu achava que, na hora que chegasse o “clube” lá e pedisse para retirar, os deputados tiravam – embora a gente estivesse cercando isso... (p.324-325)

Numa outra perspectiva, alguns entrevistados dizem que houve polêmica com setores ligados à educação, especialmente ao ensino superior. Francisco Aparecido Cordão, representante do SENAC e ex-presidente da Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação, afirma que alguns conselheiros do antigo Conselho Federal de Educação eram contrários à proposição sobre o ordenamento da formação pelo SUS, julgando ser intromissão indébita da área da saúde na área da educação, embora os conselhos estaduais de educação não tenham entrado nesse debate, concentrando-se quase exclusivamente no capítulo da educação. Na mesma linha, Tânia Celeste conta que ouviu rumores de que houve disputa com a ANDES nesse processo de tornar a formação profissional em saúde articulada ao SUS:

Dá-se uma discussão com a ANDES que eu não conheço, não vi escrita, mas todo mundo fala. A ANDES começou a se incomodar achando que o Ministério da Saúde queria levar a formação para lá. (...) existia de fato essa conexão internacional e Cuba tinha um sistema de formação ligado ao Ministério da Saúde, eu acho que ainda é até hoje. A ANDES, aqui, teve medo de que saísse do MEC e destrísse essa unidade. Houve, segundo eles, brigas homéricas, para construir alguma coisa para levar para a Constituição. Toda a sociedade civil organizada estava muito mobilizada para contribuir para a Constituinte. Era um contexto muito bonito, de liberdade e, ao mesmo tempo, de construção de uma nova ordem para o país. Houve um acordo entre os profissionais da educação e da saúde. Lembro que o Eleutério dizia: “O máximo que agente conseguiu foi ordenar o processo de formação.” É daí que nasce essa construção. Essa é a história que eu ouço. (p.143)

Formar novos profissionais para o novo modelo de saúde era o fim último desta definição constitucional. Este consenso do movimento sanitário sobre a importância do setor saúde atuar na definição do conteúdo da formação profissional influenciou a Projeto Memória da Educação Profissional em Saúde – Relatório Final

definição constitucional e, dois anos mais tarde, na lei 8.080/90, título IV, seria instituído que “a política de recursos humanos na área da saúde ser[ia] formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas do governo, em cumprimento dos seguintes objetivos: I – organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive na pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal”.

Esta preocupação dos intelectuais do movimento pela reforma sanitária com relação ao direcionamento da educação profissional em saúde para atender às demandas do SUS reflete seu interesse pela ampliação das consciências individuais dos profissionais e futuros profissionais da rede pública de saúde quanto aos princípios do próprio movimento e do projeto societário que ele enseja. A vinculação entre formação educacional e participação se apresentava desde a CNRS, quando se concebeu a noção de que os trabalhadores do novo sistema deveriam ser educados para não apenas compreender seu papel individual como membros da equipe de saúde, mas principalmente para participar da gestão desse sistema, intervir na sua organização e atuar no seu controle. Essa nova concepção de educação exigia a vinculação direta do sistema educacional ao Ministério da Saúde.

#### **I.5) A formação de um novo trabalhador para um novo sistema de saúde: o trabalho como princípio pedagógico**

A formação profissional de nível médio em saúde, que já vinha sendo realizada através de grandes programas como o PPREPS e o Programa Larga Escala, foi um ponto de discussão importante na I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, organizada no espírito da 8ª Conferência, ainda em 1986, pelo Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério da Educação e OPAS. O tema central dessa Conferência foi “A política de Recursos Humanos rumo à reforma sanitária”. Na fase preliminar de organização, realizaram-se pré-conferências em 23 estados, alguns criando ou revitalizando as comissões estaduais interinstitucionais de recursos humanos, o que levou à participação de cerca de 500 pessoas (divididas em 22 grupos de trabalho) no evento.

De acordo com o relatório final apresentado:

A necessidade de uma articulação mais estreita entre as instituições que prestam serviços e aquelas que formam pessoal de saúde foi um ponto de unanimidade. Parece imperioso que a área de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a saúde conquiste condições políticas e técnicas que viabilizem a premissa de que 'saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado'. Essas condições serão inalcançáveis sem que haja um entendimento entre as áreas de ensino e de prestação de serviço, tendo como pano de fundo a realidade social. (BRASIL: 1986, p.11)

Especificamente quanto à “formação e aprimoramento de pessoal dos níveis médio e elementar e articulação entre o setor educacional e instituições prestadoras de serviços” elabora-se o seguinte diagnóstico: os órgãos formadores e as instituições prestadoras de serviços mantinham alguns entraves na forma de se relacionar - como a falta de objetivos comuns, a falta de uma prática de integração entre as áreas de saúde e educação no que diz respeito à formação de recursos humanos; ausência de uma política de desenvolvimento de recursos humanos; inadequação curricular aos serviços e baixa oferta de vagas para a profissionalização no setor saúde; bloqueio à consolidação de centros formadores pela lógica privatizante; distorções entre o perfil do profissional formado e aquele que atenderia as necessidades dos serviços no setor público. A partir disso, é destacada a necessidade de viabilizar nos estados “uma articulação interinstitucional para a criação de uma política de recursos humanos com vistas à reforma sanitária”, bem como a importância de “que o setor saúde oriente os conteúdos curriculares a serem implementados pelo sistema educacional” (BRASIL: 1986, p.23).

Diante disso, apresenta-se uma proposta que se constituiria em núcleo central das discussões sobre políticas públicas de educação profissional em saúde, pautando o debate acerca da questão até os dias atuais: criar “Escolas Técnicas Públicas, de caráter multiprofissional e específicas para o setor saúde”; adequar o perfil dos profissionais de nível médio e elementar às necessidades do setor, com destaque para o auxiliar de enfermagem, na perspectiva da reforma sanitária; reconhecer e fortalecer os Centros Formadores de Recursos Humanos para a Saúde voltados para a qualificação profissional atendendo as necessidades imediatas e propiciando formação ao trabalhador que não teve oportunidade pela via regular; estimular a participação do setor saúde na elaboração do conteúdo programático adequado às

necessidades dos serviços e contemplando a realidade político-social<sup>20</sup>; implantar o Projeto Larga Escala para formação média e elementar de pessoal que já atua na área (Idem: ibidem, p.24-25)

Para Izabel dos Santos, havia três tendências entre os sanitaristas no que se refere às discussões em torno das propostas de formação profissional em saúde ao longo dos anos 1980: a) aqueles que não estavam lutando para a existência de uma escola não excludente e sim usando os trabalhadores técnicos para a construção de um projeto pessoal de poder; b) um grupo que não apoiou sua proposta de escola-função e preferiu copiar o modelo cubano, no caso da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), optando por uma escola de alto nível, mas que não estava dentro da compreensão à época de como deviam ser construídos os processos de políticas públicas de formação; c) um grupo que tratava o assunto no nível macro, como por exemplo, Eleutério Rodrigues Neto, que atuava mais na estruturação dos princípios, mas que não se envolveu nas questões de operacionalização das escolas técnicas do SUS (ETSUS). De maneira geral, segundo Izabel, não havia divergências entre o movimento sanitário e a OPAS, pois ambos pensavam no nível macro e muito genericamente os temas de formação profissional. Não se debruçavam sobre a operacionalização e também não chegaram a discutir se o modelo de organização do ensino das ETSUS devia ser ou não politécnico.

Segundo Rita Sório, ex-coordenadora de ensino da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ), ex-gerente geral do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores na Área de Enfermagem do Ministério da Saúde (PROFAE/MS) e atualmente consultora do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), a concepção pedagógica de formação que partia do olhar do trabalho orientou a criação das escolas técnicas do SUS, enquanto as escolas de saúde pública nascem de uma discussão mais acadêmica e até de se instituir como grupo de poder na política de saúde em alguns estados. O foco das ETSUS seria responder à seguinte questão: “Nós estamos falando de expansão da cobertura da saúde no Brasil, nós estamos falando que vamos fazer atenção primária de saúde, nós estamos falando

---

<sup>20</sup> Diz o relatório final da Conferência: “Recomenda-se a metodologia que privilegie a integração ensino/serviço, permitindo o crescimento do ‘trabalhador/aluno’ a fim de que entenda o processo em que está inserido” (BRASIL: 1986, p.24).

que vamos mudar o foco individual para o coletivo, e como eu vou formar um contingente de trabalhadores que não são os filhos da elite – médico, odontólogo -, que estão completamente apartados dessa discussão?” (p.96) Rita percebe que as discussões sobre formação em saúde pública estiveram muito distantes das discussões de educação profissional, mas acredita que o conceito ampliado de saúde foi incorporado pelas escolas técnicas porque os partidários do movimento sanitário que atuavam nessas escolas “incorporaram essa conceitualização do que nós angariamos quando lutamos por entender determinação social da doença, a questão da epidemiologia” (p.104). Ela conta, ainda, que a briga de Izabel dos Santos com os sanitaristas se deveu ao fato de que estes “adoravam fazer um treinamento, e achavam que estava resolvido”, enquanto ela foi ao encontro da educação profissional. (p.101)

Tânia Celeste conta que Izabel sempre defendeu a autonomia das escolas técnicas em relação às universidades para garantir sua identidade: “O que estava em questão era positivar o nível médio e ele construir seu leito especial” (p.149).

A operacionalização das escolas técnicas do SUS foi assumida principalmente pela área de enfermagem, por ter maior contingente de trabalhadores desqualificados do ponto de vista escolar, o que além dos riscos na atenção à saúde, levava ao baixo reconhecimento social da profissão. Izabel manifesta que, para o conjunto da corporação de enfermagem, o mais importante, necessariamente, era o reconhecimento profissional e social, a construção de uma identidade profissional da categoria, que passava pela proibição do exercício profissional dos(as) atendentes de enfermagem. Isso foi conseguido pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) com a aprovação da Lei n° 7.498/1986, que ao regulamentar o exercício profissional na área torna-os(as) executores ilegais da profissão e dá um prazo de dez anos para todos(as) se tornarem auxiliares de enfermagem, sem criar alternativas de formação e colocando a responsabilidade sobre o trabalhador. Contudo, para Izabel, esta foi uma proposta elitista e preconceituosa. Ela nos conta que, por tecer essa consideração, em determinados momentos foi interpelada pela corporação sendo acusada de estar desmoralizando a profissão e enchendo a enfermagem de pessoas “com meio neurônio”. Diz que, num congresso:

estava discutindo a questão da divisão técnica do trabalho e a falta de autonomia do pessoal auxiliar para pensar um cuidado sem riscos. Não tinham autonomia para isso, eram muito massacrados pelas enfermeiras. Quase teve polícia lá no dia! (p.45).

Na sua avaliação, o COFEN não era contra a formação profissional, mas ao conteúdo da profissionalização.

O COFEN é atrasado, autoritário, quer que seja aquela enfermagem obediente, resultado da divisão técnica do trabalho. [...] Essa raiva que eles tinham de mim era esse processo de libertação que eu estava o tempo todo querendo, que o processo de formação ajudasse a superar. [...] Mas, eu nunca dei muita importância para os meus opositores. Eu fazia o seguinte: quanto mais eles faziam oposição, mais eu buscava adesões de outros processos, de outras camadas sociais, de outros movimentos. Eu contrabalançava, porque sabia que o processo era político, era ideológico, então você tem que resolver também politicamente. [...] E a minha tese era a seguinte: que a enfermagem era a profissão mais democrática, permitia a todo mundo dentro dela crescer. [...] Eu achava fantástico esse negócio da enfermagem. Você começa como atendente e pode chegar até enfermeiro. É lindo isso! Eu achava isso bonito e para [o COFEN] era um crime. (p.49)<sup>21</sup>

Por outro lado, a discordância entre ela e os sanitaristas da FIOCRUZ, na segunda metade dos anos 1980, era de natureza político-pedagógica. Politicamente avaliava, à época, que se a EPSJV fosse igual às outras, uma espécie de escola modelo, pela influência política que a FIOCRUZ tem no Brasil, daria mais força para os secretários estaduais de saúde a criar escolas técnicas. Mas, ao contrário, diz que

copiaram o Politécnico de Cuba. [...] Isso é que é uma pobreza, isso é que é a negação do processo nacional [...], fiquei revoltada. [...] Isso eu nunca imaginei. Eu falei: “Essa proposta eu não aceito [...]”. É um absurdo copiar Cuba, aí depois eles melhoraram um pouco, [integraram] a educação geral [com a formação profissional]. [...] Não ficou igual Cuba. Mas primeiro foram lá, copiaram tudo e depois, à medida que o processo nacional foi se estruturando eles foram mudando. Mas não mudaram o eixo da escola. Ficou uma escola convencional (p.30).

Izabel, portanto, discordava pedagogicamente da forma como foi estruturada a proposta da EPSJV, que inclui a formação geral - como as escolas ligadas ao MEC. Ela define como não convencional a escola que não perde nenhum trabalhador, inclui a todos e descentraliza a formação, isto é, uma escola exclusivamente profissionalizante voltada para os trabalhadores empregados, com processos descentralizados junto aos municípios, aproveitando a capacidade instalada nos

---

<sup>21</sup> Em relação à atual proposta de projeto de lei, de autoria do Senador Tião Viana (PT-AC), que dá prazo de 10 anos após a promulgação da lei para que os auxiliares de enfermagem se tornem técnicos, e de que, após esse prazo, o COFEN só registraria diplomas de enfermeiros de nível superior, Izabel é taxativa: “eu acho essa proposta indecente” (p.46) Segundo ela, a divisão técnica do trabalho existe “porque tem respaldo na sociedade”. Não se pode, de repente, “querer que todo mundo seja elite”, até porque não tem dinheiro para pagar a todos. Portanto, acredita que a lei “não pega, você vai ver! Isso vai dar um rolo. Proibir de ter auxiliar eu já acho um absurdo, agora proibir que tenha técnico! Ah!”. (p.46).

serviços de saúde, assim como os enfermeiros e outros profissionais dos serviços como instrutores e supervisores.

A escola defendida por Izabel não deveria ser ligada ao MEC mas ao setor saúde, porque segundo ela é este setor que detém a tecnologia e pode dar o rumo da formação. Diz que as escolas do MEC devem ser aquelas da educação geral, onde o indivíduo é preparado para a cidadania, aprende a pensar, a escrever, a se comunicar, “aprende a cultivar o belo, a arte, [...] a história da humanidade, onde o homem viveu, porque viveu [...]. Agora cá não!”. A educação profissional “é tecnológica”, trabalha com “outra lógica”, o aluno tem “que saber como enfrentar um problema, qual é o processo tecnológico, tem que aprender epidemiologia (p.28)”. Este ensino não deve ser, contudo, tecnicista ou pragmático, e Izabel afirma veementemente: “nunca fui taylorista, ensinar a técnica pela técnica, nunca fiz isso! Jamais faria isso. Você tem que saber, antes de saber a técnica, o que sustenta a técnica, qual a base teórica, científica, que sustenta a técnica” (p.40). Segundo ela, a metodologia da problematização na educação profissional tem o objetivo de levar o aluno a pensar e seu trabalho sempre foi fazer isso “em cima do próprio processo de trabalho, [sem] desvincular a realidade do processo de aprender” (p.35). O ponto de partida é o trabalho real, indo do específico para o geral. A integração docente-assistencial, no seu entendimento, tem por trás um processo de trabalho ao qual o trabalhador está vinculado e é desafiado freqüentemente a resolver problemas

Então aquele processo é problematizado para ele, [como, por exemplo, pesar uma criança], [...] e ele vai construindo e generalizando [o conhecimento]. Mas começa dali [do específico]. Por isso, a gente fala ‘o trabalho como eixo do processo educativo’. [...] Você vai problematizando, ele vai fazendo e entendendo porque ele faz daquele jeito e não de outro. Ele vai construindo um saber ao longo do tempo (p.35).

Parece não ser por acaso que Izabel faça referência à necessidade do aluno “aprender epidemiologia”, já que este conhecimento está na base do trabalho em saúde pública, do entendimento do processo saúde-doença do ponto de vista coletivo. Ao ser questionada sobre o significado da adequação da formação à realidade dos serviços de saúde, refere-se especificamente à formação inadequada tanto do médico como da enfermeira para os serviços de saúde que estavam sendo desenhados. “A gente achava que não era bem assim, que tinha que ampliar [a

formação]” (p.20), com o que ela chama “a parte light do processo tecnológico”, ou, “protocolos clínicos atualizados”.

Por exemplo, um médico saía formado sem saber tratar diarreia, que era a doença que mais existia na população, ou outras doenças tropicais... Quer dizer, havia um descompasso, porque eles treinavam os médicos baseados nos Estados Unidos, nos livros textos, nos padrões americanos, nas doenças raras... e a enfermagem também não ficava muito longe disso, também era mais ou menos isso. Então, essa chamada que a turma deu foi para fazer essa aproximação. (p.21)

Para Izabel, embora se negue, ainda é o modelo flexneriano que orienta a formação,

um modelo muito interessante porque é um modelo muito positivista, ele se baseia em evidências, é correto do ponto de vista científico. Mas aí quando você implanta isso descolado de uma realidade social, você termina não levando em conta os problemas de saúde que aquela realidade social te apresenta (p.21).

Em sua análise não há qualquer desvalor da abordagem positivista e desse ponto de vista, parece recuperar Canguilhem (1978), na medida que, para esse autor, “uma terapêutica científica (é) superior a uma terapêutica mágica ou mística. É verdade que conhecer é melhor do que ignorar quando é necessário atuar, e nesse sentido o valor da filosofia da ilustração e do positivismo, inclusive o cientificista, é indiscutível” (*apud* Gonçalves, 1986, p.81-82). A questão que se coloca é que o objeto dessa abordagem terapêutica - o corpo humano -, foi não apenas captado em suas características biológicas, mas essa dimensão tornou-se suficiente para explicar o fenômeno saúde-doença na sociedade. Em outras palavras, foi captado por desqualificação das demais características e de outras determinações, que recaem sobre esse mesmo corpo, como aponta Donnangelo (1976).

Mas como compreender a realidade social mediada pelas práticas formativas da educação profissional, tendo como referência o trabalho em saúde? Nessa questão, a abordagem de Izabel permite perceber a influência de Hortência Holanda em seu trabalho educativo. Em primeiro lugar, para ela, o conceito de saúde é um conceito transversal e não abstrato. A abordagem deve começar perguntando: “de que adoecem e morrem as pessoas daqui?”; “Todo mundo é igual?”; “Tem diferenças?”; “De que vive essa população?”; “Qual o trabalho que existe aqui?”; “O que produz a riqueza?”

Então eu começo a levar as pessoas a pensar outras situações que podem ter variáveis diferentes dependendo do emprego, da estrutura econômica dali. Se estou numa área industrial ou numa área agrícola, o que vai pesar mais? Aí eu estudo o

trabalho em geral, estudo o deslocamento de uma mãe de família para o trabalho, o que acontece na casa, com os filhos... Então, você não tem limite. Você pode discutir a totalidade de uma forma fácil para a pessoa entender. [...] Porque eu vou mostrando a vida como ela é. Por exemplo, as meninas, quando estavam discutindo do que vive a população, [...] elas saíram olhando na [localidade] o que tinha: foram no comércio [e em outros lugares], e trouxeram uma porção de propostas. Numa dessas visitas, elas viram essas pessoas que costuravam para uma fábrica [...] e que o preço que a loja pagava pela calça era irrisório. E ela viu na loja a calça sendo vendida por [outro preço]. Ela disse: ‘quer dizer então que nós somos exploradas?’ Se deram conta naquela hora. Eu nem falei em mais-valia, não falei nada. E elas se deram conta de que havia um processo de exploração e que a maneira das pessoas resolverem isso é se organizar. Você politiza sem fazer doutrinação, em cima de como resolver aquela questão. Quando a gente começou a fazer o currículo integrado elas começaram a fazer greve. Porque elas não faziam greve! [...] Uma rebeldia! O pessoal falou para mim: não quero não! Você é comunista! (p.42).

Portanto, a concepção de formação profissional em saúde, para ela, pressupõe a ampliação do perfil profissional e a realidade social e o processo de trabalho como referências fundamentais. O processo de formação deve problematizar as situações de trabalho, levando o aluno a pensar o que está implicado no ato de fazer. Mas, além disso, a idéia de formação guarda uma diferença fundamental da idéia de treinamento, que é muito forte no depoimento de Izabel: não é oficial, “não legaliza o cara” (p.26), não possibilita o reconhecimento social e profissional do trabalhador.

Olha, treinamento não tem valor nenhum para a sociedade. Tem valor para a instituição que realiza, mas o trabalhador fica ali, escravo. [Ele] não tem como se apresentar para os gestores e dizer: ‘olha, eu sou diferente’. Não tem nenhum diploma que legitime o seu processo, você fica, como sempre, excluído no treinamento. [...] E a outra não. [Com] a formação, você faz um processo que é reconhecido nacionalmente e confere diploma, o cara com o certificado pode se apresentar [no mercado de trabalho] (p.34).

Izabel não é contra o treinamento ou a “atualização tecnológica”, o problema era o treinamento em massa ser a única oferta que o setor saúde fazia para os trabalhadores técnicos. “Eu acho que tem que fazer treinamento também. Mudou uma técnica, [apareceu uma técnica nova], você tem que atualizar o pessoal. Aí é treinamento. Mas aí não atende a formação” (p.34).

Segundo Izabel, Centro Formador de Recursos Humanos em Saúde (CEFOR) e Escola Técnica do Sistema Único de Saúde (ETSUS) são sinônimos e o projeto dessas escolas não foi pensado nos mesmos marcos do projeto do Politécnico. Diz que “chamou centro de formação, mas estava pensando em escola técnica”, entretanto, à época, optaram por não denominar “Escola” para diferenciá-la do “modelo

hegemônico” das escolas de educação geral, que não tinham nenhuma ligação com os serviços de saúde.

Tânia Celeste define algumas diferenças entre centro formador e escola técnica, dizendo que o primeiro formava para a profissão e emprestava uma instituição que diplomava, além de formar para a rede e dar outros cursos de desenvolvimento de pessoal. Conta que

Izabel “matracava” contra, mas eu dizia: “Izabel, pero não tanto! Vamos formar, mas se você incorpora tecnologia nova num sistema, se vão nascer no novo programa os agentes comunitários ou outros cursos quaisquer que nasceram nesse período, a gente tem que atualizar o pessoal, tem que formar na doutrina, essas coisas têm que ter nas Secretarias Estaduais”. Mas ela tinha um senso de pertinência muito grande, que foi o que levou à construção que a gente tem atualmente. Ela reconhecia, acolhia, porque sabia que aquela discussão que a gente levava no campo da gestão era lógica e era compreensível, mas continuava na militância dela de que tinha que ter as escolas. Ela nos ensinou, depois de um tempo, a chamar esses CEFOR de escolas técnicas. Ela dizia: “A gente tem que conseguir uma ponte com o Ministério da Educação”, para reconhecer uma construção que ela e Ena Galvão começaram a fazer por dentro. O CEFOR cria uma regra diferente para a saúde, de uma educação que veio a ser regulamentada pela LDB. Essa era uma grande questão com o Politécnico e provavelmente ainda é. Talvez seja o mesmo problema da ANDES: os educadores queriam a educação no campo da educação. Nós estávamos advogando para a saúde uma formação nossa articulada ao sistema formador. E a gente queria formar nos serviços, já influenciados pelo Larga Escala, já influenciados talvez por esse modelo cubano que a gente achava que era uma boa construção, e fazíamos uma oposição a esse técnico de laboratório que chegava para estagiar fazendo curso. Era uma construção que a gente já não gostava, mesmo, dizíamos: “Tem que formar no trabalho”. (p.147)

Relacionado a isso, Izabel dos Santos conta que sempre defendeu que a educação geral fosse obrigação do MEC: “A gente sempre estimulou [o SUS para] que ele investisse na formação técnica. [Para a] educação geral tinha que ser um dinheiro do MEC” (p.23). Por outro lado, junto ao Ministério da Saúde e às Secretarias Estaduais de Saúde, essa desvinculação era uma proposta política mais viável, pois

a resistência dos secretários a criar uma escola técnica é o custo, eles acham que é muito caro, e é caro mesmo...Então, o que nós fizemos? Nós tiramos a educação geral para tentar baratear os custos [e fomos] cada vez mais forçando os gestores a fazer o orçamento para arcar com as despesas da formação técnica (p.33).

Rita Sório levanta a hipótese de que essa opção pela formação profissional em detrimento da formação geral tenha sido uma estratégia para lidar com o número tão grande de profissionais não formados. Segundo Izabel, a idéia era que os Estados brasileiros destinassem verbas orçamentárias específicas para a formação profissional dos seus trabalhadores técnicos. As Secretarias Estaduais de Saúde deviam assumir a responsabilidade financeira pela formação do pessoal leigo, na

medida que os gestores eram responsáveis também pela diminuição dos riscos da atenção à saúde para a população. Apesar das críticas que faz ao PT, diz que as prefeituras governadas por esse partido foram as que mais entraram e ajudaram na briga pela formação dos trabalhadores, destinando recursos orçamentários como foi o caso do governo Erundina, em São Paulo. Na sua opinião,

se não tiver um financiamento específico e uma compreensão de que você tem que deslocar os processos de educação para dentro do trabalho, você não consegue superar essa questão [da profissionalização]. O que a gente fez no PROFAE foi isso, a gente aproveitou essa experiência e tacou ficha (p.33).

Mas Izabel reconhece que a denominação “Centro Formador” não foi a melhor opção, pois “os gestores confundiam como centro de treinamento e não como escola. Então, a gente começou a trabalhar a idéia de chamar escola técnica” (p.32).

Na relação com a EPSJV, o “apaziguamento” ocorreu durante a elaboração e operacionalização do Projeto Escola, financiado com recursos da FIOCRUZ, quando Izabel é convidada a prestar consultoria. A partir desse momento muda sua posição e passa a considerar que

o Politécnico pode ser na área da saúde o que na área da indústria ficou com os CEFETs da vida, uma escola de muito bom nível, só que diferente. Não é uma escola que está preocupada com a inclusão social, é uma escola trabalhando em alto nível – o que também é necessário. E, [...] como os CEFETs [...], quem sabe o Politécnico também pode um dia se especializar, preparar os docentes da área, sobretudo gestão [escolar]. Foi legal, foi bom, fiquei amiga da turma lá e começamos a trabalhar juntos, até hoje. (p.34)

Por inclusão social, Izabel entende a profissionalização técnica em saúde dos trabalhadores leigos, sem formação escolar e empregados no SUS, com o objetivo de legitimar sua inserção no mercado de trabalho e conferir reconhecimento social com a posse do diploma. Essa é uma das vertentes do trabalho da Escola Politécnica, que atua prioritariamente junto às ETSUS e não junto aos municípios. Estas são responsáveis pela descentralização do processo de formação aos municípios. Ao mesmo tempo, uma das proposições centrais da EPSJV, desde sua abertura, é a formação integrada ou a articulação do ensino médio com a educação profissional em saúde, que inclui não apenas trabalhadores já empregados como potenciais quadros para o setor.

Todas essas questões adquiriram novas feições nos anos 1990, quando o neoliberalismo é implantado no país e as políticas sociais passam a ser moldadas tendo em vista seus limites e suas proposições.

## II. A SAÚDE COMO SERVIÇO NÃO-EXCLUSIVO DO ESTADO E AS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL NO BRASIL DOS ANOS 1990

### II.1) A reforma da aparelhagem estatal e as políticas de saúde nos anos 1990

Como expusemos anteriormente, a Reforma Sanitária foi proposta em contraposição a uma tendência liberalizante do Estado que já se colocava fortemente nos anos 1980. Sérgio Arouca, presidente da Fiocruz no contexto da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), discursou naquela ocasião sobre as diferenças entre essas duas visões de Estado e sociedade:

A profunda Reforma Sanitária no país deve supor uma reformulação no sistema de saúde, baseada na inserção, na Constituição, de que a saúde é um direito do brasileiro e um dever do estado. Mas que Estado? O estado como povo, como território, como nação – que cabe garantir o direito à saúde do seu povo. (...) A Reforma Sanitária deve ser ampla. Não pode ser confundida com reforma administrativa. A Reforma Sanitária pressupõe a criação (...) de um grande fundo nacional de saúde, promover uma política de distribuição desses recursos mais justa e igualitária, alcançando assim, a universalização. (Brasil, 1987, p.41)

Gerschman e Viana (2005) também apontam que desde o período pré-constitucional representantes do movimento sanitário na aparelhagem estatal<sup>22</sup> digladiavam com os então ministros da Saúde e da Previdência e Assistência Social<sup>23</sup>, confrontando os dois projetos ali claramente definidos, o da Reforma Sanitária e o neoliberal.

Se os primeiros foram capazes de obter importantes conquistas constitucionais no que se refere à ampliação do próprio sentido da saúde expressas na criação do SUS, sob bases universalistas, integrais e gratuitas, estas vão sendo minadas com a implementação do projeto societário neoliberal da terceira via no Brasil a partir dos anos 1990. Tal projeto, sob hegemonia do capital internacional em articulação com o capital nacional, caracteriza-se - no que tange às políticas públicas em geral e especialmente às políticas sociais -, pela privatização, focalização, descentralização

---

<sup>22</sup> Como Sérgio Arouca, então presidente da Fiocruz, Hésio Cordeiro, então presidente do INAMPS, José Hermógenes, então secretário geral do Ministério da Saúde e João Yunes, então secretário de Saúde do Estado de São Paulo.

<sup>23</sup> Respectivamente, Roberto Santos e Rafael de Almeida Magalhães.

sem partilha de recursos financeiros e poder de decisão sobre a formulação das políticas, e participação e controle social restritos à execução dessas mesmas políticas.

O processo de reforma administrativa da aparelhagem estatal teve início no governo Collor (1990-1992), com uma política deliberada de privatizações. No *Projeto de Reconstrução Nacional*, elaborado em 1991, já se definia um “Estado” relacionado à iniciativa privada, menor, mas não menos forte, e com espaço de atuação bem delimitado, muito mais organizador do crescimento da produtividade do que diretamente seu financiador. Nesse contexto, as Leis Orgânicas da Saúde (Leis n° 8.080/1990 e n° 8.142/1990), que regulamentam o SUS, só foram sancionadas porque os deputados constituintes ainda não haviam deixado seus cargos no Congresso Nacional - já que a nova legislatura teve início somente em 1991. Contudo, estas sofreram 16 vetos presidenciais, relacionados principalmente à delimitação dos recursos orçamentários nacionais para a saúde pública.

O questionamento da universalidade e gratuidade da atenção em saúde já vinha sendo propagado pelo Banco Mundial desde 1987 - através do documento *Financing health services: an agenda for reform* -, mas teve impulso estratégico com a publicação pelo mesmo Banco do *Informe sobre el desarrollo mundial: invertir en salud*, em 1993. Nesta última publicação, estimulava-se a medição da eficácia dos serviços em função dos custos e a focalização do atendimento aos pobres. No mesmo ano, o BM publicaria o texto que seria traduzido para o português em 1995 com o título: *A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90*. Ali se apresentam críticas contumazes ao novo modelo de saúde estabelecido pela Constituição e pela Lei Orgânica da Saúde, especialmente em relação ao encaminhamento dado ao processo de descentralização, bem como à defesa da equidade, a tendência à universalização do acesso e a sobrecarga que teria causado para o Estado, incapaz de dar conta desses gastos. Verifica-se entre as propostas apresentadas pelo documento para solução dessas questões:

Mudar o papel do governo federal para a regulamentação, assistência técnica, pesquisa, elaboração de padrões de incentivos para melhoria da qualidade, regulamentação e contenção de custos, liberando-o da responsabilidade pela prestação e controle dos serviços. (Banco Mundial: 1995, p.xxviii/xxix)

A prestação dos serviços de saúde, nessa lógica, deveria ficar a cargo do setor privado.

Não é casual a similaridade entre essa proposição e o modelo de Estado implementado no Brasil no período. A partir de 1993, no governo Itamar Franco, a reforma do Estado se tornaria ainda mais aderida aos ditames do Banco Mundial, passando a contar cada vez mais com apoio e orientação do setor privado no que se refere à modernização gerencial, através do planejamento estratégico e dos sistemas de qualidade total na redefinição do papel da burocracia estatal e das responsabilidades dos diferentes níveis do governo nos setores sociais e de infraestrutura econômica.

Na esfera econômica, previa-se uma ação integrada entre governo e bancos de desenvolvimento, organismos internacionais multilaterais e financiamentos oficiais de países desenvolvidos para operar a reestruturação produtiva, e se prosseguia com o Programa Nacional de Desestatização (Lei 8.031/1990). Na área dos serviços públicos, o bloco no poder se apoiou na Constituição para definir que cada vez mais caberia ao núcleo central da aparelhagem estatal regulamentar, fiscalizar e penalizar os executores das políticas de saúde, educação, previdência e assistência - que podiam integrar o aparelho de Estado em nível estadual ou municipal, dado que, nessa nova arquitetura, os encargos executivos nas áreas de infra-estrutura econômica e social passavam a ser responsabilidade dos estados e municípios, ou mesmo de grupos privados mediante autorização, concessão ou permissão (artigo 21, XII e 30, V). No que se refere ao SUS, ao governo federal caberiam ações estratégicas e reguladoras de alcance nacional e na função redistributiva.<sup>24</sup>

No governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), um salto qualitativo no fomento ao novo modelo de Estado seria dado a partir da implementação da reforma administrativa e da redefinição das áreas de atuação da aparelhagem estatal e as competências e responsabilidades de suas três esferas. A reforma da aparelhagem estatal implantada pelo então criado Ministério da Administração e da Reforma do Estado (MARE) estabeleceu que, num processo denominado de “publicização”, serviços considerados não-exclusivos do Estado como hospitais e universidades passassem sua forma de propriedade de estatal a pública não-estatal.

---

<sup>24</sup> Ver Diretrizes para a Ação Governamental (Brasil: 1993).

Coerentemente com as proposições do governo anterior, as atividades definidas como exclusivas do aparelho de Estado passavam a ser regulamentação, fiscalização, fomento, segurança pública e seguridade social básica. No *Plano Diretor da Reforma do Estado* (BRASIL: 1995) enfatiza-se a necessidade de modernizar a administração pública brasileira de modo a torná-la gerencial, livrando-se do modelo anterior que tinha atingido seu grau máximo na Constituição de 1988, apresentada como burocrática demais e um entrave para o desenvolvimento do país. Além disso, alega-se ser inadiável promover um ajuste fiscal duradouro.

Data deste momento a proposta de transformação de hospitais públicos em Organizações Sociais (OS), que o Conselho Nacional de Saúde conseguiu barrar, segundo nos relata Nelson Rodrigues dos Santos.

As doze primeiras organizações sociais do Bresser eram doze hospitais. [O Conselho Nacional de Saúde] teve uma vitória. Eu era coordenador da secretaria executiva e tive que redigir os documentos todos, tive que agendar as discussões com os técnicos do Bresser... aí sim, você vê a importância do poder legislativo: novamente foram a sociedade e o poder legislativo que puderam ter força para segurar isso. (...) Foram dois relatórios retumbantes, para não deixar pedra sobre pedra na proposta do Bresser. Eu fiz o agito, rapidamente reproduzi esses relatórios e distribuí na mão de todos os deputados da Comissão de Seguridade Social e Família e da Comissão de Assuntos Sociais do Senado, propusemos uma audiência pública que ocorreu e “pau na tarraca” do Bresser. O Bresser perdeu ali. Foi um momento de espasmo, que infelizmente não chegou a ser a regra. Quando certos problemas conseguem unir, problemas nocivos como foi a proposta do Bresser, que está dentro da tese do Estado mínimo, o Conselho rapidamente consegue mobilizar as entidades, que rapidamente vão para o legislativo e dão um chega pra lá no executivo. (p.391)

Orquestrado ao modelo neoliberal da terceira via implementado no Brasil dos anos 1990, o novo modelo de saúde proposto pelos organismos internacionais ligados ao grande capital vem buscando maneiras de se contrapor ao modelo instituído pelo SUS e de enfrentar as resistências impostas por seus defensores. Nesse sentido, uma importante estratégia utilizada pelo BM, segundo Nelson Rodrigues dos Santos, foi o “seqüestro de bandeiras” do projeto democrático-popular e sua ressignificação, de modo a conformá-las às premissas neoliberais. Uma dessas bandeiras, a descentralização, entendida pelos defensores da Reforma Sanitária como transferência de poder político efetivo para a sociedade organizada, ou “associada à democratização do Estado”, passava a ser, para os defensores do projeto neoliberal da terceira via, “uma desconcentração das funções” do Estado. A descentralização das ações e da gestão na área foi definida constitucionalmente

como elemento central para garantia do direito à saúde como direito fundamental de cidadania, mas, na nova correlação de forças, restringiu-se a um instrumento na busca da eficiência e eficácia administrativas, adequando-se ao contexto de restrição macroeconômica sobre os gastos públicos e de mudanças no padrão de financiamento do setor que refletiram na oferta de serviços públicos de saúde (CARVALHO: s.d., p.135; Gerschman & Viana, 2005).

Nelson Rodrigues dos Santos resalta que este modelo de descentralização caracterizou-se pelo desfinanciamento federal e o aumento dos gastos estaduais e municipais na área da saúde:

Tira-se o recolhimento da folha como um dos componentes do Fundo de Seguridade Social, o Ministério da Saúde é obrigado a pedir empréstimo no FAT em 1993, a CPMF que era para acrescentar ao SUS, entra por um lado e é tirada de contribuições por outro... Ano a ano vem decrescendo o financiamento federal. É só dolarizar e ver os dólares per capita. E conforme a descentralização vai acontecendo, os estados e municípios vão crescendo. (...) O Ministério da Saúde decresce e a soma dos estados e municípios cresce... e empata! Isso mostra um paradigma que vem dos anos 1990, do neoliberalismo, que o poder federal reconcentra a arrecadação mas desconcentra o gasto. E o estado e os municípios têm que por grana que nem têm condições de por a mais para conter as pressões sociais. (p.384)

Arlindo Fábio Gómez de Souza, presidente da ABRASCO entre 1992 e 1994, conjecturando sobre as dificuldades enfrentadas pelo SUS nos anos 1990, afirma que o problema orçamentário para a implementação do sistema não chegou a ser suficientemente debatido pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, criando limitações à sua proposição constitucional. Além disso, no contexto de implementação do SUS já nos anos 1990, os intelectuais ligados às Escolas de Saúde Pública e aos departamentos de medicina preventiva das Faculdades de Medicina do país se afastam do debate sobre como pôr em prática os preceitos constitucionais do sistema, não comparecendo à 9ª Conferência Nacional de Saúde (1992), que trabalhou a estratégia da descentralização (seu slogan era “municipalizar é o caminho”):

Na 9ª Conferência Nacional de Saúde, dois anos depois da Lei Orgânica da Saúde, a participação da academia na Conferência foi pífia! A academia não participou – a municipalização era como se fosse uma coisa menor – sem se dar conta de que se estava tratando também do “filho” dela, de uma formulação que tinha levado a uma proposição de descentralização. Esse é um fenômeno que me marcou muito durante a realização da 9ª Conferência, o afastamento e – não é exagerado dizer – um desdém da academia pelo que estava acontecendo: “Essa história de prestação de serviços, isso não é conosco”, sem se dar conta de que cabe a ela, é uma de suas funções, estar refletindo exatamente sobre essa prática e a partir dessa prática. (p.273)

Essa desmobilização de parte expressiva do movimento sanitário quanto à definição de como aplicar o princípio constitucional da descentralização contribuiu para o avanço de uma política municipalista desarticuladora do papel dos estados no SUS, levada adiante no governo Collor, conforme relata Arlindo Fábio Gómez de Souza:

...houve uma desestruturação da própria articulação do Estado. Ainda estávamos, no início da década de 1990, com a Lei Orgânica da Saúde, ajustando as definições de competências de cada governo: estadual, municipal e federal. Isso era um ajuste que ainda estava acontecendo. Collor simplesmente entrou e cortou isso no meio. A política dele foi, entre outras coisas, municipalista. Ele visualizou as próximas eleições municipais e foi trabalhar direto, desarticulando inclusive a própria estruturação do SUS na medida em que castrou, cortou, aquilo que se estava estruturando como competência dos estados. Por outro lado, entrou violento em cima da questão do controle social. (p.277)

Confirmam essa perspectiva as análises de Gerschman e Viana (ibidem: p.320-321) sobre os discursos proferidos na 9ª Conferência, nos quais, mesmo se denunciando os riscos da descentralização se reduzir a um processo administrativo, sem real transferência de poder, sem autonomia política e financeira e sem democratização das relações sociais a nível local<sup>25</sup>, não se deliberou no sentido de desimpedir os caminhos para a efetiva descentralização e municipalização dos serviços de saúde para a real implantação do SUS. Complementando essa análise, Nelson Rodrigues dos Santos explica a reconfiguração da noção de descentralização nos anos 1990 a partir do abandono da regionalização e da conseqüente disputa entre os municípios e destes com os estados pelos recursos que também seriam reduzidos pela lógica econômica neoliberal da terceira via:

Foi pinçada da descentralização somente a municipalização, para pulverizar os municípios, dividir, jogar os municípios contra o estado e vice-versa, e jogar município pequeno contra município grande. É o que está acontecendo hoje, porque o sistema econômico baixou os financiamentos, os tetos financeiros repassados para os estados e municípios estão lá embaixo, e os municípios se arrebentam entre si para disputar os tetos baixos e com os estados. Na medida que você traz a regionalização, que é o princípio e diretriz de igual importância na Constituição, você vai colocar desafios para os municípios se entenderem [entre si] e se entenderem com os estados. Porque na hora que os municípios e os estados tiverem que construir a regionalização, pela primeira vez nos estados eles vão se unir para fabricar o sistema regional de saúde. Porque só a região pratica a integralidade. Nenhum município tem dentro dele a integralidade. (p.390)

---

<sup>25</sup> Ver conferências do representante-consultor do Brasil na OPAS Eugênio Vilaça Mendes e do secretário de Saúde do Estado de Mato Grosso Júlio Muller Neto *apud* Gerschman e Viana (2005: p.320).

Com a descentralização administrativa, a terceirização completou o quadro de desarticulação do sistema tal como vinha sendo estruturado nos anos 1980. Segundo Heimann e Mendonça (2005, p. 482), a lei de responsabilidade fiscal, responsável pelo controle do gasto público, restringiu os gastos governamentais com pessoal, o que resultou num entrave ao desenvolvimento setorial pelo impacto dessa medida sobre a contratação de trabalhadores estáveis na área da saúde. Numa síntese sobre o período, Jandira Feghali comenta que a terceirização de profissionais na área foi largamente praticada com a implementação da concepção de Estado da social-democracia reformada no país:

Se pegar todos os programas do Ministério da Saúde, 90% passaram a ser terceirizados, contrato de instituição internacional, a carreira de saúde se perdeu, plano de cargo nunca veio, não tinha mesa de negociação de recursos humanos, foi tudo completamente abandonado, tudo terceirizado, ninguém mais vestia a camisa. (p.291)

A terceirização é compreendida também por Nelson Rodrigues dos Santos como tática associada à descentralização neoliberal, na medida em que substituiu os cargos técnicos por quadros terceirizados no Ministério da Saúde, nas secretarias estaduais e municipais e nas unidades de saúde:

hoje o Ministério da Saúde tem 75% de terceirizados dentro do prédio e 25% de servidores federais. O que o Estado mínimo faz com o Ministério da Saúde: leva às últimas conseqüências a estratégia do Estado mínimo – é mínimo mesmo, retira do Ministério da Saúde toda sua missão institucional, sua cultura institucional... O Ministério da Saúde, que apesar de todos os seus desvios preventivistas e campanhistas históricos, era respeitado como competência técnica. Tinha concurso público e tinha servidores que acumularam uma competência, uma respeitabilidade técnica importante. Isso foi sucateado. Acabou! Os anos 1990 foram, gradativamente, colocando a terceirização, e impondo e induzindo os estados e municípios para copiarem esse modelo. Uma grande parte das Secretarias Estaduais já está nesse processo, também terceirizando. Na escala de valores de políticas públicas, a idéia e o valor do serviço público foram substituídos pela idéia e o valor da privatização, da competição, do mercado e da terceirização. (p.384)

Concomitantemente à ressignificação dos cânones da reforma sanitária, os defensores do modelo de saúde neoliberal vem tentando mudar o SUS constitucional, desde o governo Collor. Uma importante investida nesse sentido se deu em 1996 com a apresentação ao Congresso Nacional, pelo poder executivo, da proposta de emenda constitucional (PEC) que alteraria o artigo 196 da Constituição, revogando os princípios da integralidade, gratuidade e universalidade do SUS. Segundo Nelson Rodrigues dos Santos, esta emenda só não foi aprovada pela rápida mobilização do Conselho Nacional de Saúde em contrário.

Entretanto, no mesmo ano, seria firmado um empréstimo de cerca de 600 milhões de dólares entre o governo brasileiro, o BM e o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) para reforma do setor saúde, de acordo com este novo modelo de Estado, denominado Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (REFORSUS -empréstimo n. 4047/BR), preparando os hospitais para o modelo das organizações sociais. Com dois objetivos, o programa investiu na recuperação da rede física dos hospitais públicos e privados que prestam serviços ao SUS, comprando equipamentos médico-hospitalares e unidades móveis e realizando obras de reforma, ampliação e conclusão de estabelecimentos de saúde e, também, em projetos para a adequação da gestão do sistema de saúde nacional aos padrões gerenciais. Jandira Feghali faz menção aos interesses do Banco Mundial no direcionamento das políticas de saúde neste período e ao processo de privatização na área através da proposição do modelo de Organização Social (OS):

Do ponto de vista das políticas de governo, quando muda a concepção de Estado – sob a ótica de mercado –, o próprio Banco Mundial, que nunca tinha feito texto sobre políticas sociais, passou a fazer. No texto mais marcante deles, de 1993, “Investindo em Saúde”, ali se formula todo um projeto de focalização na saúde. Passa-se a ter os organismos financeiros financiadores tratando da temática de políticas sociais. (...) quando veio o Fernando Henrique e entraram seus ministros, aí a coisa veio de forma mais competente. (...)No período Fernando Henrique privatizaram-se vários serviços, cresceram as OS... a Bahia é um exemplo dramático disso! Privatizou tudo! (p.291)

O segundo governo FHC deu continuidade ao investimento em infra-estrutura do SUS, conformando-o ao padrão neoliberal, com programas de capacitação continuada e de qualidade e estabelecendo metas e avaliação de resultados (CARDOSO: 1998, p.175). Propôs-se consolidar a descentralização dos serviços e ações e dar prioridade à prevenção, com ênfase no atendimento básico, sobretudo mediante a expansão do Programa Saúde da Família (PSF) – transformando o modelo de assistência do SUS. Também se previu a ampliação da cobertura nas áreas de baixa renda - o que foi chamado de “discriminação positiva” (CARDOSO: 1998, p.159) -, através do investimento nos programas PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e PAISM (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher). De fato, como afirma Lígia Bahia (2006: p.162), a abertura da economia, a integração do país nos circuitos globalizados, o primado da economia sobre a política, do qual derivam as pragmáticas fórmulas de Estado e políticas sociais mínimos, desnatura a própria essência do SUS universal. A focalização acaba por se

tornar assim, nesse período, a política prioritária do Ministério da Saúde, a partir da opção político-econômica pelo ajuste fiscal em detrimento do investimento social, característica do projeto neoliberal da terceira via.<sup>26</sup> Nelson Rodrigues dos Santos afirma, contudo, que o PACS e o PSF vem se configurando como um modelo de atenção do SUS tal como definido pela reforma sanitária em boa parte dos municípios:

Em 1994, 1995, quando o Ministério da Saúde criou, sob recomendação do Banco Mundial, o PSF e o PACS, parecia que estava “inventando a roda”. Nossa discussão de clientela está consensuada direitinho já no começo dos anos 1980! O que aconteceu? Deu um “branco”? Deu um esquecimento e agora reinventa? E já reinventa num outro modelo, compensatório, focalizante? A mesma escala de valores foi criada e assumida para a estruturação de um novo sistema, de uma nova política, não foi criado isso tudo nos anos 1980 só como compensatório! Quando se cria o PACS-PSF, se criou um compensatório, que na prática não é total por causa de uma reação de um dos atores institucionais e sociais que são os municípios. A maior parte dos municípios reagiu violentamente a ser só correia de transmissão de compensatórios e está tentando fazer do PACS-PSF um elemento estruturante de todo o modelo de atenção. Mas não é só reação... (p.385)

Em um outro trecho de sua entrevista, Nelson Rodrigues dos Santos explica melhor a proposta de atenção básica definida na Constituição de 1988 e o que veio a tornar o PACS-PSF políticas focalizantes, à luz do desmembramento dos princípios do SUS:

Nos anos 1980, com todos os embates passando pela Assembléia Nacional Constituinte, a discussão de clientela, o acolhimento ao perfil generalista, a alta resolutividade da atenção básica, era um compromisso assumido para ser viabilizado pela totalidade das equipes dentro da rede de unidades básicas de saúde. O trabalho dentro da unidade básica foi pensado dentro do compromisso com o número de famílias. A amarração foi a rede de unidades básicas passar a ser a própria atenção básica resolutiva. Jamais essa rede sucateada aos poucos, e paralelamente ao esfacelamento da rede, “descolar” um PACS-PSF para manter uma cobertura, manter uma universalidade, uma inclusão que efetivamente mantém, mas que pára por ali mesmo. Sem equidade e sem integralidade, só com universalidade e com municipalização. O próprio desmantelamento dos princípios e diretrizes foi uma estratégia muito inteligente, e todos nós entramos ingênuos, não enxergamos essa estratégia. Depende da integralidade, a universalidade, a igualdade, a descentralização, resolutividade e a participação – os seis cânones dos Princípios e Diretrizes, de repente a força econômica puxando o tapete do financiamento, agiu coerentemente: “Temos dinheiro para universalização e para a municipalização. Para o resto não temos. Vocês vão me incluir?” – o chavão da inclusão era muito atraente, incluiu mesmo, só que para os serviços de baixíssimo custo dentro dos orçamentos que foram dados. (p.386)

---

<sup>26</sup> Heimann e Mendonça apresentam um pequeno histórico do desenvolvimento do PACS desde 1991 em diversas regiões do Brasil, num esforço de gestores de diferentes níveis de governo de implementar um modelo de atenção alternativo ao individualizante, centrado na doença, que dissociava prevenção e cura. Demonstaram, ainda, que a proposta original do PSF também tinha por base uma concepção ampliada de saúde e recuperava as propostas do modelo de atenção da reforma sanitária. Para saber mais sobre a fusão dos dois programas, bem como de sua expansão entre 1998 e 2002, ver: HEIMANN e MENDONÇA: 2005.

Um outro momento de ataque direto ao SUS neste período se deu quando o Banco Mundial recomendou ao Ministério da Saúde que autorizasse a abertura de um plano privado de baixo custo a partir do diagnóstico das tensões provocadas pelas filas para a atenção básica reprimida nas capitais e grandes centros urbanos brasileiros. O então ministro José Serra enviou à presidência da república tal proposta, que chegou a ser assinada como medida provisória, mas o Conselho Nacional de Saúde conseguiu mobilizar parte da sociedade civil em um Simpósio Nacional no Senado e impedir sua aprovação. Nelson Rodrigues dos Santos, coordenador geral do Conselho Nacional de Saúde à época, conta que:

O Simpósio convocou o Serra e ele não foi. Mas, em plena execução - com 600 pessoas no auditório do Senado -, a pressão sobre o Serra foi muito grande por parte dos senadores. Aí o Serra foi no Simpósio, e fez um discurso em defesa desse plano para a classe média baixa urbana. A pauleira foi total em cima dele, dos profissionais da saúde e dos usuários. Por maioria esmagadora rejeitaram e fizeram um pedido em coro para retirar a medida provisória. O Serra falou uma frase antológica que diz quem ele é - um economista do mal: "Está bom! Vocês querem que retire a medida provisória, nós a retiramos. Então tome SUS!" A visão de economista do mal dele é que o SUS vai ser o castigo para quem não quis entrar no plano privado. "Então tome SUS!" Essa frase está gravada. (p.393)

Nota-se que o SUS atualmente não é combatido no Congresso Nacional, ao contrário, a frente parlamentar da saúde, independentemente da sigla partidária e do grupo de interesses dos quase trezentos deputados e senadores que a compõem, defende unanimemente a regulamentação da emenda constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, criada para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, numa tentativa de recuperação dos recursos perdidos do orçamento da seguridade social no início da década de 1990. Nesta perspectiva, Jandira Feghali explica como a manutenção do SUS precarizado vem fortalecendo o modelo neoliberal de saúde:

Eu percebo hoje que todo o setor complementar nunca quis a eliminação do SUS - ele queria sua fragilização. Porque eles não querem pegar determinadas políticas que para eles não são lucrativas. Eles não querem tratar de vacina, de atenção primária. Isso é trabalho público. Eles querem é ganhar dinheiro, o filé mignon, que vai desde o atendimento clínico básico e o atendimento até a média complexidade, porque a alta eles também não querem! A alta também é com o SUS: o transplante, a cirurgia cardíaca, isso não é problema do setor privado. (...) Federação Brasileira de Hospitais, que antes era o anti-SUS, hoje luta pela regulamentação da emenda 29 conosco; toda a área de Santas Casas, toda a área de filantrópicas... porque se não tiver dinheiro no SUS, eles também não têm - para pagar a tabela, para pagar o procedimento... Nesse processo, por mais contraditório que pareça, deixaram de lutar pela destruição do SUS, passaram a trabalhar por uma fragilização, pelo seu enfraquecimento, mas não

sua eliminação, porque não é interessante do ponto de vista do mercado a eliminação, e passaram a lutar, em alguns aspectos, juntos. (p.292)

Maria Luíza Jaeger confirma essa perspectiva, afirmando que “um grande setor da iniciativa privada entendeu que sem o Sistema não vive”, e que o SUS acabou salvando a existência de um conjunto de serviços de saúde no país organizados desde a criação do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS), em 1993, a partir da construção de “hospitais a revelia pelo país”, e da criação de “uma imensa rede que, para sustentar, se não tivesse essa relação com o setor público, não teria sustentação” (p.343).

A conformação do setor privado à lógica do SUS havia sido uma conquista das forças progressistas no processo Constituinte. Segundo a lei, o setor privado contratado ou conveniado pelo sistema público deve oferecer serviços como se público fosse, submetendo-se ao planejamento de oferta de serviços estabelecido pelo Ministério da Saúde. No decorrer dos anos 1990, contudo, o sistema público - custeando a reorganização do setor privado de saúde, altamente lucrativo, no atendimento às demandas de baixa e média complexidade das classes médias urbanas - passaria a se concentrar no atendimento em massa da população tanto em suas demandas de atenção primária como nas de alta complexidade.

Nesse sentido, Lima (2006) destaca que, ao mesmo tempo em que amplia a atenção básica, o SUS financia a atenção hospitalar de alta e média complexidade sob a forma de procedimentos produzidos, abrindo espaço para a mercantilização desta atenção. Enfim, o que se definiu, aprovou e garantiu legalmente como Sistema Único de Saúde no final dos anos 1980, vem sendo desmontado pelo conjunto de políticas neoliberais na área da saúde no Brasil a partir da década seguinte.

## **II.2) A reconfiguração dos sujeitos políticos coletivos na área da saúde nos anos 1990**

Relacionada à reforma da aparelhagem estatal implementada no Brasil a partir de 1990, uma mudança significativa é operada na socialização da participação política neste mesmo período. Se nos anos de 1980 tanto os trabalhadores quanto os

empresários ampliaram sua participação nas decisões políticas nacionais fazendo-se representar como sujeitos políticos coletivos, tecendo uma complexa rede de organizações coletivas - com consciência ético-política e papel determinante na formação dos equilíbrios de poder para além dos aparelhos burocráticos e autoritários do Estado em sentido restrito -, os anos de 1990 serão de enfraquecimento da consciência coletiva dos organismos defensores do projeto democrático-popular, que irão se ater cada vez mais à defesa de seus interesses econômico-corporativos.

Mas o que teria levado esses sujeitos políticos coletivos a se distanciar da perspectiva que vinham seguindo até então?

Nas mãos do movimento sanitário, a bandeira da participação se articulava à transferência de poder político para os novos entes federados descentralizados e à diminuição das profundas desigualdades sociais na população e nas regiões do país. No contexto neoliberal da terceira via, o movimento sanitário vai aos poucos se desmobilizando, e uma das explicações para esse fato é atribuída por Arlindo Fábio Gómez de Souza ao fato do Partido Sanitário ter se diluído no contexto de recomposição dos partidos políticos no país:

Na medida em que os partidos começaram a se consolidar, o Partido Sanitário começou a esvaziar, perdeu o seu sentido. Começa-se a ter tendências bem diferenciadas.(...) O Partido Sanitário deixa de ter sua função, as perspectivas particulares das tônicas de cada ideologia, de cada um dos partidos, foi também distanciando, apartando e criando particularidades em cada um dos partidos. (p.276)

A redução da participação à defesa de interesses corporativos imediatos não pode ser entendida senão a partir da difusão do projeto neoliberal de sociabilidade. Como afirma Bahia, não se deve encarar esse processo “como resultante de um desvio moral”, mas como “conseqüência da fragmentação da organização dos trabalhadores e demais instituições da sociedade civil” (2006b, p.3). Jandira Feghali, analisando o papel dos movimentos sociais na área da saúde, arrisca algumas possibilidades para o arrefecimento da luta social nos anos 1990:

a gente resiste pelas estruturas que temos, mas a luta social na rua, a luta ampla, nem sindical aparece, está completamente anestesiada ainda... eu reputo isso a alguns aspectos: o primeiro é que parte da esquerda que está no comando dessas entidades ficou muito confusa no período, perdeu o alvo. Alguns se encantaram pelo projeto neoliberal dentro da esquerda, começaram a achar que não tinha outro caminho, que era por aí, confundiram. Então, parte da esquerda deixou de resistir. Tanto que parte [estava] dentro do governo Fernando Henrique! O segundo aspecto é que a classe média foi afugentada do SUS, e quando uma política de saúde perde a

classe média, ela perde um certo poder de barganha. A ausência da classe média como usuária permanente do SUS em todos os seus aspectos enfraqueceu a luta política pelo SUS. Em terceiro lugar, a própria dinâmica que a sociedade está vivendo, de muita dificuldade, de luta pela sobrevivência, de perda de emprego, de informalidade, tira das pessoas a capacidade de organização, tira muito! O movimento associativo, por exemplo, foi completamente cooptado, em boa parte cooptado. Aquele movimento comunitário da saúde sumiu! (p.291)

**Arlindo Fábio Gómez de Souza também tece considerações sobre o processo de cooptação de intelectuais do movimento sanitário, a partir do dismantelamento da utopia socialista e da instituição do pragmatismo como visão de mundo dominante:**

Quando estávamos no meio daquelas formulações de SUS, gratuidade, universalidade, integralidade, a base social, econômica e política que tínhamos naquele momento não suportava o que estava ali proposto. Mas isso era a nossa utopia! A utopia na qual a gente ia andar. Na medida em que o governo Fernando Henrique foi se fortalecendo, reeleição, etc, também se colocava uma questão pragmática para alguns – não estou justificando, não fui para esse lado, critiquei e continuo a criticar, mas até entenderia do ponto de vista pragmático: “O que faço? Continuo a lutar por universalidade, gratuidade, etc, onde não vejo condições nem tendências – idéias de um mundo socialista que acaba de despencar, desmoronar, um muro que ruiu -, onde eu me apoio para concretizar, onde estão as bases na sociedade brasileira que dão suporte para essa perspectiva? Onde estão as condições econômicas, de financiamento, para a gratuidade, universalidade e integralidade?” Diria este grupo: “O que nós vamos pensar? No que é possível dentro das condições atuais e dentro das tendências chamadas internacionais das novas políticas públicas!” É o Estado mínimo, é a Margareth Thatcher na Inglaterra, destruindo o sistema nacional de saúde inglês, que foi algo absolutamente exemplar para o mundo inteiro, partindo exatamente para essa questão... Isso é muito forte! E para alguns o pragmatismo, a busca de uma resposta levou a um recuo em relação ao próprio conceitual. Outros continuaram mais acirrados aos princípios, mas cada vez mais falando sobre a necessidade de uma revisão. (p.278)

**Nesse sentido, apenas a título de exemplo, a transmutação da CUT – um dos sujeitos políticos coletivos que se destacaram em defesa do projeto democrático-popular nos anos 1980 -, é enfatizada por Nelson Rodrigues dos Santos:**

Essas mesmas entidades, ano a ano, em 1990 – não foi de repente – foram transmutando o seu ideário para o do mercado e do corporativismo. Quem é a maior pleiteadora dos planos privados para a saúde a seus filiados hoje senão a CUT? CUT que sentou conosco na Comissão Nacional da Reforma Sanitária! (...) A CUT há muito tempo não briga mais por sistema público universal gratuito, para todos, incluindo os trabalhadores com carteira. A tal ponto que os servidores públicos que são sindicalizados na CUT - qual é a plataforma dela para a saúde dos servidores? Vocês sabem? É um plano de saúde financiado bilateralmente: por desconto na folha de pagamento do servidor, como são os planos-empresa, mas a outra contrapartida é dinheiro público. Os municípios, estados e a União entrando com contrapartida para financiar um plano com clientela fechada. (...) Este é o pleito! Não é SUS, é para quebrar o SUS! (p.388)

**Sebastião Lopes Neto, envolvido com o tema da formação profissional de trabalhadores na CUT ao longo dos anos 1980 e 1990, afirma que neste período este**

organismo, ao se institucionalizar, perdeu a característica de movimento social, ou seja, abandonou a possibilidade de articular a disputa do projeto de sociedade democrático-popular, aderindo ao projeto neoliberal. Ao mesmo tempo, explica que este processo foi influenciado pela entrada de novos dirigentes sindicais na CUT, formados num espírito diferente daquele dos anos 1980:

Uma frase repetida essa época que é famosa é “o público não-estatal”. O que me encheram o saco com essa história, que é uma teoria mal-feita... mas virou dominante na CUT. (...) E o fim da noção de ética, Collor, perder para o Fernando Henrique... muita gente achou: “Agora é o deserto!” Mas também vocês têm que registrar que boa parte desses dirigentes não estiveram no período da ditadura. Muda muito! Não que quem participou da ditadura fosse melhor... mas tinha outra acumulação. É gente que está chegando e achava que a vida é isso. Imagina um dirigente sindical eleito com 24 anos, 26 anos, em 1990 e qualquer coisa, o que ele pode ter acumulado anteriormente? Talvez pouca coisa. E é uma onda de crescimento exponencial da CUT! Era fácil ganhar sindicato. (...) Mas tem também o predomínio de uma concepção muito – nos anos 1970 se usava “adesista”, a gente descobriu essa palavra – seria uma espécie de concepção adesista: “Nós somos mais espertos que eles, nós pegamos o dinheiro deles e f... com eles!” Achar que a burguesia é tonta... ela não é tonta, sabe o que faz! Foi, efetivamente, um processo de cooptação muito forte... (p.228)

A atuação do Conselho Nacional de Saúde nos anos 1990 é emblemática no que se refere à reconfiguração dos sujeitos políticos coletivos que trabalharam pela implementação do SUS nos anos 1980. Composto por diferentes aparelhos privados de hegemonia, este fórum de disputa de projetos societários manteve apenas esporadicamente seu papel deliberativo quanto à implantação de políticas neoliberais no campo da saúde ao longo dos anos 1990 - ainda que lhes fazendo resistência. Isso só foi possível porque os representantes das proposições da Reforma Sanitária continuariam assumindo postos estratégicos no CNS, no CONASS, CONASEMS, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Nesse sentido, Nelson Rodrigues dos Santos, que militou pela criação do SUS nos anos 1980 como representante do movimento municipalista e foi coordenador geral do Conselho Nacional de Saúde entre 1996 e 2002, nos conta sobre a composição e atuação do CNS nos anos 1990:

O corporativismo profissional também está a toda hoje. Porque os valores da sociedade estão inculcados pelo projeto neoliberal faz 15 anos! Não é brincadeira! É o salve-se quem puder, é a selva, é nicho de mercado. (...) Dentro dos conselhos, os segmentos se comportam assim: “vou salvar o meu! Se der para ajudar a salvar o dos outros, eu até ajudo, mas estou aqui para salvar o meu!” (...) Esse fenômeno da fragmentação dos Conselhos de Saúde numa soma de interesses corporativos, se der para essa soma totalizar os interesses da sociedade de cidadania, tanto melhor. Se não der, às favas os interesses de cidadania. (p.389)

A fragmentação da consciência coletiva dos trabalhadores é especialmente oportuna no contexto atual de ajuste do capital frente às inovações produtivas e à exploração do trabalho, como constata o sociólogo polonês Zygmunt Bauman:

A incerteza do presente é uma poderosa força individualizadora. Ela divide em vez de unir, e como não há maneira de dizer quem acordará no próximo dia em qual divisão, a idéia de 'interesse comum' fica cada vez mais nebulosa e perde todo valor prático. Os medos, ansiedades e angústias contemporâneos são feitos para serem sofridos em solidão. Não se somam, não se acumulam numa 'causa comum', não têm endereço específico, e muito menos óbvio. Isso priva as posições de solidariedade de seu status antigo de táticas racionais e sugere uma estratégia de vida muito diferente da que levou ao estabelecimento das organizações militantes da classe trabalhadora. (BAUMAN, 2001, p.170)

A participação adequada aos pressupostos do neoliberalismo da terceira via deve estar atrelada ao controle da execução das políticas pré-estabelecidas no núcleo central da burocracia estatal. Assim, mesmo tendo papel de formulação de políticas e estratégias, os conselhos de saúde tiveram seu papel limitado à fiscalização. Nelson Rodrigues dos Santos reforça essa análise quando afirma que:

...a sociedade organizada nos anos 1980, quando conquistou a lei orgânica da saúde, qual foi a conquista para os conselhos? Que eles atuem, em primeiro lugar, na formulação de estratégias, e em segundo lugar, no controle da execução das políticas. No controle da execução das políticas eles foram crescendo e atuam bastante, são fiscais. O perfil, a cultura da fiscalização, foi assumida, foi desenvolvida. Eles acompanham os orçamentos, decompõem a execução orçamentária dos projetos etc. Agora, pergunta se eles estão atuando na formulação de estratégias? O Conselho Nacional de Saúde tem possibilidade de atuar na formulação de estratégias federais? Ele pôde discutir se era para implementar só a universalidade e a municipalização ou implementar o conjunto todo de princípios e diretrizes da lei, a igualdade, a integralidade e a regionalização? (p.390)

Nas sociedades capitalistas contemporâneas, essa participação restrita é essencial para a produção de um sentimento de "unidade" entre seus membros, atenuando as tensões sociais que tendem a aumentar com o desnível entre as condições de vida da classe dominante e dirigente e as classes subalternas. As reflexões de Anthony Giddens<sup>27</sup> em favor da reforma da social-democracia europeia em *Para além da esquerda e da direita*, fundamentam-se justamente no estímulo à abertura de canais de comunicação e diálogo na esfera pública, de modo a desenvolver nessas sociedades um senso de confiança quanto à capacidade de negociação para solução dos conflitos existentes.

---

<sup>27</sup> Autor já apresentado neste estudo como principal formulador dos princípios adotados pela social-democracia reformada no Brasil dos anos 1990.

Ao mesmo tempo em que os organismos que compunham o movimento democrático-popular tiveram seu grau de consciência política coletiva reduzido ao longo dos anos 1990, os organismos difusores dos pressupostos do neoliberalismo da terceira via foram se qualificando para se tornar protagonistas no processo de consolidação de sua visão de mundo. No que tange à educação profissional em saúde, o SENAC assume, no início da década, protagonismo entre os sujeitos políticos coletivos representantes do empresariado na saúde, e em fins de 1990 desponta como formulador dos Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional Técnica em Saúde (MEC, 2000). Francisco Aparecido Cordão, responsável pela reestruturação dos cursos técnicos do SENAC-São Paulo e representante da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e da Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde (FENAESS) na II Conferência de Recursos Humanos em Saúde (1993), relata que estas entidades patronais não desenvolviam particularmente nenhuma discussão sobre formação profissional à época, e que embora ele as estivesse representando, entrou em choque com os donos de hospitais por estes não acatarem as propostas do SENAC de adaptação ante a implantação do SUS no Brasil:

Nós é que fizemos as primeiras reuniões tanto com os sindicatos dos trabalhadores, quanto com os sindicatos patronais para dizer para onde vai o hospital. Nós tivemos uma reunião extremamente crítica em São Paulo com os donos de hospitais, porque num determinado momento – hoje acho que fiz besteira, mas na época achava que não – resolvemos fazer uma análise crítica dos campos de estágio para os donos dos hospitais. (...) alguns eram muito ruins! Os alunos desaprendiam. Eu resolvi dizer para o dono do hospital: “Aqui o nosso aluno desaprende!” (...)Eu achava que estava ajudando. Santa ingenuidade! Achava que era bom o dono do hospital saber que o hospital dele era uma droga! Só que o hospital dele era uma droga e ele queria que continuasse uma droga, porque ele estava ganhando dinheiro, não estava nem aí com a saúde e com a qualificação do seu hospital. Eu achava que ia ajudá-lo, mostrar a ele as falhas do seu hospital, de qualificação de recursos humanos. E apontava: “O SENAC pode ajudar você a melhorar o seu hospital. Você pode...” Mas eles respondiam: “Mas aí eles vão querer ganhar mais! Você não entende nada, quem entende do negócio sou eu.” Então, eu tomei uma atitude radical – falei: “Está bom! O SENAC não vai mais estagiar nesses hospitais. Vamos estagiar nos hospitais que mantêm um mínimo de qualidade na prestação de serviços.” E tiramos os estagiários de lá. Claro que ficaram muito furiosos. Mas o que mais valeu naquela época foi a articulação com os sindicatos, tanto de trabalhadores quanto de empregadores, porque vários foram tomando consciência da seriedade do problema, de que algo precisava ser feito. Começou a discussão do SUS, e eles tinham que se integrar à discussão do Sistema Único, tinham que se preparar para isso. (p.188)

A fala de Cordão permite antever o papel do SENAC no redirecionamento da organização dos serviços e da formação dos trabalhadores dos hospitais privados

tendo em vista a “preparação” do setor para sua “integração nessa discussão”, a partir da garantia de “um mínimo de qualidade na prestação de serviços”. As formulações do SENAC sobre a preparação profissional para a área da saúde à época, segundo o entrevistado, inscrevem-se no arcabouço teórico criado pela OIT a respeito da reestruturação produtiva:

Já tem uma crise internacional se instalando, os organismos internacionais já tomam consciência de que não é possível o pleno emprego – não teremos uma sociedade de pleno emprego -, há mudanças aí, então o objetivo da educação profissional não é preparação para posto de trabalho, mas é “preparação para ingressar no mundo do trabalho, e ter condições de progredir no mundo do trabalho, e de modificá-lo”. (p.178)

Essa concepção se adequou ao novo padrão de sociabilidade que se instalou mais fortemente nos países latino-americanos nos anos de 1990, demandante de uma educação renovada, capaz de conformar o “novo trabalhador” de acordo com os pressupostos técnicos, psicológicos, emocionais, morais e ético-políticos da “flexibilização” do trabalho, e de acordo com um modelo de cidadania que – ao contrário das proposições do movimento sanitário quanto à formação dos novos profissionais para dar conta do modelo ampliado de saúde - não interferisse nas relações fundamentais do capitalismo. Essa educação vem sendo propagada por diferentes meios, mas a escola continua sendo espaço privilegiado requerido pelo grande capital para a conformação técnica e ético-política do “novo trabalhador”, de acordo com seus princípios.<sup>28</sup>

Refletindo sobre as mudanças qualitativas no processo de conformação técnica e ético-política do conjunto da população nos países capitalistas contemporâneos, Neves elabora, à luz do conceito gramsciano de intelectual urbano, a seguinte reflexão:

De sua nova formação [do novo intelectual urbano] são requeridos pela burguesia mundial dois ingredientes indispensáveis: o incremento da sua **capacitação técnica**, com vistas a aumentar a produtividade e a competitividade do capitalismo em crise, e uma nova **capacitação dirigente**, objetivando a instauração de uma nova cultura cívica baseada na conciliação de classes, visando a “humanizar” as relações de exploração e de dominação burguesas, aprofundadas pela precarização das relações de trabalho e pelo fortalecimento e consolidação do receituário e das práticas neoliberais em nível mundial. (NEVES, 2006, p.91, grifos nossos)

---

<sup>28</sup> Daí as enormes preocupações dos organismos multilaterais com o processo de escolarização nos países do chamado terceiro mundo, a ponto de desempenharem, ao longo das últimas duas décadas, papéis cada vez mais estratégicos na definição das políticas educacionais destes países. Sobre esse tema, ver o capítulo 3 da tese de Adriana Almeida Sales de Melo (MELO, 2003).

À escola, portanto, é transmitida a tarefa, pelos organismos ligados ao capital financeiro e pelo bloco no poder local, de ensinar as futuras gerações a pensar de modo pragmático diante dos embates políticos em jogo no mundo capitalista. Como afirma Lima, em relação à educação profissional técnica em saúde, a “concepção abrangente que aliava formação e participação para a construção coletiva do sistema dá lugar a uma concepção restrita ao local de trabalho, de cunho individualista” (2006, p.9). Neste sentido, a ideologia pragmática vem embasando a proposta de formação do novo trabalhador em saúde. Esta “ideologia da não ideologia”<sup>29</sup> espelha a proposta de desenvolvimento de uma cidadania despolitizada e de uma educação estritamente voltada à preparação para operacionalização, difusão e adaptação de ciência e tecnologia. A educação voltada à produção científica e tecnológica, bem como à ampliação da consciência individual dos trabalhadores e futuros profissionais da saúde, é pouco estimulada nas escolas profissionais de nível médio e vem sendo solapada pelos processos de privatização e empresariamento do ensino superior.

### II.3) O modelo de competência e a reconfiguração do modelo de gestão das ETSUS

De acordo com os estudos de Ramos, a noção de *competência* na educação escolar brasileira aparece pela primeira vez em 1996 com a nova LDB e passa a se constituir em um dos três pilares do novo ensino médio. Os outros dois seriam o *desenvolvimento pessoal* e a *qualificação ou habilitação para o exercício de uma atividade profissional* (2001). A autora discute as especificidades desta nova proposta comparando-a com a educação hegemônica no período fordista. Nos dias atuais, o novo homem a trabalhar e (con)viver, de acordo com o projeto educacional capitalista para o Brasil do século XXI, deve ser formado psicologicamente e sócio-afetivamente de acordo com as seguintes competências:

saber agir e reagir com pertinência; saber combinar os recursos e mobilizá-los num contexto; saber transferir, saber aprender e a aprender a aprender; saber se engajar. *Portanto, são as capacidades de ordem psicológica, muito mais que as de ordem técnica, aquelas intensamente solicitadas.* (2001, p.249-250, grifo nosso.)

---

<sup>29</sup> Terminologia utilizada pelo crítico literário marxista Terry Eagleton para designar o pragmatismo nas teorias sociológicas desde o pós-2ª Guerra. In. EAGLETON, 1997.

O enfoque das competências nos processos educacionais na atualidade é proposto no sentido de garantir a adaptação dos novos trabalhadores às instáveis condições sociais e profissionais que marcam o chamado “capitalismo flexível”<sup>30</sup>. Este momento certamente não se caracteriza pela distensão ou mudança qualitativa nas relações fundamentais de exploração e propriedade. Ao contrário, o novo estágio de desenvolvimento do capitalismo tem se traduzido em “uma certa flexibilização” das relações trabalhistas que resultam em ainda maior concentração de renda entre os detentores do capital financeiro e empobrecimento da classe trabalhadora nos países ocidentais, em especial nos países do chamado terceiro mundo. A automação flexível ganha espaço sobre a linha de montagem fordista, mesmo que formas arcaicas de trabalho ainda convivam em grande parte das empresas, especialmente nos países capitalistas periféricos. Contudo, o perfil profissional exigido para as funções que surgem com esta última inovação produtiva – que propõe o fim dos cargos de supervisão e do modelo hierárquico formal -, vem ganhando novos contornos: um trabalhador polivalente ou capaz de “aumentar sua produtividade através do desempenho de várias funções em um campo de trabalho” (Ciavatta, 2005), com aptidão para lidar com imprevistos e acompanhar as inovações freqüentes que perpassam seu contexto profissional, que saiba atuar em equipe, que esteja preparado para assumir atividades sem tempo e contrato de trabalho rígidos, enfim, um “trabalhador flexível”.

Esse modelo, que defende uma educação abrangente, geral, abstrata e capaz de desenvolver capacidades sócio-comunicativas, se adequa ao contexto de desemprego estrutural contemporâneo e de precarização das relações de trabalho nos países periféricos, em que o desemprego passa a ser compreendido como um tempo liberado, um período de lazer no qual o trabalhador pode enriquecer sua vida cultural e voltar-se à organização da sociedade civil, bem como lançar-se a novos projetos (PAIVA, 1990, p.112). Esta perspectiva advoga por uma flexibilização que impõe ao trabalhador aceitar as regras do jogo capitalista - desta vez o desemprego estrutural e o trabalho temporário, o risco constante do desemprego e a corrida por

---

<sup>30</sup> A acumulação flexível, em confronto direto com a rigidez do fordismo, teria por base a flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e dos padrões de consumo, caracterizando-se pelo surgimento de setores totalmente novos, bem como novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional. (David Harvey, 1996, p. 140, Apud. Ramos, 2006, p.2)

requalificação, sem garantia de que esta resultará em maiores chances de contratação, afastando a possibilidade de questionamento das relações sociais vigentes.

O escritor norte-americano Richard Sennett, na obra *A corrosão do caráter: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo* (2003), analisa as novas relações de trabalho do início do século XXI, pautadas na flexibilidade da produção, e o quanto essas novas relações afetam os valores pessoais e o modo de vida dos trabalhadores na contemporaneidade. Marcada pelas exigências cada vez mais rígidas quanto ao trabalho qualificado e pela crescente indiferença do trabalho pouco qualificado frente ao desenvolvimento tecnológico e aos baixos salários, essa “flexibilização” submete o trabalhador ao risco constante e ao curto prazo estipulados nas relações profissionais, gerando o que o autor chama de “sentimento de deriva” frente à vida.

Segundo Sennett, o trabalho em equipe (“superação” da hierarquia de trabalho funcional ao modelo fordista) evoca um jogo em que a competição interna ou antagonismo entre trabalhadores e chefes se pretende abolida, forjando uma “cultura de cooperação” através de “símbolos igualitários”. Neste “grupo de pessoas reunidas mais para executar uma tarefa específica imediata que para permanecer juntas”, cada trabalhador possui aptidões portáteis e, embora o poder do líder da equipe seja reconhecido, não é possível cobrar que este resolva problemas relacionados à elevada carga horária ou aos baixos salários. O autor conclui que “esse jogo de poder sem autoridade na verdade gera um novo tipo de caráter. Em lugar do homem motivado, surge o homem irônico” – que não se sente estimulado a contestar o poder e a quem ninguém reconhece o valor.<sup>31</sup>

Ante os parâmetros para formação deste “novo trabalhador”, Ramos afirma que

diluem-se todas as expectativas de se olhar o mundo por outro viés, de se contestar o que parece instituído e único, de se efetivar a organização coletiva que transcenda aos ideais personalistas, subjetivistas e/ou produtivistas, mas que apontem no sentido da construção de projetos sócio-coletivos emancipadores. (2001, p.135)

Na educação profissional em saúde, o modelo de competência foi incorporado com relativa facilidade, entre outras razões, porque é intrínseco ao processo de

---

<sup>31</sup> A ficção de comunidade no trabalho é interpretada por Sennett como uma estratégia do capital para enviar livremente remessas de lucro para os países de origem das empresas multinacionais, bem como uma forma de resistência destas empresas aos sindicatos trabalhistas. (2003, p.131-138)

trabalho da área a necessidade de lidar com imprevistos e acompanhar as inovações tecnológicas, bem como o trabalho em equipe e a flexibilidade em relação ao horário de trabalho. Essas características foram alvos constantes de preocupação de educadores e planejadores da educação profissional na área, principalmente a partir da década de 1980. No contexto de construção do SUS, essa discussão foi marcada pela emergência do perfil do médico “generalista”, que, longe de ser um simplificador dos conhecimentos especializados, deveria ter uma densidade tecnológica ampliada, e do trabalhador “politécnico”, a ser formado por uma escola capaz de “estender ao ensino médio processos de trabalho reais, possibilitando-se a assimilação não apenas teórica, mas também prática, dos princípios científicos que estão na base da produção moderna” (Ciavatta, 2005). Numa outra perspectiva, para os perfis profissionais de nível médio, a noção de polivalência vinha sendo difundida desde o final dos anos 1970 nos países capitalistas centrais, afinada à proposta de construção de uma mentalidade adaptada à flexibilização, que, de acordo com Paiva (1990), corresponderia às necessidades do setor secundário, mas também do terciário, em expansão desde a década de 1970.<sup>32</sup>

O Projeto Larga Escala materializou um novo método de ensino profissional na área da saúde, através do currículo integrado, que apesar de não assumir os princípios da politecnia, tinha em vista uma concepção de educação ampliada, que propiciasse aos trabalhadores “não apenas compreender seu papel individual como membro da equipe de saúde, mas principalmente atuar coletivamente na gestão do sistema, na sua organização e controle” (LIMA, 2006, p.9). Neste modelo, segundo Sório, “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” (2002, p.53), conforme discutido anteriormente.

Nos anos de 1990, ao mesmo tempo em que as Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) se instituem, a reforma do Estado passa a lhes impor restrições financeiras e propor um novo padrão de gestão afinado ao modelo neoliberal da terceira via. Essa proposição, profundamente influenciada pelo Plano Diretor da Aparentação Estatal

---

<sup>32</sup> “A relação entre educação e mundo do trabalho teria se tornado mais complexa, contraditória. (...) O mercado estaria exigindo mais do sistema educacional – o qual deveria passar por uma ampla reforma curricular no sentido de permitir a flexibilidade, a interdisciplinaridade, a transmissão de uma visão globalizante dos processos tecnológicos, oferecendo à força de trabalho uma capacitação de natureza geral com ênfase sobre a lógica matemática, a cultura informática e a atualização em diferentes áreas.” (PAIVA, 1990, p.107).

(1995), elaborado pelo MARE, se expressou nas sugestões do Projeto Escola em 1997, de que as ETSUS/CEFOP fizessem parcerias público-privadas como forma de obterem autonomia financeira perante a Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde. O debate atingiu âmbito nacional com o PROFAE, a partir de 2000, com a sugestão de transformar essas escolas em Organizações Sociais (OS), mas ainda não se chegou a um consenso a esse respeito.<sup>33</sup> A discussão sobre o modelo de gestão governamental mais adequado às ETSUS foi um dos pontos de pauta da 5ª Reunião Geral da Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS), ocorrida em Maceió em novembro de 2006, debatida na mesa *Modelos de Gestão e concepções de Estado: qual o melhor caminho para as ETSUS?*, composta por Luiz Alberto Santos, subchefe de Análise e Acompanhamento de Políticas Governamentais da Casa Civil, e Valéria Salgado, do Ministério do Planejamento. Uma das possibilidades ali apontadas é transformá-las em fundações públicas de direito privado. Entretanto, o maior problema tem sido vincular à proposta de autonomia financeira a garantia de repasse das verbas federais, estaduais e municipais e a manutenção do caráter público e estatal das ETSUS. Portanto, essa discussão está em aberto e, conforme veremos no item a seguir, pode ser guiada pelos interesses privados na área ou pelo interesse público, estatal e estratégico.

Além disso, o conteúdo curricular dessas escolas foi fortemente influenciado pelo projeto de formação do “novo trabalhador” adequado a este modelo, através das diretrizes estabelecidas pelos Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico em Saúde (MEC, 2000) e pela implementação do modelo de competências pelo Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores na Área de Enfermagem do Ministério da Saúde (PROFAE/MS). As resistências ao neoliberalismo no campo da educação profissional em saúde também se fazem notar neste período, e se materializam na criação da RET-SUS e no trabalho realizado pelas ETSUS - com destaque para a atuação da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio no debate sobre a politécnica e a ampliação da consciência individual dos educandos com vistas a “propiciar aos alunos o domínio dos fundamentos das técnicas diversificadas utilizadas na produção, e não o mero adestramento em

---

<sup>33</sup> Para um maior aprofundamento dessa discussão, ver Lima, 2000 (mimeo).

técnicas produtivas” (Ramos, 2006), contribuindo para a produção do conhecimento na área e, assim, para o fortalecimento do setor público.

#### **II.4) O PROFAE e o fortalecimento das ETSUS para formação do “novo trabalhador” segundo o modelo de competência**

A maioria das ETSUS começa a se estruturar nos anos 1980 por força do Projeto Larga Escala, vinculadas às Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde. Algumas surgem no seio das Escolas de Saúde Pública e a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), em especial, vincula-se diretamente ao Ministério da Saúde. O preceito constitucional de que “cabe ao SUS ordenar a formação dos seus recursos humanos” as subordina diretamente às políticas de saúde e não às políticas de educação.

Antecedendo esta definição, a EPSJV foi criada na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em 1985, iniciando

o primeiro projeto de formação de trabalhadores em saúde centrado no conceito de politecnicidade, tendo o trabalho como princípio educativo. Esse projeto foi o Curso Técnico de Segundo Grau, que se diferenciava tanto do Larga Escala, quanto dos cursos técnicos existentes sob as determinações da Lei n. 5.692/71, pelas quais a formação específica devia predominar em relação à formação geral. Ele visava à formação de jovens futuros trabalhadores em saúde na etapa regular de ensino (à época, o 2º grau), conferindo habilitação técnica de nível médio, com currículos que se compunham, em igual proporção, de formação geral e específica. Definia-se esse projeto como uma “utopia em construção” por pretender materializar a concepção da escola unitária e politécnica, promotora da formação omnilateral. (RAMOS, 2006)

Em meados dos anos 1990, a EPSJV/Fiocruz é convidada pelo Ministério da Saúde a desenvolver um projeto para o fortalecimento das ETSUS/CEFOP. Responsável pelo fomento de dez ETSUS, a escola organizou o “Projeto Escola”. Segundo Rita Sório, sua coordenadora, foi realizado um *workshop* com diretores das 10 escolas participantes do projeto, no qual levantou-se os principais problemas no campo institucional e as expectativas de cooperação. A entrevistada comenta que neste período não havia recursos para a formação técnica e para o apoio às ETSUS (p.22) e que a reforma do Estado balizou a reorganização dessas escolas:

a discussão que a gente fez de modernização dentro do Projeto Escola e das escolas técnicas, conceitualmente era balizada pela reforma do Estado. Eu não via como aquelas escolas sobreviverem se elas não criassem uma possibilidade maior de

autonomia. (...)Eu queria que elas fossem unidades orçamentárias, que elas detivessem capacidade de reter seu recurso e até de criar fontes de renda, o que era mais próximo do modelo (...).” (p.107)

O projeto tinha três grandes eixos: *modernização* (com suporte de equipamentos e sistema de informática); *capacitação de gestor* (para exigir recursos e saber utilizá-lo); e *capacitação docente e desenho de currículo* para as áreas estratégicas da escola. Rita conta que o Projeto Escola sugeriu que as ETSUS se valessem de parcerias públicas e também privadas como estratégia de sobrevivência (p.112).

Tânia Celeste, diretora da EPSJV no período de desenvolvimento do Projeto Escola, considera-o matriz do PROFAE. Referindo-se à década de 1990 como “anos dourados”, Tânia entende que houve mais ganhos que perdas para a educação profissional em saúde neste período:

nós estamos em 2006, nós podemos ter um olhar mais compreensivo para a década de 1990. São 15 anos de produção do Collor para cá. Eu já estou com um olhar muito compreensivo. (...) na questão da formação de nível médio, da construção da formação técnica, da educação profissional, eu não acho nada perdida, pelo contrário. Acho que são décadas que se complementam. Nós não falamos aqui da educação à distância, que foi uma incorporação absolutamente importante (...). é óbvio que você não vai formar um auxiliar de enfermagem, um técnico, sem prática, tem coisa que não pode ser feita no computador, são regimes interativos, você precisa ter mesmo a questão do cuidado. Mas isso não significa que você não possa utilizar para outras profissões, ou mesmo para essa em momentos de formação diferentes. (...) a Rede Unida se fortalece, as Diretrizes Curriculares, muitas coisas no âmbito da avaliação e da educação profissional acontece com o PROFAE, que para o Brasil para a América Latina e até para outros países do mundo é absolutamente importante, se constrói como campo, como extrato de saber e prática, como lugar para problematizar boas idéias no campo da educação na saúde, que a gente não tinha. Se estrutura uma prática capaz de ser recriada. Essa generosidade que a gente tem construída na saúde, de respeito pelas diferenças, em alguns momentos bastante turbulenta, pelas estruturas de poder, poucos foram os momentos que a gente teve um encurtamento dessa generosidade no diálogo dos diferentes (p.157)

Tânia levanta também alguns pontos negativos dessa década, como a falta de pessoas formadas no espírito da reforma sanitária nas secretarias estaduais e municipais de muitas regiões. Diz ela que “esses quadros entram, ou entram quadros por apadrinhamento de partido, as Secretarias estão cheias disso! Tanto estaduais como municipais!” (p.158).

Rita também se diz otimista com os encaminhamentos das políticas de educação profissional técnica em saúde. Diz ela que quando começou a trabalhar com as ETSUS teve dificuldade em lidar com aquelas centradas e moldadas apenas para a

enfermagem, mas, que, com o Projeto Escola, estas começaram a se abrir para outros cursos. Afirma que com esse projeto se inaugura um diálogo com o MEC, a partir do qual um grupo de técnicos ligados ao Ministério da Saúde - entre eles José Paranaguá de Santana e ela própria -, é convidado para o processo de elaboração dos Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico em Saúde. Entretanto, as diferenças conceituais, especialmente no que tange ao conceito de competência, teriam levado o MEC a descartar as contribuições deste grupo e solicitar ajuda do SENAC para compor o material:

Tanto é que tem aquela primeira discussão de formação de currículos que a gente é convidado e a gente é desprezado, tudo isso, mas é a partir daí. Inicialmente aquele grupo, que tem professores do Politécnico, tem representantes da OPAS e que eu estou, é um grupo convidado para coordenar e ordenar os currículos da educação profissional em saúde no Brasil. Só que como a gente vai para mil linhas de embate, a gente é posto de lado e o SENAC... é uma opção política que o MEC fez... ele deu ao SENAC para fazer. E aí a gente se retira. (p.100)

Sobre esse processo, Mercilda Bartmann, coordenadora da área de saúde do SENAC-DN, afirma que esta instituição foi convidada a elaborar os Referenciais a partir do modelo que já vinha implementando na sua rede de escolas profissionalizantes. A entrevistada conta que foi aproveitado todo o arcabouço teórico desenvolvido pelo grupo anterior na formulação do documento

O MEC tinha um grupo formado pelo Paranaguá, com uma porção de pessoas - inclusive a Rita [Sório] também estava nesse grupo - e eles que estavam fazendo o que deveria ser os Referenciais. Mas houve um certo desentendimento entre o grupo da saúde e o pessoal do MEC, eles não se entenderam, acharam que não era viável a forma de fazer, enfim, houve um problema... Um desentendimento técnico, mesmo, não de pessoas. Na verdade eram concepções diferentes. (p.68)

eu aproveitei absolutamente tudo o que o primeiro grupo tinha feito em termos de... tanto que a gente cita aqui: "Santana. Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Técnico - área de saúde, documento elaborado mediante consultoria para o Ministério da Educação - SEMTEC - abril de 1999. (p.69)

Mercilda relata que o SENAC abriu a discussão à ABEN e a outros grupos ou sub-áreas e que seu grupo também brigou com o MEC quando este quis impor seu modelo:

O MEC não queria categorias profissionais representadas, mas a ABEN eles aceitaram, então a única categoria que foi realmente representada nessa discussão foi a ABEN para a enfermagem. O que a gente fez: solapou o MEC em muita coisa - no final o MEC quase quis nos jogar pela janela afora também -, foi uma discussão muito complicada com o MEC. (...)Mas a briga grande foi porque o MEC queria nos imputar um modelo que nós não aceitamos. Eles queriam que as matrizes de referência fossem: planejamento, avaliação... umas coisas que não eram as funções da saúde. A gente falou: "Assim não! As funções da saúde são as que a gente colocou

- a reabilitação..." (...)estou falando das funções: prevenção, promoção, diagnóstico, educação para a saúde, proteção e prevenção, recuperação e reabilitação, e gestão. Nós achávamos que essas funções realmente eram funções da saúde... Outra coisa: eles tinham idéia de fazer um técnico para toda a área de saúde - imagina o absurdo! Isso a gente também derrubou. Nós conseguimos convencer o MEC de muitas coisas. (p.69)

Contudo, mesmo com divergências com o MEC, este grupo contou com a parceria do Conselho Nacional de Educação, cujas Diretrizes Curriculares para a Área da Saúde foram definidas pelo então presidente da Câmara de Educação Básica Francisco Aparecido Cordão, representante do SENAC.

Assim, as novas definições propagadas pelo Ministério da Educação nos anos de governo Fernando Henrique Cardoso, foram incorporadas pelas políticas de educação profissional técnica em saúde. Izabel dos Santos afirma que, entre os anos 1980 e 1990, o que surgiu de novo na educação profissional foi o ensino por competência. Atualmente, a entrevistada faz parte da equipe do Ministério da Saúde responsável pela construção da proposta de certificação de competência na área de enfermagem e, mais especificamente, está envolvida com a discussão em torno da avaliação do saber ser, que junto com o saber e o saber fazer, é um dos componentes da avaliação por competência. Segundo Izabel, é um tipo de avaliação que "todo mundo fala mas ninguém sabe realmente o que é, como fazer" (p.37) - o que significa para ela um processo de criação: "A gente fazia avaliação só do saber e do saber fazer. Agora você não pode, você tem que fazer dos três ao mesmo tempo. Então, a gente teve que bolar os tipos de prova, todas elas continham as três coisas para você dizer [se o aluno alcançou a competência]" (p.39).

Para Izabel, a idéia de competência está na base do currículo integrado, isto é, o currículo por competências e o currículo integrado não são contraditórios, pois competência para ela,

é um processo amplo de conhecimentos e habilidades, ou seja, de valores, que o profissional adquire para trabalhar. [...] O trabalhador de saúde tem que [ter competência]. [...] Quando eu digo que você é competente em cuidar, eu estou dizendo que você tem valores, tem conhecimento, tem habilidades que sustentam todo o processo de cuidar. O currículo integrado no fundo é isso também, porque [com ele] a gente começou a fazer a crítica e a ruptura [...] com os procedimentos [de enfermagem], a gente não podia aceitar isso. Então, o currículo integrado nada mais é do que: você constrói o conhecimento e depois aprende a técnica, [ela] está sustentada por um conhecimento (p.40).

Por ser organizado por atividades e não por disciplinas, o currículo integrado se assemelha nesse aspecto à proposta do currículo por competência. Esta é outra razão para que o conceito de competência tenha penetrado tão facilmente no interior do setor saúde e, particularmente, tenha sido aceito com facilidade como forma de organizar a educação profissional em saúde. Nas palavras de Izabel, “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.” (p.41) As disciplinas, para ela, têm limites e territórios estabelecidos, “isso aqui é meu e pronto”. Ao romper com a disciplinaridade, ao contrário, a interdisciplinaridade se torna “natural”, pois as relações dos conhecimentos ficam mais próximas. Não por acaso, a entrevistada diz que, “sem saber já tinha [o] conceito [de competência] na cabeça”, ou que, quando começa a discussão do currículo por competência no processo de reforma educacional, afirma que, “quinze anos antes eu já tinha visto isso”. Entretanto, para ela, tanto o currículo integrado como o currículo por competência são instrumentais, o mais importante é a inclusão social do trabalhador.

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 (re)construir 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 tarefaira, 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 a integralização da competência humana e para o cuidar profissionalizado no SUS:

o desempenho ético, comprometido com a vida, com o outro (o colega, a equipe, o usuário), com o trabalho humanizado que qualifica a referida *competência formal*. A *competência política* está voltada para os fins históricos e revela-se naquelas atitudes que vão além do que um curso centrado estritamente nas técnicas perfeitas e rápidas possa assegurar, sem significar de forma alguma a negação da importância das mesmas como parte da

competência formal necessária. (Torrez, 2001, p. 50 *Apud* Ramos, 2006. Grifos nossos.)

Rita Sório, que a partir da experiência do Projeto Escola se tornou gerente geral do PROFAE, afirma que o componente de certificação de competências foi polêmico, e que durante a preparação do programa várias vezes se rechaçou a idéia de criá-lo. “A maior preocupação em relação à certificação era você excluir mais ainda. A preocupação básica durante a preparação foi essa, que aquilo virasse um exame de ordem ao inverso: entra ou não entra, uma coisa assim”. Entende, contudo, que o programa conseguiu trabalhar a questão de uma outra forma (p.35-36).

Entretanto, apesar dos embates com o MEC, quando se compara a noção de competência veiculada pelo PROFAE e aquela construída pelo SENAC, apresentadas pelo PROFAE (Torrez, 2001) e no documento *Itinerários formativos – metodologia de construção* (Senac, 2005), é possível notar mais semelhanças que diferenças:

...definição sobre competência: “a capacidade (das pessoas) de enfrentar – com iniciativa e responsabilidade, guiadas por uma inteligência prática do que está ocorrendo e com capacidade para coordenar-se com outros autores para mobilizar suas capacidades – situações e acontecimentos próprios de um campo profissional”. Sendo assim, é uma competência humana, que deve contribuir como produtora de existências humanizadas. (Torrez, 2001, p.49)

As competências fazem parte do perfil profissional e compõem um conjunto articulado de conhecimentos, habilidades e atitudes necessário ao desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho. A competência é evidenciada quando ocorrem processos mentais de transposição de conhecimentos, levando o indivíduo a construir respostas diante de novos desafios. (...) Competência tem um sentido mais amplo na medida em que envolve o conjunto de recursos que são mobilizados pelo sujeito na execução de suas atividades e engloba inúmeras ações, além de envolver aspectos cognitivos e sócio-comunicativos. (SENAC DN, 2005, p.26-27)

Cordão aponta, ainda, como méritos do PROFAE o estímulo ao curso de formação docente, a revista Formação e a avaliação de competências. Sobre este último aspecto, afirma:

a partir de um sistema de avaliação de competências desenvolvido pelos profissionais nas unidades do SUS - hospitais, centros de saúde, etc - utilizar as competências efetivamente constituídas como alavanca para o desenvolvimento de novas competências, e planejar os itinerários formativos para essas pessoas, que redundem em itinerários de profissionalização efetivos delas no mundo do trabalho, isso é uma grande inovação que – enquanto o Ministério da Educação e do Trabalho estavam discutindo se era desenvolvimento de competência ou não, se era possível avaliar ou não - o Ministério da Saúde fez! (p.197)

Cordão enfatiza que competência profissional, tal como o CNE a define, “é a capacidade de articular, mobilizar e colocar em ação conhecimentos, habilidades e valores para responder aos requerimentos da vida profissional, os desafios da vida profissional de maneira eficiente, eficaz, etc. – e então tem que ter conteúdo de conhecimento, tem que desenvolver habilidades e tem que desenvolver valores inerentes à cultura do trabalho” (p.26).

Portanto, apesar da área da saúde reorientar o conceito de competência a partir de sua vinculação às noções acumuladas historicamente de currículo integrado, integração ensino-serviço e interdisciplinaridade, acabou por acatá-lo nos seus programas educacionais sem considerar suas contradições com as noções igualmente lapidadas de politecnicidade e formação omnilateral e integral. Esta reflexão é desenvolvida por Ramos:

Nossa hipótese é que a educação profissional em saúde no Brasil, tentando superar a hegemonia tecnicista e conteudista do ensino, acabou se desenvolvendo sem que houvesse um aprofundamento epistemológico e político sobre o sentido da educação básica e educação profissional para a classe trabalhadora em geral e para o trabalhador. Essa ausência deixou uma brecha por onde a pedagogia das competências teria entrado, ocupando uma lacuna teórica ampliada ainda mais pelo ideário das reformas educacionais dos anos de 1990, que tirou de pauta a discussão sobre politecnicidade e formação omnilateral e integral dos trabalhadores. (2006, s.p.)

Contudo, como bem ressalta Rita Sório, o único momento em que o Ministério da Saúde assumiu a formação geral custeadamente, ainda que apenas o ensino fundamental, foi com o PROFAE. Francisco Aparecido Cordão, relator do projeto do PROFAE no Conselho Nacional de Educação (parecer 10/2000), conta que a vinculação do grau de escolaridade fundamental e médio à formação do auxiliar e técnico resultou na elevação do nível de escolaridade dos alunos do PROFAE:

Pedimos para a Rita Sório: “pressione o MEC pra homologar logo isso, porque vocês precisam!” A gente definiu: o PROFAE tem que oferecer auxiliar de enfermagem para quem tem ensino fundamental completo. Não é básico, portanto não pode para quem não tem ensino fundamental completo. Quem não tem, que faça o ensino fundamental e depois faça [o curso de] auxiliar de enfermagem. A equipe da Rita Sório criou aquele módulo “ensino fundamental”. Quem tinha ensino fundamental fez auxiliar de enfermagem, quem não tinha fez ensino fundamental e depois auxiliar de enfermagem. Com isso, provocou a elevação do nível de escolaridade daquele pessoal. E o pessoal ficou estimulado a fazer o EJA de ensino médio, porque só assim ele poderá ser técnico depois. Isso representou um avanço bastante grande. (p.195)

De fato, conforme estudos do Observatório dos Técnicos em Saúde (Vieira et alli, 2003), verifica-se atualmente no trabalho em saúde o aumento das exigências de qualificação para o trabalho simples, tal como já vinha ocorrendo intensivamente no

trabalho industrial. Nesse sentido, pode-se entender que essa elevação de escolaridade está articulada às necessidades do novo estágio do capitalismo e da mercantilização dos serviços de saúde. Corroborando essa visão, o verbete “trabalho simples”, definido no Dicionário da Educação Profissional em Saúde (2006):

No final do século XX e nos anos iniciais deste século, após a denominada terceira revolução industrial, uma nova divisão técnica do ‘trabalho simples’ em saúde vem-se configurando, exigindo tendencialmente a homogeneização do patamar mínimo de escolarização de todas as categorias de trabalhadores técnicos em saúde no nível médio de ensino (Lima et alli, 2006, p.297).

Outro aspecto destacado do PROF AE é o componente de fortalecimento das ETSUS. Rita Sório relata que levou uma técnica do Banco Mundial<sup>34</sup> para conhecer algumas ETSUS, para que entendesse seu papel no programa, mas:

A pessoa que ficou mais ligada a ver escola técnica não conseguia perceber a importância dela para o SUS como a gente colocava. (...)Eu me lembro que tinha um quadro lindo e eu fui para o quadro fazer uma síntese do tema da escola e ganhei! No debate entre o grupo que estava lá – uma mesa enorme. Aí alguém fala: ‘Mas olhando é muito pouco recurso entre o componente I e II.’ É verdade! Mas olhando também para a capacidade de execução das escolas, não era isso o mais importante naquele momento. Era mais importante que elas tivessem, e elas ficaram com o componente de fortalecimento. (p.119)

Segundo Maria Luiza Jaeger, contudo, o programa também contribuiu para o fortalecimento do setor privado:

O PROF AE aconteceu nos âmbitos privados por aí afora, ampliou os privados – esse é um setor que está crescendo -, quer dizer, este é um problema: o estabelecimento de diretrizes curriculares e como se relacionar com um setor privado que quer ganhar dinheiro com isso, e que tipo de gente eles estão formando para a gente. (p.256)

Reforça essa perspectiva Mercilda Bartmann, ao afirmar que, com sua estrutura física, o SENAC reforçou as condições de execução do programa. A entrevistada avalia essa participação como positiva por ter, entre outros aspectos, servido para fortalecer os próprios SENAC regionais: “o PROF AE deu um incremento enorme para alguns regionais. Eles dividem a atuação na área de saúde do regional antes e depois do PROF AE hoje” (p.73). O documento *SENAC: Excelência em Saúde* (2004) registra que, por meio desta instituição, o PROF AE formou mais de 32 mil alunos em 21 estados e mais de 600 municípios.

Rita Sório afirma, contudo, que, se a maioria das escolas é privada ou filantrópica, “quando você pega o resultado de formação, tendo em vista o próprio

---

<sup>34</sup> Responsável por 50% do orçamento de 370 milhões de dólares do Programa.

modelo pedagógico e a responsabilidade na formação dessas pessoas”, as escolas que mais formaram foram as públicas e especialmente as ETSUS – e outras públicas de natureza estadual, ou ligada à universidade (p.123). Além disso, quando indagamos sobre o investimento do PROFAE na qualificação de trabalhadores do setor privado, Rita observa que a maioria dos profissionais formados pelo PROFAE está no setor público.

Francisco Aparecido Cordão, ao falar sobre a participação do SENAC no PROFAE, diz que,

o SENAC tem uma longa experiência nessa área, especialmente na área de enfermagem – num programa dessa envergadura do Ministério da Saúde, o SENAC não podia ficar de fora de jeito nenhum. E várias outras escolas entraram, umas melhores, outras piores. A rede federal ficou mais como reserva, até porque ela não tinha quase nenhuma tradição na área de saúde. Algumas redes estaduais, como as escolas técnicas da Fundação Paula Souza, em São Paulo, tinham uma tradição na área, e entraram. (p.198)

Com relação ao fortalecimento do setor público, Izabel dos Santos aponta para duas perspectivas que se imbricam uma na outra. A primeira em relação à necessidade de continuidade de projetos do tipo PROFAE, e a segunda em relação à consolidação das ETSUS no espaço público. Para ela, apesar do PROFAE ter realizado a qualificação profissional de 225 mil trabalhadores da área de enfermagem, no período 2000-2004, esse tipo de projeto de profissionalização não se esgotou. Continuam sendo necessários a médio e longo prazo, em virtude de um motivo muito simples, os gestores irão continuar contratando pessoal sem qualificação. Eles mudam o nome, mas esses trabalhadores realizam as mesmas funções, no caso, dos(as) atendentes de enfermagem. Apresenta, assim, uma dura crítica aos gestores do SUS, por considerar que continuam improvisando, por falta de profissionalismo, por não valorizarem os recursos humanos e não darem importância aos riscos para a população inerentes ao processo de trabalho em saúde.

Na saúde, os gestores não fazem planejamento. Precisa, caça, recolhe e traz. Não cresceram muito como gestores do setor saúde, eles são muito pouco responsáveis. Não importa que fiquem trabalhando com risco, não se importam se [os usuários] são prejudicados, enfim, não estão nem aí. O que eu sinto na saúde é essa improvisação muito grande dos gestores para cuidar da saúde (p.43).

Esta preocupação também aparece no relato de Mercilda Bartmann. Ao refletir sobre o esforço realizado pelo PROFAE, expressa a necessidade de se criar mecanismos para que os empresários da saúde não contratem atendentes (p.78).

A visibilidade (ou não) dos trabalhadores técnicos e o reconhecimento de sua importância no processo produtivo em saúde, para Izabel dos Santos, estão relacionados ao “respeito aos usuários” (p.34), ou seja, com a preocupação em relação aos riscos que a população é submetida ao utilizar os serviços de saúde com trabalhadores sem formação profissional. Os gestores públicos são responsáveis pela garantia da qualidade dos serviços, seja investindo na formação profissional, seja criando condições de trabalho adequadas. Com relação as ETSUS, Izabel considera fundamental a autonomia financeira para sua consolidação. Segundo ela, a idéia é que os Estados brasileiros destinem verbas orçamentárias específicas para a formação profissional dos seus trabalhadores técnicos. As Secretarias Estaduais de Saúde devem assumir a responsabilidade financeira pela formação do pessoal leigo, ou, daqueles sem qualificação profissional, na medida em que os gestores são responsáveis também pela diminuição dos riscos da atenção à saúde para a população. Apesar das críticas que faz ao PT hoje, diz que as prefeituras governadas por esse partido foram as que mais entraram e ajudaram na briga pela formação dos trabalhadores, destinando recursos orçamentários, como foi o caso do governo Erundina, em São Paulo. Na sua opinião,

se não tiver um financiamento específico e uma compreensão de que você tem que deslocar os processos de educação para dentro do trabalho, você não consegue superar essa questão [da profissionalização]. O que a gente fez no Profae foi isso, a gente aproveitou essa experiência e tacou ficha (p.33).

Entretanto, assim como critica os gestores dos serviços de saúde, a entrevistada avalia que

os gestores de escolas precisam aprender a fazer projetos, também precisam melhorar. Precisam aprender todos esses macetes de execução orçamentária, que é um entrave violento, trabalhar com o Fundo Nacional de Saúde, essas coisas. Porque burocracia é assim: ela bota o dinheiro mas ela não quer que você gaste o dinheiro. Então, ela arruma mil coisas para você não poder gastar (p.45).

A Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS) foi criada pela portaria ministerial n.1298/2000 como parte deste esforço de fortalecer a educação profissional em saúde, concomitantemente ao processo de modernização das ETSUS pelo Componente II do PROFAE, que teve por objetivo promover o fortalecimento institucional e a capacitação técnico-gerencial das ETSUS e dos CEFOR, tornando-os centros de referência para a formação profissional em saúde na sua área de atuação.

Como indica seu sítio *Web*, a RET-SUS se define como “um espaço de troca de informações e experiências, compartilhamento de saberes e mobilização de recursos”.

Além destas iniciativas, José Paranaguá Santana faz um balanço positivo das pesquisas na área de recursos humanos em saúde nos anos finais do século XX:

A área de recursos humanos tem isso: o desenvolvimento da área de pesquisa, das concepções, da área da gestão do trabalho, e algo que só recentemente foi se criando espaço – e que já faz muito tempo que eu, por exemplo, e nosso grupo, sempre discutimos mas não tinha nada, porque é muito mais difícil, muito mais complexo – que é a parte da regulação profissional. Isso ainda é muito débil. Mas a parte de pesquisa de recursos humanos no Brasil hoje está muito avançada. Vocês mesmos do Observatório de Recursos Humanos – Técnicos em Saúde – fazem parte de uma rede de 15 observatórios, que vai crescer, nós vamos internacionalizar essa rede a partir do próximo ano – estamos fazendo convênios com outros países para fortalecer o Observatório de Recursos Humanos nos outros países da região -, temos um desenvolvimento da concepção da área educacional, do projeto pedagógico. Você pega o que era educação técnica no Brasil na década de 1970, de 1980 e em 1990 – com a elaboração do PROFAE e sua implantação de 2000 para cá – há uma mudança estrondosa. (p.316)

A própria EPSJV, a partir do final da segunda metade dos anos 1990, através do trabalho de seus laboratórios e núcleos de pesquisa e de sua experiência pedagógica, vem contribuindo para o fortalecimento das ETSUS.

Mas as entrevistas indicam que não basta que as ETSUS recuperem a perspectiva ampliada de educação profissional desenvolvida nos anos 1980 - que primava pela formação técnica e ético-política do trabalhador do SUS -, ou mesmo a perspectiva da politecnia, se não houver, concomitantemente, a recuperação da noção ampliada de saúde definida pelo SUS constitucional, que avança na direção de outro projeto societário, mais justo e igualitário, ao mesmo tempo, que fortalece o trabalho no sistema público de saúde. Nelson Rodrigues dos Santos nos incita a pensar nesses termos quando afirma que o trabalho do profissional depois de formado é redefinido para melhor ou para pior conforme as condições de trabalho – financiamento público, plano de cargos e salários, etc. - e conforme o SUS avança em seus princípios e diretrizes ético-políticas. Nos dias atuais, “se formam profissionais com perfis totalmente coerentes para o atendimento à população, com acolhimento, com vínculo para a responsabilidade sanitária, para a resolutividade”. Contudo, “dali cinco anos você encontra o cara e ele é outro” (p.398). O fundamental, portanto, é

compatibilizar a formação ético-política do trabalhador técnico em saúde com o avanço do SUS constitucional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez, 1986.

ALTHUSSER, L. Ideologia e Aparelhos Ideológicos do Estado. Lisboa: Presença, 1974.

AMADO, Janaína. "O grande mentiroso: tradição, veracidade e imaginação em história oral" In. Revista História. SP: 1995, p. 1-18.

BAHIA, Ligia. O SUS e os Desafios da Universalização do Direito à Saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In. LIMA, Nísia Trindade (org.). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p.407-449, 2005.

\_\_\_\_\_. Avanços e percalços do SUS: a regulação das relações entre o público e o privado. In. Trabalho, Educação e Saúde, v.4, n.1, p.159-169, 2006.

\_\_\_\_\_. Nós estamos formando, de graça, pessoal para o setor privado. Entrevista para a RET-SUS, ano II, nº 23, novembro de 2006b.

BANCO MUNDIAL. A relação do Banco Mundial com a sociedade civil no Brasil - percepções e perspectivas. Texto preparado com exclusividade pelo PÓLIS – Instituto de Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais. Junho, 2002.

\_\_\_\_\_. Informe sobre el desarrollo mundial: invertir en salud. Washington D.C.: Banco Mundial, 1993.

\_\_\_\_\_. Financing health services: an agenda for reform. Washington D.C.: World Bank, 1987.

BAUDELOT, C. & ESTABLET, R. L'école capitaliste en France. Paris: François Maspero, 1971.

BAUMAN, Zygmunt. Modernidade Líquida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

\_\_\_\_\_. Comunidade: a busca por segurança no mundo atual. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

BLAIR, Tony e SCHROEDER, Gerhard. Europa: A terceira via / O novo centro. Labour Party britânico, 17/06/1999.

BLANK, Vera Lúcia Guimarães. Contribuição ao estudo da prática de enfermagem. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz, 1987.

BODSTEIN, Regina Cele de A., FONSECA, Cristina M. Oliveira. Desafio da Reforma Sanitária: consolidação de uma estrutura permanente de serviços básicos de saúde. In. COSTA, Nilson do Rosário et alli (Org.). Demandas populares, políticas públicas de saúde. V.I., Rio de Janeiro: Vozes-ABRASCO, 1989, p.67-90.

BOURDIEU, P. & PASSERON, J.C. A Reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1975.

**BRAGA, Ialê Falleiros. Os PCN e a formação escolar do novo homem: um estudo sobre a proposta capitalista de educação para o Brasil do século XXI, Niterói, RJ: [s.n.], 2004. (Dissertação de mestrado – Universidade Federal Fluminense – Programa de Pós-Graduação em Educação)**

**BRAGA, José Carlos de S., PAULA, Sérgio Góes de. 1981. Saúde e previdência. Estudos de política social. São Paulo: Cebes-Hucitec.**

**BRASIL, Presidente, 1995- (F.H. Cardoso) Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado – Brasília: Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado, Ministério da administração Federal e Reforma do Estado, 1995.**

**BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990.**

**BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 dez. 1990.**

**BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Gestão e Investimentos em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. Diagnóstico das Escolas Técnicas do SUS. Dezembro, 2000. 41p.**

**BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Política de Recursos Humanos para a Saúde. Brasília: 2000. 21p.**

**BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Plano Brasil de todos. Participação e inclusão. Orientação estratégica de governo: crescimento sustentável, emprego e inclusão social. Brasília, DF, 2003a.**

**BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Plano Plurianual 2004-2007: mensagem presidencial. Brasília: MP, 2003b.**

**BRASIL. Presidente, 1992- (Itamar Franco) diretrizes de Ação Governamental. Brasília: SEPLAN/Ministério da Fazenda, 1993.**

**BRASIL: Ministério da Educação. Planejamento Político-Estratégico. MEC 1995-1998. Brasília: MEC, 1995.**

**BRASIL: Ministério da Previdência e Assistência Social. Instituto de Assistência Médica da Previdência Social. Programa de Formação de Pessoal de Nível Médio. Rio de Janeiro: 1987. 8p.**

**BRASIL: Ministério da Saúde - Secretaria Geral, Secretaria de Recursos Humanos. I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde – relatório final. Brasília, 13 a 17 de outubro de 1986.**

**BRASIL: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB-RH/SUS). Brasília: 2005.**

**BRASIL: Ministério da Saúde. 3ª Conferência Nacional de Saúde – Relatório Final. Brasília, 1992.**

**Projeto Memória da Educação Profissional em Saúde – Relatório Final**

BRASIL: Ministério da Saúde. 4ª Conferência Nacional de Saúde – Relatório Final. Rio de Janeiro, 1967.

BRASIL: Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde – Relatório Final. Brasília, 1986.

BRASIL: Ministério da Saúde. 9ª Conferência Nacional de Saúde – Relatório Final. Brasília, 1992.

BRASIL: Ministério da Saúde. 10ª Conferência Nacional de Saúde – Relatório Final. Brasília, 1996.

BRASIL: Ministério da Saúde. 11ª Conferência Nacional de Saúde – Relatório Final, 2000.

BRASIL: Ministério da Saúde. 12ª Conferência Nacional de Saúde – Relatório Final. Brasília: Editora do MS, 2004.

BRASIL: Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Política de recursos humanos para o SUS: prioridades e diretrizes para a ação do Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1995. 33p.

BRASIL: Ministério da Saúde. Secretaria Geral. Secretaria de Recursos Humanos. Recursos Humanos para Serviços Básicos de Saúde: formação de pessoal de níveis médio e elementar pelas instituições de saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1982. [Texto elaborado pela equipe técnica do Acordo de Recursos Humanos do Ministério da Educação e Cultura, Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social e Organização Panamericana de Saúde.] 22p.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. A reforma do aparelho de Estado e a Constituição Brasileira. Brasília: MARE/ENAP, 1995.

\_\_\_\_\_. Reconstruindo um novo Estado na América Latina. Brasília, ENAP, 1998. (col. Texto para discussão nº 24)

CARDOSO, Fernando Henrique. Mãos à Obra Brasil: proposta de governo. Brasília: s.ed., 1994.

\_\_\_\_\_. Avança Brasil: mais 4 anos de desenvolvimento para todos – proposta de governo. Brasília: s. ed., 1998.

CARVALHO, Gilson. Saúde: Avanços e Entraves ao Processo de Descentralização. In. O Município No Século XXI: Cenários e Perspectivas. São Paulo, CEPAM, 1999, p.135-148.

CÊA, Georgia Sobreira dos Santos., Reis, Luiz Fernando. e Conterno, Solange de Fátima Reis. PROFAE e lógica neoliberal: estreitas relações. Mimeo, 2005.

CHAUÍ, Marilena. Brasil – mito fundador e sociedade autoritária. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2000. (coleção História do povo brasileiro)

\_\_\_\_\_. Escritos sobre a universidade. São Paulo: Editora da UNESP, 2001.

CIAVATTA, Maria. A formação integrada – a escola e o trabalho como lugares de memória e de identidade. In. Trabalho Necessário, ano 3, número 3 – 2005 ([www.uff.br/trabalhonecessario/MariaTN3.htm](http://www.uff.br/trabalhonecessario/MariaTN3.htm) - Acesso em 11/12/2006).

COUTINHO, Carlos Nelson. Dualidade de Poderes – Estado, revolução e democracia na teoria marxista, Brasiliense, 1987.

Projeto Memória da Educação Profissional em Saúde – Relatório Final

- \_\_\_\_\_. Democracia e Socialismo – questões de princípio & contexto brasileiro. SP: Cortez/Autores Associados, 1992.
- \_\_\_\_\_. Gramsci – um estudo sobre seu pensamento político. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.
- \_\_\_\_\_. Contra a corrente. Ensaio sobre democracia e socialismo. São Paulo: Cortez, 2000a.
- \_\_\_\_\_. Cultura e sociedade no Brasil: ensaio sobre idéias e formas. 2. Ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2000b.
- \_\_\_\_\_. El concepto de sociedad civil en Gramsci y la lucha ideológica en el Brasil de Hoy. In. KANOUSI, Dora (ed.) Gramsci en America – II Conferencia Internacional de Estudios Gramscianos. Puebla, Mexico: BUAP – Plaza y Valdés, 2000, p.17-46.
- \_\_\_\_\_. O Estado brasileiro: gênese, crise, alternativas. In. LIMA, Júlio C. F. e NEVES, Lúcia M. W. (Org.) Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, p.173-200.
- DONNANGELO, Maria Cecília Ferro, PEREIRA, Luiz. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades. 1976.
- EAGLETON, Terry. Ideologia: uma introdução. São Paulo: Ed. Unesp: Boitempo, 1997.
- Educação Profissional: Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Saúde de Nível Técnico. Brasília: Ministério da Educação, 2000.
- El Estado en un mundo en transformación: informe sobre el desarrollo mundial. Washington, D.C.: Banco Mundial, 1997.
- ESCOREL, Sarah. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.
- FORMAÇÃO. Ministério da Saúde, Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. Vol.1, n.1 (2001) – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 90p.
- FÓRUM NACIONAL DO PROFAE (1: 2002: Brasília, DF). 1º Fórum Nacional do PROFAE: construindo uma política de formação em saúde, 9 a 11 de dezembro de 2002: relatório geral. Brasília, Ministério da Saúde, 2003.
- GARRISON, John W. Do Confronto à Colaboração: relações entre sociedade civil, o governo e o Banco Mundial no Brasil. Brasília, DF: Banco Mundial, 2000.
- GERMANO, Raimunda Medeiros. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. São Paulo: Cortez, 1983.
- GERSCHMAN, Sílvia. e VIANA, Ana Luiza D´Ávila. Descentralização e Desigualdades Regionais em Tempos de Hegemonia Liberal. In. LIMA, Nísia Trindade (org.). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p.307-351, 2005.
- GIDDENS, Anthony. A terceira via: reflexões sobre o impasse político atual e o futuro da social-democracia. Rio de Janeiro: Record, 2001.

GIDDENS, Anthony. Para além da esquerda e da direita. O futuro da política radical. São Paulo: Editora da Unesp, 1996.

\_\_\_\_\_. A Terceira Via: reflexões sobre o impasse político atual e o futuro da social-democracia. Rio de Janeiro: Record, 2000.

GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo, 1986 [Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo]

GRAMSCI, Antonio. Cadernos do Cárcere. v.2. Os intelectuais. O princípio educativo. Jornalismo. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000. 334p.

\_\_\_\_\_. Cadernos do Cárcere. v.3. Maquiavel. Notas sobre o Estado e a política. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. 428p.

\_\_\_\_\_. Cadernos do Cárcere. Vol. 1, 2 e 4. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

HALL, Michael. História Oral: os riscos da inocência. In. O direito à memória: patrimônio histórico e cidadania. São Paulo: DPH, 1992, p.157-160.

HEIMANN, Luíza Sterman. e Mendonça, Maria Helena. A trajetória da atenção básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: em busca de identidade. In. LIMA, Nísia Trindade (org.). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p.481-502, 2005.

HOBBSBAWM, Eric. Era dos Extremos: o breve século XX – 1914-1991. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

JOUTARD, Philippe. “História oral: balanço da metodologia e da produção nos últimos 25 anos” In. AMADO, Janaína e FERREIRA, Marieta de Moraes (coord.) Usos & abusos da história oral. Rio de Janeiro: FGV, 1996, p.43-62.

LIMA, Júlio César França. Neoliberalismo e Formação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro, EPSJV, 2006 [no prelo].

\_\_\_\_\_. PROFAE: uma política pública de qualificação profissional em saúde. Rio de Janeiro, EPSJV, mimeo, 2000.

\_\_\_\_\_. NEVES, Lúcia M.W. e PRONKO, Marcela A. Trabalho Simples. In. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.) Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006, p.294-298.

MACÊDO, Carlyle Guerra de, SANTOS, Isabel dos, VIEIRA, César Augusto de Barros. Uma experiência de formação de pessoal de saúde no Brasil. In. Educación Médica y Salud, v.14, n.1, 1980.

MACHADO, Lucília R.S. Politecnia, escola unitária e trabalho. São Paulo, Cortez, 1989.

\_\_\_\_\_. Mudanças tecnológicas e a educação da classe trabalhadora. In: Coletânea CBE. Conferência Brasileira de Educação. Trabalho e educação. Campinas, Papirus, 1992.

**MELO, Adriana Almeida Sales de. A mundialização da educação: o projeto neoliberal de sociedade e de educação no Brasil e na Venezuela. Campinas, SP: [s.n.], 2003. (Tese de doutorado – Universidade Estadual de Campinas – Faculdade de Educação)**

**MELO, Cristina Maria Meira de. Divisão social do trabalho e enfermagem. São Paulo: Cortez, 1986.**

**MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (Org.). Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema único de Saúde. 2ª. ed., São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994, p. 19-91.**

**MÉSZÁROS, István. O século XXI – socialismo ou barbárie? São Paulo: Boitempo, 2003.**

**NEVES (Org.), Lúcia Maria W. A nova pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso. São Paulo: Xamã, 2005. 312p.**

\_\_\_\_\_. A reforma da educação superior e a formação de um novo intelectual urbano. In: **SIQUEIRA, Ângela C. e NEVES, Lúcia M. W. (org.) Educação superior: uma reforma em processo. São Paulo: Xamã, 2006, p.81-106.**

**Oficina de Trabalho: A profissionalização dos trabalhadores de nível médio que atuam nos serviços de saúde. Relatório Final. Rio de Janeiro: julho, 1994. 43p.**

**OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo & TEIXEIRA, Sonia M. Fleury. (Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis-Rio de Janeiro: Vozes-Abrasco, 1985.**

**PAIM, Jaimilson Silva. Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.**

**PAIVA, Vanilda. “Produção e Qualificação para o Trabalho” In: FRANCO, Maria Laura. E ZIBAS, Dagmar (org.) Final do Século – desafios da educação na América Latina. São Paulo: Cortez, 1990.**

**PESSOTO, Umberto Catarino. As políticas de saúde para América Latina e Caribe da Organização Panamericana de Saúde e do Banco Mundial: uma análise dos documentos e seus discursos. São Paulo: [s.n.], 2001. Dissertação (Mestrado) Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Integração da América Latina.**

**POSSAS, Cristina de A. Saúde e trabalho: a crise da previdência social. Rio de Janeiro: Graal, 1981.**

**RAMOS, Marise. A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação? São Paulo: Cortez, 2001.**

\_\_\_\_\_. Referências teórico-metodológicas da educação profissional em saúde no Brasil. In. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.) Textos de Apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006 [no prelo].

**República Federativa do Brasil. Assembléia Nacional Constituinte. Ano I – suplemento n.62, quarta-feira, 20 de maio de 1987 – Brasília: DF. Ata da Comissão de Família, da Educação, Cultura e Esportes, da Ciência e Tecnologia e da Comunicação.**

**República Federativa do Brasil. Assembléia Nacional Constituinte. Ano I – suplemento n.90, quarta-feira, 08 de julho de 1987 – Brasília: DF. Ata da Comissão de Família, da Educação, Cultura e Esportes, da Ciência e Tecnologia e da Comunicação.**

**Projeto Memória da Educação Profissional em Saúde – Relatório Final**

- República Federativa do Brasil. Assembléia Nacional Constituinte. Ano I – suplemento n.91, quinta-feira, 09 de julho de 1987 – Brasília: DF. Ata da Comissão de Família, da Educação, Cultura e Esportes, da Ciência e Tecnologia e da Comunicação.
- República Federativa do Brasil. Assembléia Nacional Constituinte. Ano I – suplemento n.95, quinta-feira, 16 de julho de 1987 – Brasília: DF. Ata da Subcomissão de Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente.
- República Federativa do Brasil. Assembléia Nacional Constituinte. Ano I – suplemento n.96, sexta-feira, 17 de julho de 1987 – Brasília: DF. Ata da Subcomissão de Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente.
- República Federativa do Brasil. Assembléia Nacional Constituinte. Ano I – suplemento n.97, sábado, 18 de julho de 1987 – Brasília: DF. Ata da Subcomissão de Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente.
- RIZZOTO, Maria Lucia Frizon. O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil dos anos 90: um projeto de desmonte do SUS. Campinas, SP: [s.n.], 2000. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
- RODRIGUEZ Neto, Eleutério. Saúde: promessas e limites da Constituição. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.
- SANTANA, José Paranaçu de. e Girardi, Sábado Nicolau. Recursos Humanos em Saúde: reptos atuais. Proposta: jornal da Reforma Sanitária, 29, Fiocruz, jun.1991. 8p.
- SENAC. DN. Senac: Excelência em Saúde. Rio de Janeiro, 2004.
- \_\_\_\_\_. Itinerários Formativos: metodologia de construção. Rio de Janeiro: SENAC/DEP/CPA, 2005.
- SENNETT, Richard. O declínio do homem público: as tiranias da intimidade. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.
- \_\_\_\_\_. A corrosão do caráter: as conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo. 7ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2003.
- SHIROMA, Eneida Oto & CAMPOS, Roselane Fátima. Qualificação e reestruturação produtiva: Um balanço das pesquisas em educação. Educ. Soc. vol.18, no.61, Campinas, Dez. 1997. ([http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-73301997000400002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73301997000400002&lng=en&nrm=iso) Acesso em 10/12/2006).
- SILVA, Graciete Borges da. A enfermagem profissional: análise crítica. São Paulo: Cortez, 1986.
- SINGER, Paul. O capitalismo: sua evolução, sua lógica e sua dinâmica. São Paulo: Moderna, 1987.
- SÓRIO, Rita. e Lamarca, Isabel. O Projeto Escola e os Novos Desafios das Escolas Técnicas de Saúde do SUS. Mimeo, s.d.16p.
- SÓRIO, Rita. Educação Profissional em Saúde no Brasil: a proposta das Escolas Técnicas de Saúde do Sistema Único de Saúde. Revista Formação, v. 2, n. 5. maio/2002 - Brasília: Ministério da Saúde, 2002, pp. 45-58,.

- STARR, Paul. La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América. Tradutor: Agustín Bárcena. México: Fondo de Cultura Económica, 1991.
- TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza. Educação e Saúde: Contribuição ao estudo dos agentes das práticas de saúde no Brasil. Dissertação de mestrado, Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, 1982.
- TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. (coord.) Antecedentes da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: ENSP, 1988.
- \_\_\_\_\_. (Org.) Projeto Montes Claros: a utopia revisitada. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.
- \_\_\_\_\_. (Org.) Saúde e Democracia – a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- TORREZ, Milta. Sistema de Certificação de Competências PROFAE: bases conceituais. Revista Formação, v. 1, n. 1. Brasília: MS, pp. 45-52, 2001.
- Uma Agenda para a Saúde: contribuições para a 10ª CNS. Entidades, Instituições e Pessoas em defesa da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde. 10ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: agosto/setembro, 1996. 7p.
- VIEIRA, Ana Luiza Stiebler. O Atendente de Enfermagem no Estado do Rio de Janeiro: Classificação da Demanda para a Profissionalização. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1992.
- VIEIRA, Mônica., et alli. A inserção das ocupações técnicas nos serviços de saúde no Brasil: acompanhando os dados de postos de trabalho pela pesquisa MAS/IBGE. In. Formação. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. V.3, n.8, mai./ago. 2003 – Brasília: Ministério da Saúde, 2003, p.29-46.