



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
Programa de Pós-graduação em Educação Profissional em Saúde



Pedro Alberto Lacerda Rodrigues

PERSPECTIVA POLÍTICO-PEDAGÓGICA DO CEFOR-RH/PB:
implicações e desafios dentro da comunidade escolar.

Rio de Janeiro
2016

Pedro Alberto Lacerda Rodrigues

PERSPECTIVA POLÍTICO-PEDAGÓGICA DO CEFOR-RH/PB:
implicações e desafios dentro da comunidade escolar.

Dissertação apresentada como requisito parcial, para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio. Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Prof.^a Dra. Monica Vieira

Rio de Janeiro
2016

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

R696p Rodrigues, Pedro Alberto Lacerda
 Perspectiva político-pedagógica do CEFOR-
 RH/PB: implicações e desafios dentro da
 comunidade escolar / Pedro Alberto Lacerda
 Rodrigues. - Rio de Janeiro, 2016.
 130 f.

Orientador: Monica Vieira

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação
Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz,
2016.

1. Educação Profissionalizante. 2. Projeto Político
Pedagógico. 3. Identidade Escolar. I. Vieira,
Monica. II. Título.

CDD 370.113

Pedro Alberto Lacerda Rodrigues

PERSPECTIVA POLÍTICO-PEDAGÓGICA DO CEFOR-RH/PB:
implicações e desafios dentro da comunidade escolar.

Dissertação apresentada como requisito parcial, para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio. Fundação Oswaldo Cruz.

Aprovada em 28 de julho de 2016.

Banca examinadora:

Prof.^a Dra. Monica Vieira (Orientadora)
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV / FIOCRUZ

Prof.^a Dr. Francisco José da Silveira Lobo Neto
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV / FIOCRUZ

Prof.^a Dra. Maria Inês Bonfim
Universidade Federal Fluminense - UFF

Dedico este trabalho a meus amados pais, Pedro Rodrigues (in memoriam) e Nilma Lacerda, de maneira geral, mas, especialmente à minha Mãe, que, mesmo sem compreender muitas coisas, nunca cansou de me mandar ir dormir “mais cedo para render mais” e sempre ficou feliz e orgulhosa de mim, não importando se eu finalizava esta dissertação ou uma omelete.

AGRADECIMENTOS

Antes de qualquer coisa, eu preciso agradecer a um grande Amigo meu, uma vez que sei que sempre posso contar com Ele, independente das situações que a vida me oferece. Você pode chamá-lo como quiser, Ele pode ter a cor que você quiser, Ele pode ser como você quiser, mas, uma vez que você O conhecer de verdade, e compreender quem de fato Ele é, você entenderá a dimensão da gratidão aqui apresentada (uma vez que ninguém consegue explicar se não for pela relação existente entre o indivíduo e o oceano de Sua Misericórdia). Obrigado Senhor, por Tua presença tão marcante, viva e generosa em minha vida!

Outra parte de minha gratidão vai para meu pai, Pedro Rodrigues (*in memoriam*). Só Deus sabe o quanto foi difícil concluir esse trabalho com sua ausência, pela falta que me faz, especialmente nesse ano em que completei 30 anos. Contudo, vou levar comigo, por toda a vida, seus ensinamentos. Ao me chamar de “*meu garoto, meu herói*” ele fazia refletir em mim toda sua sabedoria, tranquilidade e fazia, às vezes em silêncio, com que eu reconhecesse a “*Deus em sua infinita maneira de ser homem*”. Lembro que, certa vez em 2010, ele me mandou um email que dizia “*Nunca, jamais, em tempo algum, na história desta família, seu pai duvidou de sua inteligência. O único problema é que você me tirou a coroa...*”. Confesso que na época eu não entendi sua fala, mas hoje, ao finalizar essa etapa, compreendo plenamente, especialmente em relação ao cuidado com minha mãe. Enfim, muito obrigado meu amado pai, sei que se orgulhava de mim e precisava deixar registrado aqui, para posteridade, o quanto o amo, certo que, nas palavras de Gonçalves Dias “*a vida é combate, que aos fracos abate. Aos fortes, aos bravos, só faz exaltar*”, eu compreendo sua luta. E, a partir disso: “*eu não vou perder a fé nem desistir. Foi você quem me ensinou antes de ir. Vou vivendo assim: conhecendo o coração que você fez pulsar em mim*”.

Agradeço também à minha mãe, que me fez compreender o sentido de “*família*” quando muitas vezes eu não quis compreender, por tudo o que ela já fez e ainda faz por mim, por ser minha referência, meu amor maior, a quem irei cuidar por toda vida, agradeço profundamente por sua referência materna que, certamente, é inspirada por outra Mãe, que também nos ama e nos quer bem. Por todas às vezes que me apoiou sem compreender a dimensão ou de que se tratava esta dissertação, pelas perguntas repetidas e as mesmas exclamações positivas quando aquelas eram respondidas, pela falta que sentia de mim e que ela fazia questão de frisar, não com palavras, mas com “*revolta*” porque eu não estaria em casa, quando necessitava ausentar-me por 15 dias para as aulas do Mestrado. Enfim, poderia escrever outro texto em cima dos motivos pelos quais eu tenho para agradecer-lá. Não cansarei

nunca de repetir que a amo incondicionalmente. “São detalhes de uma vida. Histórias que eu não contei aqui”.

Aos meus irmãos, Carlos, Paulo e Anna. Cada um em suas individualidades me ensina dia a dia que a família perfeita é feita de imperfeições. Obrigado pelo apoio e incentivo em todos os sentidos. Com vocês descobri que, com o passar do tempo, você aprende que se não tiver paciência o tempo o consome por completo. E essa falta de paciência, às vezes, prejudica mais do que possamos imaginar. O aprendizado em si acontece. As experiências são vivenciadas. Os medos superados. Porém, é importante frisar, que nossos alicerces nos mantém em pé, apesar das ventanias que teimam em soprar contra a gente. E vocês são esses alicerces em minha vida. Obrigado a vocês que, com suas particularidades, fazem que meu processo de aprendizagem seja permanente.

À minha família, prolongamentos de meus alicerces. Muito obrigado por serem quem são. Nominar aqui não seria justo. Cada um sabe o quanto é importante para mim, mesmo que eu nem sempre diga isso. São tios, tias, primos, primas e sobrinhos que fazem com que as viagens da vida se tornem mais agradáveis por sabermos que há quem encontrar na volta.

Aos meus amigos e amigas que sempre estão comigo em todos os momentos importantes. Obrigado por serem referências de dignidade, trabalho, companheirismo. Irmãos que eu escolhi para dividir a vida, vocês fazem com que eu seja capaz de melhorar cotidianamente. Mesmo nas ausências durante as aulas do mestrado e pela necessidade da pesquisa, obrigado por deixarem a “minha biblioteca” mais humana, mais acolhedora, às vezes até mais irritante, mas sei que a partir dela, as possibilidades de ser feliz emergem abundantemente.

À minha, por que não dizer, amada orientadora (sem falsidade)! Pessoa que eu passei a admirar com o passar do tempo. Obrigado por ter acreditado no “cabra” cheio de perguntas que não conseguia colocar os questionamentos no papel, por ter aceitado jogar tudo pra cima e começar do zero por duas vezes, pelo incentivo e apoio em todo esse processo, pela capacidade de me fazer refletir sobre aspectos que nem eu mesmo sabia onde queria chegar. Se cheguei até aqui, parte do mérito é dela. Obrigado por ter conseguido afunilar as ideias, descartar os absurdos, preocupar-se com as “precariedades” existentes, se revoltar junto comigo e, junto comigo, conseguir começar a escrever a história da Escola Técnica do SUS da Paraíba. Mais uma vez muito obrigado, levarei para sempre comigo sua delicadeza, sua paciência, sua capacidade de correção gentil, sua forma carinhosa de incentivo e sua compreensão. Espero ter aprendido direito!

Aos meus avaliadores, “a banca do bem”, Professor Lobo Neto (EPSJV/FIOCRUZ) e Professora Maria Inês Bonfim (UFF), muito obrigado pela colaboração nesse processo de aprendizagem. Espero ter compreendido a mensagem de vocês. Especialmente por terem me “qualificado” para o desenvolvimento dessa dissertação e pelas observações que, nas palavras do Professor Lobo, foram feitas “*no desejo de participar do meu sucesso*”. Posso afirmar plenamente que eu que me realizo ao poder ser inserido ao corpo de “Mestres” do Brasil por “Doutores” tão respeitáveis como vocês. Uma vez que, muito mais que “doutores ou mestres”, vocês ensinam a ser “Educador” por excelência.

Ao governo da Paraíba e ao Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba, o CEFOR-RH/PB, muito obrigado por acreditarem no meu potencial enquanto militante do SUS, pelo incentivo à qualificação, pelas experiências apreendidas e compartilhadas nos momentos laborais e/ou divertidos “nos caminhos do CEFOR”. Sigamos fortalecendo a escola, sigamos lutando pelo SUS!

Aos meus colegas de trabalho, por terem compreendido a necessidade da ausência para o Mestrado, por terem discutido as questões relativas à Educação Profissional e à Educação Permanente em Saúde. Obrigado por acrescentarem à minha vida, por fazerem que os desafios diários com a formação em saúde fosse combatido com muito trabalho e criatividade.

Agradeço também a todos os que fazem parte da equipe da Escola Politécnica Joaquim Venâncio / FIOCRUZ. Obrigado pela recepção, cuidado, incentivo e apoio em todo o Mestrado. Especialmente à Patrícia Moço, por toda atenção, cuidados e acolhida no Rio de Janeiro.

Aos meus colegas de Mestrado, que me permitiram vê a dimensão do Nordeste brasileiro, com seus sotaques, suas comidas, suas birras, alegrias e festas. Especialmente a Alessandro, Fernando e Jadson que se tornaram irmãos, pela cumplicidade na Casa Amarela / FIOCRUZ, pelo cuidado e paciência, muito obrigado. A Patrícia, Flávia e Juliana, muito obrigado por terem permitido que eu passasse a fazer parte da vida de vocês.

Enfim, ciente de que o processo de aprendizagem em si é complexo. Que inúmeros “pensadores” já propuseram e ainda propõem como passar por ele, resta-me, ao finalizar, deixar uma dica para quem vier a ler esse texto. *Se vale a pena, VIVA! É possível que você por si só descubra quais são os fatores que te ajudarão a sobreviver. Não adianta receitas prontas ou conselhos de sábio. Nesse processo é apenas você contra você mesmo, você será seu herói e também poderá ser seu vilão. Tudo depende de como você vai lidar consigo mesmo.*

A todos que, direta ou indiretamente, conscientes ou não, colaboraram na execução e finalização desta pesquisa, meu muito obrigado por terem me ajudado a aprender. A partir de agora, sei que aparecerão novas “viagens” a serem feitas, novos aprendizados a serem enfrentados, novas etapas têm início em minha vida. Venha o que vier!

Por fim, *“dá-me, Senhor, agudeza para entender, capacidade para reter, método e faculdade para aprender, sutileza para interpretar, graça e abundância para falar, acerto ao começar, direção ao progredir e perfeição ao concluir”*. Concede-me ainda *“uma inteligência que te conheça, uma vontade que te busque, uma sabedoria que te encontre, uma vida que te agrade, uma perseverança que te espere com confiança e uma confiança que te possua, enfim. Amém”*.

Muito Obrigado!

Pedro Alberto Boccardo Rodrigues

*“É essencial convencer-nos da
prioridade da ética sobre a técnica, do
primado das pessoas sobre as coisas, da
superioridade do espírito sobre a matéria.
Servir-se-á a causa do homem somente se o
conhecimento estiver unido à consciência. Os
homens da ciência só ajudarão realmente a
humanidade se conservarem o sentido da
transcendência do homem sobre o mundo e de
Deus sobre o homem”.*

(Karol Józef Wojtyła, Papa João Paulo II)

RESUMO

Apresenta um estudo de caso que busca conhecer a identidade do Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba (CEFOR-RH/PB) a partir da Lei de Criação, do Regimento Interno e do Projeto Político Pedagógico. Relata a educação comprometida com a formação humana a partir da necessidade da superação da dualidade histórica pela divisão social do trabalho. Compreende a educação, e suas lutas ao longo da história, a partir do desenvolvimento de seres críticos, provocadores de mudanças na formação em saúde. Discute-se a importância de revisar os currículos, a partir das demandas do SUS, e a necessidade de se (re) pensar a formação na saúde. Apresenta conceitos sobre Projeto Político Pedagógico e sua relação com a identidade da escola. Relata o histórico da Educação Profissional em saúde destacando alguns aspectos do seu desenvolvimento e a relação entre a construção da política de formação técnica em saúde e suas influências na educação profissional. Aborda a necessidade de formar para o SUS e relata o processo de criação das Escolas Técnicas do SUS (ETSUS). Caracteriza o estudo de caso, a análise documental e contextualiza o CEFOR-RH/PB a fim de identificar a identidade político-pedagógica da escola, suas implicações e desafios a partir da análise documental comparativa. Conclui com uma reflexão sobre as principais questões do estudo, destacando a necessidade de aprofundar o tema como forma de continuar o processo de identificação da identidade da escola. Apresentando os desafios que o CEFOR-RH/PB precisa enfrentar para fortalecer suas perspectivas enquanto ETSUS.

Palavras-chave: Identidade. Projeto Político Pedagógico. Educação Profissional em Saúde.

ABSTRACT

It presents a case study that seeks to know the identity of the Former Center of Paraiba Human Resources (CEFOR-RH/PB) from the Law of Creation, of the Rules of Procedure and the Pedagogical Political Project. It reports the education committed to human formation from the need to overcome the historical duality by the social division of labor. It understands education and their struggles throughout history, from the development of critical beings, provocateurs of changes in health training. It discusses the importance of reviewing the curriculum, from the SUS' demand, and the need to (re)consider health training. It presents concepts of the Pedagogical Political Project and its relationship with the school's identity. It reports the history of professional education in health, highlighting some aspects of its development and the relationship between the construction of technical training policy in health and their influence on professional education. It addresses the need to educate for the SUS and also reports the process of creation of the Technical Schools of the SUS (ETSUS). It features the case study and the document analysis, as also contextualizes the CEFOR-RH/PB to identify the political-pedagogical identity of the school, its implications and challenges from the comparative document analysis. It concludes with a reflection on the main issues of the study, highlighting the need to deepen the theme as a way to continue the identification process of the school's identity, emphasizing the challenges that CEFOR-RH/PB must face to increase their perspectives as an ETSUS.

Keywords: Identity. Pedagogical Political Project. Professional Health Education.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO 1 - A EDUCAÇÃO COMO AGENTE TRANSFORMADOR DO HOMEM E SUAS IMPLICAÇÕES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	22
1.1 A EDUCAÇÃO PARA A CIDADANIA: A CONSTRUÇÃO DE UMA IDEIA EMANCIPADORA.....	22
1.2 O HOMEM ENQUANTO SUJEITO TRANSFORMADOR.....	27
1.3 A EDUCAÇÃO DE TRABALHADORES DA SAÚDE: CONCEPÇÕES E DEBATES.....	31
1.4 (IM) POSSIBILIDADES DA FORMAÇÃO PARA O SUS.....	36
1.5 O PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO E A EDUCAÇÃO PARA A CIDADANIA.....	44
CAPÍTULO 2 - CONTEXTO HISTÓRICO-SOCIAL DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NO BRASIL.....	51
2.1 MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE E SUAS INFLUÊNCIAS NO PROCESSO DE FORMAÇÃO NA ÁREA.....	51
2.2 A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE FORMAÇÃO TÉCNICA EM SAÚDE.....	60
2.2.1 O Projeto Larga Escala.....	64
2.3 O CONTEXTO DE CRIAÇÃO DAS ESCOLAS TÉCNICAS DO SUS (ETSUS).....	67
CAPÍTULO 3 - METODOLOGIA.....	71
3.1 REFERENCIAIS METODOLÓGICOS.....	71
3.1.1 A Abordagem Qualitativa.....	71
3.1.2 O Estudo de Caso.....	74
3.2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	76
3.2.1 A Análise Documental.....	76

CAPÍTULO 4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO A PARTIR DA PERSPECTIVA POLÍTICO-PEDAGÓGICA DO CEFOR-RH/PB: QUAL A ESCOLA QUE TEMOS?.....	78
4.1 O CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA – CEFOR-RH/PB.....	78
4.2 DOCUMENTAÇÕES OFICIAIS DO CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA (CEFOR-RH/PB).....	82
4.2.1 Lei de Criação do CEFOR-RH/PB.....	82
4.2.2 Projeto Político Pedagógico do CEFOR-RH/PB.....	87
4.2.3 Regimento Interno do CEFOR-RH/PB.....	98
4.3 PROPOSTAS DE ATUALIZAÇÃO DO PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO E DO REGIMENTO INTERNO DO CEFOR-RH/PB.....	104
4.3.1 Proposta Pedagógica utilizada pelo CEFOR-RH/PB.....	104
4.3.2 Regimento Interno 2015 do CEFOR-RH/PB.....	108
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	115
REFERÊNCIAS.....	118

INTRODUÇÃO

Partindo dos documentos oficiais do Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba (CEFOR-RH/PB), que orientam seus princípios e bases legais, esta dissertação buscou conhecer a identidade da escola, almejando compreender a visão e até que ponto os sujeitos que fazem parte dessa comunidade escolar entendiam o seu papel individual bem como o da instituição. O desenvolvimento desta pesquisa justificou-se pela necessidade de detectar tal identidade e encontrar meios de melhorar a integração pessoal e profissional, diante das interfaces que norteiam o espaço e o trabalho pedagógico.

Certamente, vivemos um momento histórico no que concerne às constantes (re) discussões sobre inúmeros temas na sociedade contemporânea. Não podemos negar que tais discussões estão e devem estar estreitamente imbricadas dentro da escola, especialmente no que concerne à questão sobre “O que ensinar?” uma vez que, independente de graus de escolaridade, a escola não pode se negar a discutir tais questões que o mundo hodierno constantemente nos impele a refletir. Mas, por trás disso, há também indagações sobre o “por que e como ensinar” e os motivos relacionados para tais necessidades. Para isso é necessário que todas as instituições mantenham históricos de suas ações, atividades e necessidades para que possam se perpetuar e serem capazes de apresentar sua identidade à sociedade na qual estão inseridas. Porém, observa-se que

parte das escolas brasileiras não possui documentos e registros de sua historicidade, pois os trabalhos voltados à construção e elaboração destes são pouco frequentes e, se algumas escolas os têm, são apenas em forma de registros burocráticos, porém nestes não estão incorporados todos os aspectos e dimensões do âmbito escolar, desde os sujeitos que participam do processo de apropriação de conhecimento, até as relações de poder e organização deste espaço sócio-cultural, que é o campo educacional, propriamente dito da escola (HARACEMIV, 2004, p. 1).

Nesse sentido, entende-se que os registros documentais e as perspectivas político-pedagógicas das instituições de ensino podem colaborar na compreensão que elas têm do seu passado, do seu momento atual e do direcionamento do seu futuro, expressando sua capacidade, seus sucessos e fracassos, suas potencialidades e limitações, suas certezas e os caminhos que podem e querem percorrer.

A partir disso, buscamos identificar e compreender as múltiplas determinações do cotidiano escolar, as relações sociais, intra e interpessoais existentes na escola e que pudessem estar envolvidas nas discussões do papel de cada membro que a compõe. Esperando, assim, contribuir com elementos que colaborassem com a construção da identidade do CEFOR-

RH/PB. Para tanto, foi necessário refletir sobre seus valores, crenças e ideologias, tentando compreender sua cultura organizacional e seu papel na Paraíba.

À medida que a escola (comunidade escolar) conhecer sua identidade, tiver a capacidade de entender o porquê de sua existência e de compreender o seu propósito é que suas perspectivas político-pedagógicas permitirão saber onde está e apontar aonde quer chegar. Não é possível ignorar que nesse processo de compreensão e atribuição de identidades está em ação um jogo de poder, uma vez que, conforme Louro (2000, p. 63), “as identidades, constituídas no contexto da cultura, produzem-se em meio a disputas, supõem classificações, ordenamentos, hierarquias; elas estão sempre implicadas num processo de diferenciação”.

A identidade é, antes de tudo, uma atribuição cultural. Trata-se, essencialmente, “de criar uma cultura de responsabilidade, identificada nos termos ‘qualidade’, ‘eficiência’, ‘eficácia’, e possível somente por meio de ‘uma forte flexibilidade’” (BOURDIEU, 2001, p. 33). De acordo com Pacheco e Pereira (2007) toda identidade é construída histórica e socialmente. Assim, a formação de identidades ligadas a contextos profissionais como o do ensino, seguindo-se a argumentação de Day (2006), está mais relacionada a questões técnicas (gestão da sala de aula, conhecimento da disciplina, resultados dos testes dos estudantes) do que a questões de natureza pessoal, profissional, social e emocional.

Para a escola, conhecer sua identidade possibilita compreender a ideia do seu papel na sociedade, reconhecer a existência de dificuldades marcadas pelo atraso acumulado ao longo do tempo, traçar metas, (re) pensar o papel individual e coletivo de seus sujeitos e propor mudanças. Para isso, seu Projeto Político Pedagógico (PPP) deve externar, tanto para os membros que o alicerçam, quanto para a sociedade na qual está inserido, qual o papel que a escola tem na educação, quais seus objetivos e metas, qual sua visão de mundo. Deve contribuir para sua organização coletiva e o êxito de suas finalidades educativas, direcionando suas ações, fortalecendo a autonomia e a gestão democrática escolar.

Para justificar a constituição do objeto de pesquisa, consideramos necessário apresentar nosso percurso relacionado à educação profissional em saúde com o propósito de entender a escolha do tema. Ao ser inserido, em 2012, como coordenador do curso Técnico em Hemoterapia do CEFOR-RH/PB passei a me envolver com a saúde pública de maneira geral, especialmente quando comecei a acompanhar efetivamente uma turma de estudantes / trabalhadores e professores, bem como a lidar com documentos, processos e atividades relacionadas à parte pedagógica da formação técnica, marcando o início de uma interação mais direta com a questão da qualificação profissional do trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2013, ao ingressar no corpo técnico do CEFOR-RH/PB para coordenar a Rede Escola SUS - PB¹, foi necessário um aprofundamento acerca das reflexões sobre a relação trabalho e educação no SUS, possibilitado por meio da Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Ao fazer parte da equipe da escola, participando das decisões referentes às atividades escolares e da gestão da Educação Permanente em Saúde (EPS) acompanhei, portanto, suas limitações, desafios e conquistas.

Ao acumular tanto a coordenação do curso técnico quanto a Rede Escola SUS – PB foi possível perceber a necessidade da construção ideológica da escola como um todo. Esse envolvimento com a gestão permitiu conhecer suas limitações, defasagens, a frágil e inconstante relação com os profissionais dos serviços de saúde, com as gestões municipais e com os estudantes. Chamou atenção a dificuldade em executar os cursos em todo o Estado, devido à pequena quantidade de profissionais qualificados, as consequências da não existência de um quadro fixo de professores na escola e as complexidades encontradas, como é o caso das contratações de pessoal. É certo que surgiram desafios frente aos cursos técnicos subsequentes oferecidos pela escola, desde o atraso de pagamento dos professores, devido à burocracia em suas contratações, até a dificuldade estrutural da própria escola.

Além disso, temos como agravante o fato de que alguns cursos oferecidos pelo Ministério da Saúde e executados pela escola ainda não foram reconhecidos como profissão, fazendo os estudantes se questionarem sobre a utilidade dos mesmos, uma vez que se gasta bastante para as suas execuções e eles não teriam como usufruir dos benefícios materiais que muitos esperam a partir da qualificação profissional.

Outro fato perceptível a partir da convivência com os serviços de saúde proporcionada pela relação da Rede Escola SUS – PB foi a melhoria que os estudantes formados pela escola puderam levar aos locais de trabalho nos quais estavam envolvidos. Uma vez que relatos dos profissionais que trabalhavam com eles afirmavam que alguns obtiveram progressões verticais em seus serviços, inclusive com aumento de salário e não cansavam de mencionar a importância do curso em suas vidas. Assim, pude perceber que a melhor maneira de enfrentar os desafios que surgiram ao longo dos cursos técnicos oferecidos pela escola seria

¹ Rede Escola SUS – PB é um dispositivo da formação em saúde que articula os movimentos de ensino, pesquisa e extensão junto aos Serviços de Saúde do Estado, às Instituições de Ensino (IEs) conveniadas com a Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES-PB) e demais profissionais da rede na perspectiva de firmar parcerias para contribuir na ordenação da formação dos profissionais para área, conforme o Art. 200 da Constituição Federal de 1988. É uma estratégia da Educação Permanente em Saúde gerenciada pelo CEFOR/RH/SES-PB e que atua em todos os serviços de saúde de gestão estadual.

potencializá-los com o acompanhamento e melhoria constante em todos os seus aspectos (qualidade, estrutura física e financeira, profissionalização). De forma que possa provocar em todos os envolvidos (estudantes, professores, equipe técnica) uma mudança de postura profissional e de mentalidades a partir da construção de uma visão mais voltada ao SUS.

A partir disso, percebi a necessidade de acompanhar mais de perto e de maneira mais prática a evolução da qualidade dos cursos oferecidos, bem como a relação dos profissionais com a escola de forma que pudesse ter um panorama claro e objetivo de como ela exerce seu papel de formadora para ambos.

Nesse ínterim, passei a refletir sobre como a perspectiva político-pedagógica e sua relação com a definição da identidade da escola poderiam construir os caminhos para a transformação necessária em nível pessoal e profissional de todos os envolvidos. Vislumbrava-se, portanto, uma possibilidade de integração da comunidade educativa na construção de um modelo de escola que atendesse a realidade atual e tal perspectiva e identidade deveriam estar claramente colocadas no projeto político-pedagógico da escola.

Porém, o que se constatou foi que o PPP da escola estava defasado e que havia grande possibilidade dos seus atuais profissionais não possuírem conhecimento sobre qual seria a orientação política e pedagógica que a escola possuía, que visão de mundo ela gostaria que os seus educandos tivessem, qual o seu papel no contexto da educação profissional em saúde no Estado, já que tal discussão tinha sido feita anteriormente à chegada dos profissionais que hoje atuam na escola. Enfim, surgiu a necessidade de saber qual seria a identidade da escola.

É com base no exposto anteriormente, que acreditamos que o Projeto Político Pedagógico, entendido como instrumento de organização coletiva, poderia colaborar com o processo necessário de identificação dessa identidade e, se necessário, provocar as mudanças pertinentes, integrando e direcionando-a, além de articular todos os setores da escola para participar ativamente da consolidação de um modelo de educação que atenda aos anseios sociais. É capaz também de promover mudanças organizacionais significativas, ao integrar a comunidade escolar em torno de soluções co-participativas para os conflitos e necessidades da realidade educacional, em torno da efetivação da função social da escola (SANTOS, 2009).

Nesta perspectiva,

deve promover a organização e melhorar a gestão escolar respondendo as exigências atuais de respeito à diversidade, a etnicidade, a multireferencialidade e as fronteiras dos saberes, garantindo assim a construção de uma sociedade mais justa, democrática e igualitária (SANTOS, 2009, p. 46).

Ainda de acordo com Santos (2009) as ações projetadas no PPP podem possibilitar a efetivação da intencionalidade da escola que é a formação de cidadãos competentes, participativos, responsáveis, críticos e criativos por meio da relação com os saberes. Dessa maneira, somente com o conhecimento coletivo de todos os seus integrantes sobre o papel que a escola quer ter na sociedade é que poderemos identificar sua identidade assim como suas perspectivas políticas e pedagógicas de forma que possamos transformá-la em algo efetivo.

Essa pesquisa buscou resgatar e aprofundar as propostas sobre o tema a fim de contribuir para a compreensão da realidade da escola e possibilitar a discussão sobre a identidade do CEFOR-RH/PB. Seu marco histórico foi ter sido o início da construção da história da escola. Para atender às questões apresentadas, a dissertação foi estruturada em introdução, dois capítulos de fundamentação teórica, um capítulo de metodologia, um capítulo sobre a análise acerca das documentações legais da escola e nossas considerações finais.

Nesta introdução apresentamos um panorama de questionamentos, reflexões e inquietações frente à construção de um processo de trabalho vivenciado a partir de uma realidade pessoal e profissional inserida no CEFOR-RH/PB.

No primeiro capítulo, buscamos apresentar a concepção de educação comprometida com a formação humana a partir da necessidade da superação do ser humano em sua dualidade histórica pela divisão social do trabalho. Partimos do entendimento do “homem” enquanto agente transformador. Discutimos também sobre como os meios pelos quais o homem passou a adaptar o ambiente de maneira individual voltada ao coletivo provocaram a sua especialização enquanto criatura, com capacidade de utilizar-se de instrumentos, de qualificar a si e aos seus e de provocar a necessidade de organização em vida social a partir da educação e de sua capacidade transformadora.

Em seguida, discorremos sobre um conjunto de fatores que acreditamos serem necessários para que a educação se torne emancipadora e cidadã. Tratamos a importância de se compreender que os processos educativos ao longo da história foram concomitantes aos interesses das classes dominantes, até a necessidade que o homem deve possuir, enquanto sujeito transformador e transformado na sociedade, por meio da educação, de ser capaz de fortalecer a ideia de superação, individual e coletiva e de se envolver na luta pela potencialização do seu “ser” agente transformador. Tal possibilidade se daria, portanto, por meio do fortalecimento dado pela educação na formação de seres “pensantes” e não apenas receptores, de seres críticos e criativos capazes de provocar mudanças efetivas nos espaços em que estão inseridos e, conseqüentemente, na sociedade.

Ainda no primeiro capítulo, abordamos a necessidade de (re) pensar a formação em saúde para que ela se torne capaz de provocar mudanças efetivas no comportamento dos seus diversos atores, estejam eles em processos de formação formal, estejam inseridos nos diversos setores da saúde. Discutiu-se a importância de se rever constantemente os currículos de acordo com as demandas do SUS e da urgente necessidade da academia se adaptar à educação cidadã de forma que possa ultrapassar seus muros e provocar mudanças na formação dos profissionais de saúde, independente se estes estão dentro ou fora de seus limites físicos. Ao concluir o primeiro capítulo, trouxemos alguns conceitos sobre o Projeto Político Pedagógico e sua relação com a identidade da escola e a educação para a cidadania.

No segundo capítulo, apresentamos o contexto acerca da Educação Profissional na área da saúde trazendo para a discussão alguns aspectos relacionados com o seu desenvolvimento no país, bem como suas implicações. Inicialmente, tratamos os processos que culminaram com a transformação da saúde como uma mercadoria que buscava atender às demandas das classes dominantes e suas influências nos processos de formação na área, especialmente as conquistas das forças políticas reunidas em torno do então denominado movimento sanitário brasileiro que culminaram com a universalização do seu acesso.

Em seguida, discutimos especificamente sobre a relação existente entre a construção da política de formação técnica em saúde no Brasil e suas influências na educação profissional no setor, de como ela está diretamente relacionada ao contexto de lutas e de mudanças que ocorreram ao longo dos anos, trazendo a necessidade de rompimento com sua lógica mercantilista, a partir da importância da formação de profissionais preparados para atender as exigências do sistema público de saúde. Finalizamos o capítulo trazendo a discussão da necessidade de formar para o SUS e dos programas precursores do processo de como se deu a criação das Escolas Técnicas do SUS.

No capítulo da Metodologia, apresentamos os conceitos do tipo de pesquisa que nos propusemos a fazer a partir da leitura das fontes primárias escolhidas. Estruturamos este capítulo em dois pontos: no primeiro apresentamos referenciais metodológicos de modo a fundamentar a estratégia de investigação escolhida a partir de uma abordagem qualitativa e da caracterização do contexto do estudo de caso. No segundo ponto abordamos, de maneira efetiva, os procedimentos metodológicos a partir da análise documental.

No quarto capítulo analisamos o objeto de estudo propriamente dito. Fizemos uma apresentação do Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba (CEFOR-RH/PB) e sua atuação em todo o Estado. Discutimos, a partir dos documentos oficiais do CEFOR-RH/PB e de fontes secundárias, as categorias de conteúdo e os conceitos que tem afinidade com a

proposta de identificar a perspectiva político-pedagógica da escola e suas implicações e desafios para a comunidade que a compõe.

Em nossas considerações finais trouxemos de volta as principais questões do estudo, apresentamos a necessidade de aprofundar determinados aspectos como forma de dar continuidade ao processo de identificação da escola, discutimos acerca dos desafios constantes que a escola precisa resolver e assinalamos as perspectivas do CEFOR-RH/PB enquanto escola técnica do SUS.

CAPÍTULO 1 - A EDUCAÇÃO COMO AGENTE TRANSFORMADOR DO HOMEM E SUAS IMPLICAÇÕES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

1.1 A EDUCAÇÃO PARA A CIDADANIA: A CONSTRUÇÃO DE UMA IDEIA EMANCIPADORA.

Pensar sobre educação é constatar o ser humano como ser histórico e social, enfatizando sua totalidade baseada na síntese de suas múltiplas relações. Nesse processo, cabe compreender o conhecimento como uma produção do pensamento pela qual se apreende e se representam as relações que constituem e estruturam a realidade (RAMOS, 2014). A partir dessa perspectiva é que o conhecimento adquirido tem potencial para tornar-se provocador das mudanças necessárias em todos os aspectos.

“Em sua designação mais genérica, chama-se de ‘educação’ uma atividade social tão antiga quanto a própria instituição de uma sociedade minimamente organizada” (VALLE, 2009, p. 143). Dessa maneira, Jaeger (1995, p. 3), considera que “todo povo que atinge certo grau de desenvolvimento inclina-se naturalmente à prática da educação”. Logo, “a ‘educação’ corresponderia a uma ‘prática espontânea e irrefletida’ que, em realidade, responde pelas necessidades mais elementares de conservação e de auto-reprodução que a sociedade, tal como qualquer ser vivo, não deixa de manifestar” (CASTORIADIS, 1997, p. 15).

Quando falamos em formação humana, buscamos as garantias ao direito de uma formação que entenda o mundo e que torne seus indivíduos cidadãos integrados dignamente à sociedade política na qual estão inseridos. Neste sentido, “a formação supõe a compreensão das relações sociais subjacentes a todos os fenômenos” (CIAVATTA, 2005, p. 85). Enquanto que “o processo de conhecimento implica, após a análise, elaborar a síntese que representa o concreto, agora como uma reprodução do pensamento conduzido pelas determinações que o constituem” (RAMOS, 2014, p. 86-87).

Se pensarmos que a formação moral e ética é uma parte importante desse processo, veremos como uma apropriação centrada na pessoa induz a uma deformação da personalidade. Isso porque toda essa concepção “leva o indivíduo a aceitar como natural uma forma de sociabilidade que implica que o acesso de uma minoria esteja alicerçado no impedimento do acesso da maioria” (TONET, 2006, p. 5). Para o autor, uma formação integral do ser humano é uma impossibilidade absoluta nessa forma de sociabilidade regida pelo capital. Para ele, isso só é possível, portanto, “quando se supõe a humanidade constituída

sob a forma de uma autêntica comunidade humana, e esta pressupõe, necessariamente, a supressão do capital” (TONET, 2016, p. 78).

Se definirmos a formação humana integral como o acesso, por parte do indivíduo, aos bens, materiais e espirituais, necessários à sua autoconstrução como membro pleno do gênero humano, então formação integral implica emancipação humana. Porém, em concordância com Tonet (2001, p. 94) questionamos se é possível a emancipação humana. Para ele, essa indagação desdobra-se em três:

a primeira, de caráter eminentemente filosófico, é a seguinte: pode o homem transformar radicalmente a realidade social? Não será isto, por acaso, uma ilusão, uma utopia, uma aspiração sem base real? A segunda, de caráter mais científico, é a seguinte: quais as condições gerais de possibilidade – histórico-estruturais – necessárias para que este objetivo possa ser alcançado? A terceira, também de caráter científico, é esta: quais as mediações (condições específicas, ações concretas, estratégias, táticas, etc.) para realizá-la?

É necessário compreender o que a educação representa na construção do indivíduo como ser social, uma vez que, enquanto o trabalho é uma mediação entre o homem e a natureza, a educação é uma mediação entre o indivíduo e a sociedade (TONET, 2001). O autor resume a natureza essencial da atividade educativa quando afirma que a educação tem como princípio provocar nos indivíduos a “apropriação de conhecimentos, valores e comportamentos”. Ela “contribui para que o indivíduo se construa como membro do gênero humano e se torne apto a reagir face ao novo de um modo que seja favorável à reprodução do ser social na forma em que ele se apresenta num determinado momento histórico” (TONET, 2001, p. 142). Ao longo do tempo, portanto, a acumulação de tais características se torna patrimônio da humanidade.

Para “tratar a educação como uma totalidade social, isto é, nas múltiplas mediações históricas que concretizam os processos educativos” (CIAVATTA, 2005, p.84), é preciso que “o conceito de ciência seja construído à luz dos processos ontológicos e históricos de apropriação da natureza pelo ser humano [...] como conhecimentos socialmente reconhecidos como válidos em determinado espaço e tempo histórico” (RAMOS, 2014, p. 85).

Para Saviani (2007) tais processos são ontológicos porque o próprio ser dos homens é o produto dessas ações e são históricos porque se referem a um processo que organizou relações sociais de produção da vida ao longo do tempo. Dessa maneira,

a educação deve formar o homem integral, vale dizer, indivíduos capazes de pensar com lógica, de ter autonomia moral; indivíduos que se tornem cidadãos capazes de contribuir para as transformações sociais, culturais, científicas e tecnológicas que

garantam a paz, o progresso, uma vida saudável e a preservação do nosso planeta. Portanto, pessoas criativas, participativas e críticas. Afirma-se que isto seria um processo permanente, um ideal a ser perseguido, de modo especial na escola, mas também fora dela (TONET, 2006, p. 15).

Para o autor, isto reflete a contradição entre o “discurso e a realidade objetiva” que existe na educação, onde “um proclama uma formação integral livre, participativa, cidadã e crítica para todos os indivíduos” e o outro proclama, “no seu movimento real, a impossibilidade daquela formação” (TONET, 2006, p. 8).

Nesse sentido, considerando que a “educação é um poderoso instrumento ideológico de controle do capital sobre a reprodução social, não apenas na escola, mas também fora dela, é preciso ter claro que é de uma luta que se trata e não de uma simples questão técnica” (TONET, 2006, p. 19). Trata-se da luta entre duas perspectivas radicalmente diferentes para a humanidade, tendo em mente que nesse embate, as ideias que se sobressaem são as das classes dominantes. De modo que essa luta pela construção de uma sociedade plenamente emancipada se desenvolve em condições extremamente adversas, apesar de sempre existirem alternativas visto que o “capital não pode exercer um domínio absoluto, sob pena de se autodestruir” (TONET, 2006, p. 10). Isto é, em uma sociedade de classes, o interesse das classes dominantes será sempre o pólo determinante da estruturação da educação. O que significa que ela será configurada de modo a impedir qualquer ruptura com aquela ordem social. Em consequência, a educação, quer formal, quer informal, sempre terá um caráter predominantemente conservador (TONET, 2001).

Essa divisão dos homens em classes reflete também a divisão na educação. Saviani (2007) apresenta duas modalidades distintas e separadas de escolas: uma para a classe proprietária, identificada com a educação dos homens livres, e outra para a classe não proprietária, identificada com a educação dos escravos e serviçais. Nesse contexto, na Grécia antiga, por exemplo, a escola era composta por componentes de classes ociosas que não necessitavam trabalhar para sobreviver, podendo dedicar-se à educação; enquanto que, na Idade Média, ela surge para atender a demanda de uma nova classe social que não precisava trabalhar para garantir a sua sobrevivência, mas que necessitava ocupar o seu tempo desocupado de forma nobre e digna (ALVES; PRETTO, 2008). Consequentemente, com a expansão da burguesia e do desenvolvimento do comércio, aumentaram as trocas entre os produtores nas feiras, criando as condições para a acumulação primitiva que estimulou o deslocamento da zona rural para a urbana, aumentando a necessidade de desenvolver “escolas” voltadas para as mudanças que ocorriam (FERRETTI, 2009).

Para Frigotto e colaboradores (2009), desde o início histórico da escola é evidente a contradição entre a estrutura político-econômica, as relações sociais da sociedade nascente e a necessidade de uma educação dual. Tem-se de maneira clara a divisão da escola, sendo uma clássica, formativa, de ampla base científica e cultural, que atenderia as classes dirigentes e outra pragmática, instrumental e de preparação profissional para os trabalhadores, ou seja, trata-se de “ensinar, treinar, adestrar, formar ou educar na função de produção adequada a um determinado projeto de desenvolvimento pensado pelas classes dirigentes” (FRIGOTTO, *et al.*, 2009, p. 3).

Com efeito, a gênese histórica da escola insere-se, ao longo do século XVIII, no mesmo processo de emergência da ciência moderna e da ascensão da burguesia como classe social hegemônica. A escola representa um

importante papel na consolidação da hegemonia burguesa em relação à sociedade feudal, ao poder da Igreja e do Estado absolutista. Nasce como uma instituição pública, gratuita, universal e laica que tem, ao mesmo tempo, a função de desenvolver uma nova cultura, integrar as novas gerações no ideário da sociedade moderna e socializar de forma sistemática o conhecimento científico [...] é um *ambiente de diferentes aprendizagens* sistemáticas: os valores, as atitudes, os símbolos e as concepções são traços tão importantes quanto o desenvolvimento de conhecimentos e de habilidades cognitivas. De outra parte é a escola laica (não pertencente à igreja ou ao senhor absolutista ou ao mundo dos negócios), pública, gratuita e universal que sintetiza o ideário da Revolução Francesa, o início efetivo da modernidade e da idéia iluminista de uma sociedade igualitária, justa e fraterna (FRIGOTTO, *et al.*, 2009, p. 3, *grifo do autor*).

A partir desse contexto, Tonet (2006, p. 19-20) afirma que para que seja possível desenvolver atividades educativas que buscam contribuir para a construção de uma sociedade em que a formação seja dada de maneira integral aos indivíduos é necessário:

- 1) Ter o conhecimento claro, sólido e racionalmente sustentado dos fins que se quer atingir. Fins esses que devem brotar da análise do processo histórico-social real e não da mera subjetividade.
- 2) Conhecer a realidade social concreta, estando implicadas a história da humanidade, a forma capitalista da sociabilidade e a natureza da crise por que ela passa hoje bem como seus rebatimentos sobre a realidade mais próxima na qual se atua.
- 3) Desenvolver atividades que incentivem as pessoas a participar ativamente das lutas sociais que estejam articuladas com a transformação radical da sociedade e não apenas com a cidadania.

Arroyo (1986) já afirmava que a educação deve estar articulada com a cidadania, apesar de que esta articulação, para ele, possui uma concepção equivocada do que seja cidadania, sendo esta vista mais como uma concessão do que como uma conquista. O autor também afirma que os direitos relacionados à cidadania foram estabelecidos pelas classes dominantes, não resultando da luta da classe trabalhadora. Para ele, o papel ativo seria atribuído ao Estado enquanto que a participação popular ou seria ocultada ou apareceria como um entrave às suas ações. É necessário que a educação provoque nos indivíduos as capacidades de exercer atividades que promovam sua independência enquanto pessoas e participar ativamente das lutas sociais na busca efetiva dessa emancipação e não somente de seu lugar na sociedade. Nesse sentido, Giroux (1986, p. 262) acredita que:

para que a educação para a cidadania se torne emancipatória, deve começar com o pressuposto de que seu principal objetivo não é “ajustar” os alunos à sociedade existente; ao invés disso, sua finalidade primária deve ser estimular suas paixões, imaginação e intelecto, de forma que eles sejam compelidos a desafiar as forças sociais, políticas e econômicas que oprimem tão pesadamente suas vidas. Em outras palavras, os alunos devem ser educados para demonstrar coragem cívica, isto é, uma disposição para agir, como se de fato vivessem em uma sociedade democrática.

Nessa mesma linha, Libâneo (1998) afirma que a função primordial da educação para a cidadania é elaborar uma pedagogia escolar crítico-social, isto é, uma pedagogia que contribua para a construção de uma sociedade. O que significa formar não apenas cidadãos, mas cidadãos críticos, ou seja, pessoas que tenham consciência plena dos seus direitos e deveres, mas que também sejam capazes de intervir ativamente na construção de uma ordem social mais justa (TONET, 2001).

Para isto, segundo Giroux (1986), seria necessária a participação ativa dos educandos no processo de ensino-aprendizagem; a aprendizagem apresentada de maneira crítica, provocando nos estudantes uma reflexão de suas próprias experiências; a compreensão dos valores; o conhecimento das forças ideológicas que influenciam em suas vidas. O mesmo autor ressalta ainda que educadores brasileiros enfatizam uma educação cidadã como um processo que envolve um conjunto de outros elementos. Esses aspectos, além do saber, incluem a relação de

interação ativa entre a escola e a comunidade, até na gestão da própria escola; uma participação ativa da própria escola na elaboração da política educacional mais ampla e do setor educativo na elaboração da política geral do Estado; medidas de ampliação do acesso à educação, de qualificação permanente do corpo docente, de melhoria das condições de trabalho de todos os que se ocupam diretamente da educação, de acesso às melhores tecnologias (TONET, 2001, p. 18).

Em resumo, a construção de uma educação cidadã requer empenho na produção de experiências de educação democrática, participativa, autônoma, sintonizada com os interesses das classes populares. Porém, para Gadotti (1992), este é um processo lento, uma revolução gradual que, articulada com outros passos, pode provocar uma transformação da sociedade.

Ao articular a educação com o processo de construção da cidadania, aquela estaria contribuindo para a estruturação de uma sociedade de homens efetivamente livres, plenamente cidadãos (TONET, 2001). Libâneo (1998) resume esta articulação entre escola e cidadania quando, ao enumerar os “objetivos para uma educação básica de qualidade” cita, entre eles:

formação para a cidadania crítica, isto é, um cidadão-trabalhador capaz de interferir criticamente na realidade para transformá-la e não apenas formar para integrar o mercado de trabalho. A escola deve continuar investindo na ajuda aos alunos a se tornarem críticos, a se engajarem na luta pela justiça social, a entender o papel que devem desempenhar como cidadãos críticos, na mudança da realidade em que vivem e no processo de desenvolvimento nacional, e que a escola os capacite a desempenhar este papel. Cidadania hoje significa ‘dirigir ou controlar aqueles que dirigem’ (na expressão de Manacorda); para isso o aluno precisa ter as condições básicas para situar-se competente e criticamente no sistema produtivo (LIBÂNEO, 1998, p.192).

Para finalizar este tópico vale a pena ressaltar mais uma vez que na medida em que a educação é uma atividade com uma especificidade própria, sua contribuição mais importante para a transformação da sociedade não é externa a ela (educação), mas interna. Quer dizer, a atividade educativa é tanto mais cidadã, quanto mais e melhor exercer o seu papel específico. E, como vimos, este consiste em possibilitar, ao indivíduo, a apropriação daquelas objetivações que constituem o patrimônio comum da humanidade. O que implica, obviamente, a luta pelas condições que permitam atingir o mais plenamente possível este objetivo. “Com isto o indivíduo se constituirá como um ser pertencente ao gênero humano e contribuirá para a reprodução deste” (TONET, 2001, p. 152).

1.2 O HOMEM ENQUANTO SUJEITO TRANSFORMADOR

O primeiro pressuposto de toda atividade humana é naturalmente a existência de indivíduos humanos, a organização corporal destes e sua relação com o resto da natureza. Dessa forma toda sua “historiografia deve partir destes fundamentos naturais e de sua modificação no curso da história pela ação dos homens” (MARX; ENGELS, 1999, p. 29).

Diferente do animal, os seres humanos criam e recriam, pela ação consciente do trabalho e não se limitam à atividade laborativa, antes, dedicam-se à produção de todas as dimensões da vida humana (FRIGOTTO, 2005). Neste sentido, para Marx (1983, p. 149), o “trabalho é um processo entre o homem e a natureza”, porém, o homem se diferencia dos demais animais exatamente por essa capacidade de transformar o ambiente. É certo que os animais também possuem tal capacidade, mas o transformam de maneira particular e para atender às suas necessidades e não o transformam constantemente. O trabalho humano é, em princípio, um processo entre o homem e a natureza, por meio do qual ele se apropria dos elementos naturais, para assegurar, primeiramente, sua existência (MARX; ENGELS, 1999).

Assim, ao modificar o meio ambiente pelo trabalho e assegurar sua existência física, o homem se coloca no processo histórico de sua humanização, na medida em que ele os transforma para a satisfação de suas necessidades (GUEDES, 2007). O trabalho torna-se o ato fundador da vida social e da realização de si, sendo um processo que permeia todo o ser humano, constituindo a sua especificidade (TARTUCE, 2002; FRIGOTTO, 1998).

Nessa direção Marx (2003, p. 117) também observa que

sem dúvida o animal também produz. Ergue um ninho, uma habitação, como as abelhas, os castores, as formigas, etc. Mas só produz o que é absolutamente necessário para si ou para os seus filhotes; produz apenas numa só direção, ao passo que o homem produz universalmente; produz somente sob a dominação da necessidade física imediata, enquanto o homem produz quando se encontra livre da necessidade física e só produz verdadeiramente na liberdade de tal necessidade; o animal apenas se produz a si, ao passo que o homem reproduz toda a natureza; o seu produto pertence imediatamente ao seu corpo físico, enquanto o homem é livre diante do seu produto. O animal constrói apenas segundo o padrão e a necessidade da espécie a que pertence, ao passo que o homem sabe como produzir de acordo com o padrão de cada espécie e sabe como aplicar o padrão apropriado ao objeto; assim, o homem constrói também em acordo com as leis da beleza.

A partir disso, o homem liberta-se da natureza quando passa a dominá-la de acordo com sua consciência e vontade, passando a ser um ser histórico e social (GUEDES, 2007). E essa liberdade acontece a partir da particularidade e capacidade de fabricar e manipular objetos artificiais, uma vez que, se pudéssemos definir nossa espécie considerando estritamente o que a história e pré-história nos apresentam como inerente ao ser humano, talvez não “disséssemos *Homo sapiens*, mas *Homo faber* [...] a inteligência, encarada no que parece ser o seu empenho original, é a faculdade de fabricar objetos artificiais, sobretudo ferramentas para fazer ferramentas e de diversificar ao infinito a fabricação delas” (BERGSON, 1979, p. 178-179, grifos do original).

Contudo, embora o autor esteja sugerindo que o trabalho seja a característica essencial que define o homem em sua totalidade, não devemos considerar tal prerrogativa como sendo suficiente para definir a essência humana. Expressões como o “homem é um animal político” compõem a visão que predominou no desenvolvimento do pensamento filosófico e que se cristalizou no senso comum, marcada por um caráter especulativo e contraposta à existência histórica dos homens (SAVIANI, 2007). Desse modo, diferentemente dos animais, que se adaptam à natureza, os homens adaptam a natureza a si, e, ao agir sobre ela, ele a transforma de acordo com as suas necessidades. Assim,

podemos distinguir o homem dos animais pela consciência, pela religião ou por qualquer coisa que se queira. Porém, o homem se diferencia [...] a partir do momento em que começa a *produzir* seus meios de vida, passo este que se encontra condicionado por sua organização corporal. Ao produzir seus meios de vida, o homem produz indiretamente sua própria vida material (MARX; ENGELS, 1974, p. 19, *grifos do original*).

Ora, o ato de agir sobre a natureza transformando-a em função das necessidades humanas é o que chamamos de trabalho. Podemos, pois, dizer que a essência do homem é o trabalho (SAVIANI, 2007). Nesta perspectiva, Silva (2011) afirma que o processo de humanização em Marx é compreendido e analisado prioritariamente a partir do trabalho que passa a ser característica distintiva do homem em relação aos animais. Da mesma maneira, para Saviani (2007, p. 154),

a existência humana não é garantida pela natureza, não é uma dádiva natural, mas tem de ser produzida pelos próprios homens, sendo, pois, um produto do trabalho, isso significa que o homem não nasce homem. Ele forma-se homem. Ele não nasce sabendo produzir-se como homem. Ele necessita aprender a ser homem, precisa aprender a produzir sua própria existência. Portanto, a produção do homem é, ao mesmo tempo, a formação do homem, isto é, um processo educativo. A origem da educação coincide, então, com a origem do homem mesmo. Diríamos, pois, que no ponto de partida a relação entre trabalho e educação é uma relação de identidade. Os homens aprendiam a produzir sua existência no próprio ato de produzi-la. Eles aprendiam a trabalhar trabalhando.

A condição humana é, portanto, uma construção social, ou seja, não nascemos humanos, mas, nos formamos humanos ao incorporar as produções das gerações passadas. Esta afirmativa tem papel relevante no campo da educação, já que um indivíduo precisa ser educado para se humanizar (COELHO; BARROCO, 2010). O educador que apreende esta noção de essência humana desnaturaliza as ideias e os comportamentos de seu educando, pois o vê como um ser concreto e não abstrato; é necessário ter consciência que “o trabalho educativo é o ato de produzir, direta e intencionalmente, em cada indivíduo singular, a

humanidade que é produzida histórica e coletivamente pelo conjunto dos homens” (SAVIANI, 2003, p.13).

A partir dessa concepção de trabalho, o mesmo se constitui em direito e dever e provoca um princípio formativo ou educativo que

deriva do fato de que todos os seres humanos são seres da natureza e, portanto, têm a necessidade de alimentar-se, proteger-se das intempéries e criar seus meios de vida [...] Não é apenas uma técnica didática ou metodológica no processo de aprendizagem, mas um princípio ético-político (FRIGOTTO, 2009, p. 402).

Para Frigotto (2005, p. 10) ao “embate de concepções de sociedade e trabalho se insere a disputa pela educação como uma prática social mediadora do processo de produção, político, ideológico e cultural”. Assim, ao longo da história humana, a atividade educativa foi assumindo diferentes formas e conteúdos, os quais são estabelecidos e objetivados de acordo com as condições materiais de produção e reprodução da vida (GUEDES, 2007).

No capitalismo, de acordo com Frigotto (1995), a educação escolar tornou-se um campo social de disputa entre a burguesia e a classe trabalhadora. Tal disputa se torna efetiva diante da luta de classes, por meio de projetos que refletem na organização do processo educativo, os quais apresentam diferentes concepções de sociedade, de homem e de educação. “Trata-se de formar um trabalhador "cidadão produtivo", adaptado, adestrado, treinado, mesmo que sob uma ótica polivalente” (FRIGOTTO, 2005, p. 10).

Nesse sentido, o trabalho assume relação direta com as atividades inseridas na produção e que visam acumulação. Segundo Tartuce (2002), em sua forma histórica e socialmente construída, o trabalho torna-se sinônimo de trabalho assalariado, coletivo, fabril, ocupado por homens, na esfera pública, ou seja, é o exercício da atividade econômica dentro da divisão social e técnica do trabalho por meio de uma profissão. Porém, os avanços trazidos pelas relações capitalistas de produção impuseram mudanças na dimensão do trabalho que refletiram na educação, uma vez que o ritmo de trabalho acelerado passou a alterar a rotina, os costumes e os hábitos da população.

Dessa maneira, a escola passou a desempenhar o papel de incorporar valores como disciplina, ordem, pontualidade e o trabalho passou a administrar as dimensões de produção da subsistência, lazer e formação, atribuições estas que antes o trabalhador administrava com a sua família. Portanto, esta relação entre trabalho e educação passou a ser determinada pelos modos de produção capitalista e a impactar diretamente as relações sociais existentes (TARTUCE, 2002). Tal relação, no capitalismo, pressupõe a formação da mão de obra que

atenderá as necessidades do capital. O sistema educacional deverá se adequar e desenvolver conceitos que captem a lógica da flexibilização. Nesse ponto de vista, não interessa uma metodologia de ensino centrada nos saberes disciplinares, antes, exige-se um sistema de aprendizagem centrado no estudante e nas suas competências, verificáveis em situações e tarefas específicas (RAMOS, 2009).

Contraditoriamente ao apresentado acima,

a educação deve propiciar ao ser humano a possibilidade de apropriação do conhecimento em sua forma mais desenvolvida pela humanidade, para que cada indivíduo possa desenvolver plenamente suas potencialidades humanas (GUEDES, 2007, p. 1).

Diante do exposto, o homem enquanto sujeito transformador só será possível se lutarmos por uma educação que possibilite ao indivíduo a apropriação do conhecimento historicamente acumulado. E este “é o desafio que temos que enfrentar diante da ofensiva do capital contra um dos direitos fundamentais da classe trabalhadora: o direito à educação” (GUEDES, 2007, p. 9).

1.3. A EDUCAÇÃO DE TRABALHADORES DA SAÚDE: CONCEPÇÕES E DEBATES

Nesse tópico buscamos discutir acerca da necessidade de reflexões e mudanças a partir da perspectiva da educação em saúde considerando a lacuna de discussões e as transformações ocorridas em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS) e ao Brasil nas últimas décadas. É certo que o SUS trouxe avanços consideráveis em relação à proposta de universalização do acesso aos serviços e à redução das desigualdades sociais no país, porém, apesar de tais avanços, cotidianamente ele ainda enfrenta inúmeros desafios para consolidar seus princípios de forma definitiva, dentre os quais, as distorções na formação humana da força de trabalho que é responsável por sua manutenção (ALMEIDA FILHO, 2013).

A década de 1960 é fundamental para entendermos o início do processo de institucionalização da política de formação de recursos humanos em saúde. O debate sobre a tal processo antecede a própria existência do SUS, uma vez que a III Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1963, pode ser considerada o marco inicial do tratamento político-institucional dos desafios relacionados aos recursos humanos em saúde (VIEIRA, 2011). No entanto, nessa época, a política de saúde não era universal e o papel do Estado restringia-se a

solucionar o problema da doença como forma de controle da situação sanitária do país. Segundo Baptista (2007, p. 40), a lógica era a de organização do

modelo político em vigor para a saúde, com as ações e serviços de saúde pública de um lado e o sistema previdenciário de outro, com políticas isoladas de saúde que atendiam a diferentes objetivos. Uma política de saúde pública universal e com ênfase na prevenção das doenças transmissíveis, e uma política de saúde previdenciária, restrita aos contribuintes da previdência e seus dependentes, com ênfase na assistência curativa. O direito à saúde integral ainda não era um direito do cidadão brasileiro.

A III CNS também discutiu sobre a necessidade de descentralizar as ações a partir de um novo arranjo federativo, destacando que a municipalização poderia colaborar no aumento da cobertura de serviços da saúde e que a utilização de pessoal técnico seria a ferramenta necessária para potencializar tal ação (FERREIRA, 2006; VIEIRA, 2011).

É certo que na III CNS havia uma preocupação com a qualificação da mão-de-obra, contudo, a visão defendida ainda era centralizada no médico, isto é, em caso de municipalização, o profissional médico era o responsável pela equipe de trabalhadores técnicos e menos qualificados para desempenhar os serviços nas pequenas comunidades do interior (SANTOS, 2016). De acordo com Vieira (2011), para ser recrutado para tais serviços os trabalhadores deveriam ter pouco nível educacional; atuar no próprio local de trabalho e realizar o treinamento no menor tempo possível e de forma prática. É desconcertante, porém, tal realidade acerca da falta de qualidade na formação e de estratégias de mão-de-obra de baixo custo para as populações menos favorecidas, especialmente fora dos grandes centros urbanos, continuam atuais.

Contudo, discutir qualificação de mão-de-obra para a saúde não é a mesma coisa que discutir formação para a saúde, enquanto essa última busca uma universalização da área a partir do acesso igualitário, a primeira defende apenas atender às demandas do mercado de trabalho. Essa busca de oferecer saúde para todos só teve seu início com a realização da IV CNS, ocorrida em 1967, onde começaram a ser discutidas questões referentes à formação e aperfeiçoamento na saúde, a uma política permanente de avaliação dos recursos humanos em saúde e a uma Política Nacional de Saúde que atendesse à realidade brasileira (BRASIL, 1967).

Porém, somente na década de 1970 é que se propõe à sociedade uma mudança efetiva na organização do sistema de saúde nacional por meio de um movimento que nasceu no

contexto da luta contra a ditadura que foi a Reforma Sanitária Brasileira (RSB)² (BRASIL, 1986). Tais discussões, sobre a necessidade de que o sistema de saúde no país fosse mais justo, que se organizasse considerando a equidade, as necessidades regionais e dos usuários, com a saúde como direito, não são de hoje. E para que tais mudanças possam se consolidar é necessário exigir dos gestores de saúde, nas diferentes esferas, a identificação e a definição de estratégias para a resolução dos problemas de recursos humanos em saúde, indicando também a necessidade de fortalecimento das práticas de gestão nesse campo. Ou seja, não basta somente que as ideias relativas a tais mudanças permaneçam no campo ideológico, seja o da academia, seja o da gestão. Antes disso, é preciso haver diálogo entre os sujeitos para que haja uma efetiva e contínua transformação no setor da saúde.

Ao longo do tempo, os princípios do SUS vêm sendo problematizados à luz da formação profissional, exigindo que os profissionais de saúde se tornem mais responsáveis pelos resultados de suas ações (SILVA; SANTANA, 2015). Há uma evidente necessidade de trabalhadores comprometidos ética e politicamente, que valorizem as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças, agravos e atenção integral. Para Almeida Filho (2013), a força de trabalho ideal tem que ser caracterizada por profissionais qualificados, direcionados para boas práticas, bem capacitados e comprometidos com a igualdade na saúde. Além disso, podemos acrescentar ao já citado anteriormente, que os profissionais da saúde precisam ser orientados a ter uma visão holística da saúde, não se limitando às paredes dos serviços de saúde ou da gestão.

Nesse sentido, na década de 1980,

posições inovadoras e críticas aos modelos profissionais, assistenciais, educacionais e sociais reivindicaram novas experiências para a integração ensino serviço que extrapolassem a aprendizagem em hospitais, valorizassem a aprendizagem em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e recuperassem a integralidade, incorporando os conteúdos das ciências sociais e humanas nas reformas curriculares (ALMEIDA, 2008, p. 23).

²O movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) nasceu no contexto da luta contra a ditadura no início da década de 1970. A expressão se refere ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde, que abarcavam não apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população. Foi desenvolvida por grupos de médicos e outros profissionais preocupados com a saúde pública que desenvolveram teses e integraram discussões políticas. Teve como marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Suas propostas resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). FONTE: **Pense SUS**. A reflexão fortalece essa conquista. Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria>>. Acessado em 30 de junho de 2015.

Com isso e a partir da realização da I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde (CNRHS), em 1986, a formação de profissionais para o SUS tornou-se cada vez mais presente nas pautas nacionais, mobilizando uma série de programas e projetos direcionados à formação/capacitação de recursos humanos com objetivo de consolidar as discussões sobre a política de gestão e formação de trabalhadores para a saúde e construir uma agenda para o setor (PINTO, *et al.*, 2013).

Na ocasião, discutiu-se sobre a necessidade de articulação entre os centros formadores de pessoal para a saúde e as instituições que prestam serviços na área, bem como sobre o perfil dos profissionais, a questão da interiorização da saúde e as reivindicações dos direitos dos trabalhadores (que alegavam baixa qualificação e remuneração, condições de trabalho pouco favoráveis, carga horária, falta de isonomia) (FERREIRA, 2006; VIEIRA, 2011). A partir disso, identificou-se que a ausência de integração entre o ensino e os serviços; o afastamento das escolas da realidade social; os conflitos de interesse entre o sistema de saúde e de educação; o fato da integração ensino/serviço relacionar-se apenas com os projetos de Integração Docente-Assistencial (IDA); os modelos curriculares desarticulados e o fato dos serviços de saúde não serem considerados locais adequados para formar um bom profissional, como sendo os principais desafios a serem enfrentados na área (CAMPOS *et al.*, 2006).

Passou-se, também, a exigir a reorientação das políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde, nos aspectos relativos à força de trabalho e à preparação de pessoal (FERREIRA, 2006; VIEIRA, 2011). Dessa forma, esperava-se oferecer formações e serviços de qualidade baseados na realidade social. Porém, para que isso pudesse se concretizar, foi preciso propor a perspectiva de um novo olhar na atenção à saúde, o que exigiu a participação das escolas e de outros segmentos, na busca de fortalecer a formação de profissionais habilitados de acordo com o ideário do SUS (SILVA; SANTANA, 2015). Vale salientar que até hoje há a dificuldade de formar estudantes a partir das ideias do SUS, já que o sistema único, visto como uma disciplina ou parte dela, na universidade, não provoca as mudanças necessárias e nem prepara o futuro profissional como deveria.

No ano de 1993, a II CNRHS ainda destacava a necessidade de promover a organização da formação e da gestão do trabalho, sugerindo a regulamentação tanto do ingresso no setor saúde por meio de concurso público, como também da elaboração do plano de cargos, carreira e salários (PCCS). Enfatizou ainda a falta de interesse das instâncias de gestão em efetivar os direitos e reivindicações dos trabalhadores da saúde, o que inviabilizava a construção de uma política de recursos humanos que contemplasse a gestão da educação e do trabalho (FERREIRA, 2006; VIEIRA, 2011). Nesse contexto, Campos e colaboradores

(2006) apontaram que as mudanças curriculares introduzidas no ensino em saúde mantinham referenciais direcionados pela lógica tecnológica e de mercado e que a estrutura curricular era baseada na dicotomia entre teoria e prática.

É necessário salientar que entre 1ª CNRHS e a 2ª CNRHS, o cenário das discussões sobre recursos humanos acontecia em meio a crises econômicas, ao desemprego, ao achatamento salarial, ao estancamento e a deterioração dos serviços públicos, sendo os setores da saúde e da educação os principais atingidos (BOURGUIGNON *et al.*, 2003). Neste contexto, Silva (2005) aponta que o termo “recursos” refere-se a bens e afirma que o recurso humano pode ser considerado da mesma forma que o recurso material, o logístico e o financeiro. Cientes de que o conceito “de ‘recursos humanos’ é próprio da área de administração e remete à racionalidade gerencial hegemônica que reduz o trabalhador à condição de recurso, restringindo-o a uma dimensão funcional” (VIEIRA, 2009, p. 343).

No entanto, na área da saúde, a questão dos recursos humanos envolve tudo que se refere aos trabalhadores da saúde em sua relação com o processo histórico de construção do SUS (MENDES-GONÇALVES, 1993), configurando, assim, um dos seus subsistemas. Nesse sentido,

é tanto um campo de estudo como de intervenção. A área de Recursos Humanos em Saúde (RHS) abarca múltiplas dimensões: composição e distribuição da força de trabalho, formação, qualificação profissional, mercado de trabalho, organização do trabalho, regulação do exercício profissional, relações de trabalho, além da tradicional administração de pessoal (VIEIRA, 2009, p.343).

De acordo com Bourguignon e colaboradores (2003), ao tratarmos os recursos humanos na saúde como sujeitos que lidam com o aspecto curativo de promoção e proteção à saúde, devemos ter ciência de que estes podem ser passíveis de falha. Nessa perspectiva, esses agentes, muitas vezes, são vistos pelos gestores como um insumo, focados na ótica da otimização de alocação e utilização, para atender a legislação vigente.

Indo de encontro à ideia do recurso humano como objeto, o movimento sanitário buscava reverter tal lógica na assistência à saúde no país. Defendia acesso universal e gratuito a saúde, além de considerar os aspectos de prevenção das doenças e não apenas de recuperação. De acordo com Baptista (2007, p. 43) o movimento social apresentava as seguintes proposições:

a saúde é um direito de todo cidadão, independente de contribuição ou de qualquer outro critério de discriminação; as ações de saúde devem estar integradas em um único sistema, garantindo o acesso de toda população a todos os serviços de saúde,

seja de cunho preventivo ou curativo; a gestão administrativa e financeira das ações de saúde deve ser descentralizada para estados e municípios; e o Estado deve promover a participação e o controle social das ações de saúde.

A partir disso foi necessário, também no campo da educação em saúde, reverter a lógica médico-centrada da formação na área. Nesse sentido, é preciso considerar a formação baseada em um modelo de ensino que valoriza as ciências básicas e desvaloriza a promoção e a prevenção da saúde, bem como a desarticulação entre as instituições formadoras e os serviços, o ensino dissociado do trabalho e a ausência de controle social na formulação e implementação de políticas como sendo aspectos críticos e importantes do SUS (NORONHA *et al.*, 2002).

Nesta perspectiva, segundo Ivama e colaboradores (1997), a formação profissional em saúde tornou-se obsoleta e ineficaz diante das transformações ocorridas na sociedade. Tal formação, estruturada sob um modelo pedagógico fragmentado e voltada para uma formação tecnicista e especializada apenas é modelo de transmissão de conhecimento, no qual o professor é a principal fonte de informação e o estudante um sujeito passivo do processo.

1.4. (IM) POSSIBILIDADES DA FORMAÇÃO PARA O SUS

Se considerarmos as modificações ocorridas na sociedade ao longo da história podemos perceber as diversas reconfigurações das relações entre os indivíduos. Basta pensarmos, para isso, na rapidez das transformações sociais, nas mudanças na produção do conhecimento, onde o que era lei ontem, hoje não é mais, ao questionamento dos valores ou até mudança e inversão dos mesmos, a influência dos meios de comunicação e da *internet* nos rótulos aplicados à vida do homem nos diversos contextos, a ascensão do neoliberalismo e da globalização, poderemos ter ideia das alterações ocorridas nas vidas dos sujeitos e na forma de como esses se relacionam com os seus similares, com a natureza e com o mundo (SIQUEIRA-BATISTA, 2013).

O grande desafio que a formação em saúde possui é resolver a complexidade envolvida na área, uma vez que quando falamos “de formação profissional em saúde temos que ter em mente os vários tipos de trabalhadores, os níveis de formação e as funções desempenhadas” (ALMEIDA, 2008, p. 14). Dessa maneira, não foi construído nenhum consenso sobre quais competências seriam ideais para a formação geral em saúde e que contribuições a diversidade da área poderia colaborar nesse sentido. Como consequência

disso, houve uma proliferação de disciplinas, de conteúdos e de procedimentos que produziu uma fragmentação no ensino (FEUERWERKER, 2006).

Contraditoriamente a isso, a formação em saúde deve permitir que o estudante seja capaz de entender a necessidade de garantir o cuidado em todas as suas dimensões, seja a partir das atividades de promoção e prevenção até aquelas que envolvem serviços mais especializados (PINHEIRO; CECCIM, 2006). Ou seja, as instituições de ensino em saúde devem garantir uma formação que sustente, simultaneamente, “a excelência técnica e a relevância (bio) ética e social” (SIQUEIRA-BATISTA, 2013, p. 161). Dessa maneira,

a formação de profissionais de saúde precisa considerar, ainda, o fortalecimento do modelo de atenção à saúde “usuário-centrado”, no qual o compromisso essencial diz respeito às necessidades do usuário, como contrapartida do modelo “procedimento-centrado” atualmente hegemônico, no qual o ordenamento do ato de assistir à saúde é redutível, em grande medida, à produção – quase fordista... – de procedimentos (SIQUEIRA-BATISTA, 2013, p. 161).

Todavia, “o desafio de concretizar a universalidade do acesso, a equidade e a integralidade das ações esbarra, em parte, no perfil de formação dos profissionais da saúde” (SIQUEIRA-BATISTA, 2013, p. 161). Por esse motivo, há no Brasil a busca por um novo modelo acadêmico, voltado à mudanças na formação dos profissionais de saúde e que considere a integração ensino-saúde-comunidade com o objetivo de criar novas propostas de trabalho (BLEJMAR; ALMEIDA, 1999).

Dessa maneira, promover formação voltada ao SUS, a partir da orientação dos seus princípios e pela necessidade do ordenamento da formação de recursos humanos para a saúde não é tarefa fácil. Mesmo apesar das Instituições de Ensino Superior terem investido na mudança da formação profissional, especialmente na última década por meio dos incentivos do governo federal, basta observar a busca exacerbada pela especialização e o distanciamento entre a formação e as necessidades da população brasileira (SIQUEIRA-BATISTA, 2013). Onde muitos estudantes, desde a universidade, já afirmam não terem interesse em atuar na atenção básica, desdenhando a área em relação às demais.

Para mudar tal concepção é necessário ter ciência de que só faz sentido discutir alterações relacionadas às potencialidades de todas as áreas e níveis de atenção em saúde “se for para a qualificação do SUS, reconhecendo-se que existem movimentos localizados, os quais precisam ser ampliados e integrados, para que alcancem resultados efetivos no conjunto do cuidado à saúde” (SIQUEIRA-BATISTA, 2013, p. 162). A consolidação do SUS só se concretizará se houver esforço por parte dos que o constituem no sentido de ampliar o

exercício da cidadania em prol do seu projeto, na idealização que a saúde é direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 2000).

Nesse sentido, nos últimos anos, houve diversas tentativas de construir novas possibilidades pedagógicas e interpretativas relativas ao fenômeno saúde-doença, que estipularam propostas de mudanças para a formação em saúde como forma de potencializar a consolidação do SUS. Currículos integrados, articulações ensino-serviço e o debate sobre a construção das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) são exemplos de reformas do ensino que interagem com os movimentos de mudança no setor saúde (CARVALHO; CECCIM, 2006).

A resolução conjunta do Conselho Nacional de Educação (CNE) e da Câmara de Educação Superior (CES) nº 03, de 07 de novembro de 2001, que trata sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do curso de graduação em enfermagem, por exemplo, traz os princípios e diretrizes do SUS como elementos fundamentais na formação de um profissional capaz de intervir no processo saúde-doença, objetivando a eficiência e a resolutividade, buscando reduzir a lacuna existente entre a formação e a assistência (BRASIL, 2001). Nesse sentido, para Lima e Feuerwerker (2004), a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da área de saúde, (a partir da educação) e a adoção da integralidade como eixo orientador da formação focando a mudança dos processos de trabalho (pelo lado da saúde), poderá promover a mudança necessária na graduação das profissões da saúde.

Segundo Teixeira e colaboradores (2013) nos últimos anos, no Brasil, houve uma expansão do número de escolas e cursos na área da saúde, sobretudo no setor privado, e, conseqüentemente, observou-se o desencadeamento de reformas curriculares. Porém, Almeida Filho (2013) aponta que a hegemonia da universidade brasileira, dificulta o acesso de estudantes de todas as classes aos cursos de saúde, forçando seus estudantes a uma formação baseada em currículos fechados e especializados, que não demonstram compromisso com as políticas públicas de saúde e tende a alienar os estudantes, dificultando, assim, um eficiente trabalho em equipe.

Nesse sentido, as DCNs buscam consolidar os princípios do SUS, quando indicam a construção de um perfil acadêmico e profissional baseado em competências e habilidades para atuação, com qualidade e resolutividade, a partir dos pressupostos da Reforma Sanitária e do reconhecimento do papel central do estudante no processo ensino-aprendizagem (SIQUEIRA-BATISTA; HELAYEL NETO, 2008; SMOLKA, 2011).

As DCNs propõem uma educação direcionada para o desenvolvimento das competências fundamentais à aprendizagem, a saber: aprender a conhecer, aprender a fazer,

aprender a viver com os outros e aprender a ser (DELORS, *et al.*, 1998). A partir disso, a orientação, a que se referem os conhecimentos curriculares, virá a partir da necessidade social de acordo com as particularidades e os contextos onde o conhecimento está inserido (MORASTONI; MALINOSKI, 2006). Porém, “essa conjuntura implica mudanças na formação dos profissionais de saúde, decorrentes do novo perfil socioeconômico brasileiro, aliado às exigências prementes no processo educacional” (SILVA; SANTANA, 2015, p. 3).

A partir disso, quando falamos da formação em saúde como estratégia para a consolidação do SUS, somos impelidos a refletir sobre as “diretrizes curriculares como uma base conceitual, filosófica e metodológica, as quais direcionam uma nova proposta pedagógica no processo de construção de um perfil profissiográfico” (SILVA; SANTANA, 2015, p.2). Esses trabalhadores devem ser dotados de competências e habilidades que sejam adequadas às referências nacionais e internacionais para a formação de um ser crítico-reflexivo, transformador da realidade social, agente de mudança e comprometido com a saúde da população (SILVA; SANTANA, 2015). A formação dos profissionais deve garantir a capacitação com autonomia e discernimento, contemplando o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe, eficiência e resolutividade. Deve atender também as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS, e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento (BRASIL, 2001).

Com essa visão, espera-se formar profissionais habilitados, capazes de responder às necessidades da população brasileira, de operacionalizar e qualificar o SUS, buscando-se um egresso comprometido com seus princípios (SIQUEIRA-BATISTA, 2013). Isto é, tais profissionais devem ser capacitados para utilizar conhecimentos diversos, de modo a solucionar os desafios que aportam todos os dias nas unidades de saúde. Para isso, é necessário que haja diálogo entre os conteúdos e metodologias a partir das transformações sociais e o mundo do trabalho (FERNANDES *et al.*, 2005).

Em relação à organização do currículo, Pinto e colaboradores (2013) afirmam que na literatura científica há uma boa quantidade de estudos sobre formação e capacitação de Recursos Humanos para o SUS, no entanto, há uma escassez de estudos sobre os currículos para a área, no que diz respeito aos seus conteúdos diante das possibilidades apontadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais.

Para que essas lacunas entre estudos de formação e de currículos sejam efetivadas, isto é, para a concretização das DCNs, é importante considerarmos que, quando tratamos de formação e qualificação de pessoal voltado para o SUS, já na formação acadêmica na área da saúde, os estudantes e professores precisam se interessar e se inserir no campo real da atuação

nas políticas públicas de saúde, no dia a dia de profissionais, usuários e gestores. Tal inserção pode possibilitar a resolução de problemas encontrados na assistência e para qualificar efetivamente o cuidado aos usuários (BATISTA, GONÇALVES, 2011).

A partir disso, também temos de levar em conta que a cada ano temos novos profissionais da área de saúde iniciando sua atuação nos vários cenários de trabalho do SUS, com diferentes ideologias em suas formações. Esses novos profissionais vão se somar a outros trabalhadores que já enfrentam cotidianamente os desafios sabidamente conhecidos, tanto na área de gestão como na de assistência. Nesse sentido, percebemos claramente que todos (os novos e antigos) necessitam da articulação das instituições formadoras e dos diferentes níveis de gestão, de modo a possibilitar a construção de processos de educação permanente, oferecendo espaços de capacitação e reflexão crítica positiva, diante dos problemas e desafios da Saúde Pública (BATISTA, GONÇALVES, 2011).

Podemos considerar que os dois grupos citados anteriormente (os recém formados e os que já trabalham no SUS) possuem expectativas de obter sua própria visão dos sistemas de saúde, desejam conhecer outras experiências, outras realidades para objetivar e qualificar a própria prática. Querem também aplicar os conhecimentos adquiridos, tanto na academia, quanto no trabalho diário, reconstruir modelos e buscar respostas às novas demandas de realidades diversas e complexas, ficando evidente que só se consegue mudar realmente a forma de cuidar, tratar e acompanhar a saúde dos usuários se conseguirmos mudar também os modos de ensinar e aprender (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

É necessário compreender que as propostas não podem mais ser construídas isoladamente (em gabinetes ou salas de planejamento) nem de cima para baixo. As mudanças não serão efetivadas se forem decididas pelos níveis centrais sem levar em conta as realidades locais. As propostas de alterações devem ser parte de uma grande estratégia, devem ser articuladas entre si e construídas a partir da problematização das necessidades e dos seus diversos segmentos (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). É indispensável que as várias instâncias, articulem caminhos para a formação de novos profissionais de saúde, possibilitem o desenvolvimento/atualização do pessoal que já está no SUS e legitimem propostas direcionadas a um desempenho profissional qualificado e em quantidade suficiente em todos os pontos do país (BATISTA, GONÇALVES, 2011).

Para Machado (2003) somente com estratégias concretas e ações que potencializem os profissionais da saúde é que a qualificação dos recursos humanos na saúde se tornaria possível. Ou seja, é preciso fortalecer a força de trabalho da saúde para que estes sejam capazes de enfrentar as mudanças e os desafios gerados no desempenho do trabalho diário nos

diferentes espaços do SUS. Nesta mesma linha, Batista e Gonçalves (2011, p. 886) consideram que

todo investimento em treinamento e qualificação de pessoal, quando bem planejado e desenvolvido, é capaz de produzir mudanças positivas no desempenho das pessoas. Entretanto, é importante considerar que os resultados esperados de programas de treinamento e desenvolvimento de pessoal podem ser minimizados pelas condições de cada estrutura Institucional, caso a interação entre essa estrutura e os objetivos das propostas de treinamento/qualificação não estejam alinhados.

Portanto, as políticas e propostas de formação dos profissionais para o SUS devem articular capacitação, qualificação, desenvolvimento, estratégias e ações de aproximação constante das práticas dos serviços de saúde às práticas de investigação e reflexão teórica, tanto do pessoal das universidades, quanto da gestão e da assistência (BATISTA, GONÇALVES, 2011).

De modo geral, o processo de acumulação de conhecimento por meio da vida e da formação de cada profissional da saúde promove sua integração aos serviços e colabora no desenvolvimento de competências e habilidades. Porém, o conjunto acumulado precisa de espaços para análises e reflexões de forma que esses indivíduos sejam orientados e capazes de articular os saberes e renovar as capacidades de enfrentamento de desafios encontrados no cotidiano do processo de trabalho, na diversidade de profissões e pensamentos, nos usuários, nas tecnologias e na organização dos serviços do SUS. Logo, só fortaleceremos a formação dos profissionais, diante da necessidade de reestruturação, se formos capazes de traçar estratégias e modelos de capacitação que considerem os contextos de trabalho e o espaço de atuação de quem dele participa (FEUERWERKER, 2000). Nesse sentido, além da perspectiva de considerar o ofício propriamente dito, a formação/capacitação também deve considerar aspectos pessoais, valores e ideias que cada profissional tem sobre o SUS de forma que possa proporcionar uma visão holística dos sujeitos que o compõem.

Da mesma maneira que existem inúmeros desafios na educação para o SUS, existem inúmeras possibilidades, cabendo destaque principal às atividades de integração ensino-trabalho-cidadania (SIQUEIRA-BATISTA, 2013). Nesse sentido, a proposta pedagógica deve conter metodologias ativas de ensino/aprendizagem, que discutam sobre aspectos concretos e práticos, de acordo com a realidade de quem aprende, a partir de diálogos que explorem o processo de trabalho e as estratégias pedagógicas, considerando as rotinas e as intencionalidades de cada sujeito de aprendizagem (MOTTA, 2001).

Junto à possibilidade de transformar as práticas profissionais existe, na medida em que as perguntas e as respostas são construídas, uma reflexão de trabalhadores e de estudantes sobre o trabalho que realizam ou para o qual se preparam. Nesse sentido, “profissionais de saúde, docentes e estudantes devem estar inseridos no mundo do trabalho, na perspectiva da *educação permanente*, tendo em vista qualificar a formação e fortalecer o SUS” (SIQUEIRA-BATISTA, 2013, p.161), uma vez que a educação permanente proporciona ir além do processo de educação continuada baseado em “adaptação e conformação”, apostando no viés da transformação (PEREIRA; LIMA, 2009). A educação permanente, nesse sentido,

é, ao mesmo tempo, prática de ensino-aprendizagem – produção de conhecimento no cotidiano dos serviços – e política de educação na saúde – ensino que contribui à construção do SUS. Isso porque se aposta que a *educação permanente* seja capaz de possibilitar, ao mesmo tempo, o desenvolvimento pessoal daqueles que trabalham na área da saúde e a consolidação das instituições, reforçando a relação das ações de formação com a gestão do sistema e dos serviços, com o trabalho da atenção à saúde e com o controle social (SIQUEIRA-BATISTA, 2013, p. 161-162).

Dessa forma, a educação permanente deve ser capaz de se inserir no cotidiano das pessoas e das organizações, a partir dos problemas que existem e afetam a realidade do processo de trabalho, levando em consideração o próprio conhecimento acumulado pelos sujeitos que nela se inserem na busca de soluções (SIQUEIRA-BATISTA, 2013). O resultado esperado a partir disso é a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os atores envolvidos, a busca de soluções criativas para os problemas encontrados, o desenvolvimento do trabalho em equipe, a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e a humanização do atendimento (BRASIL, 2005).

Nesse sentido, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é uma proposta de ação estratégica que pode contribuir para a transformação e a qualificação das práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços, dos processos formativos e das práticas pedagógicas na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. Ela implica em trabalho intersetorial capaz de articular o desenvolvimento individual e institucional, as ações e os serviços e a gestão local, a atenção à saúde e o controle social (BRASIL, 2004).

Na proposta da PNEPS, a mudança das estratégias de organização dos serviços e do exercício da atenção é construída na prática das equipes.

As demandas para a capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas prioritariamente, desde a origem dos problemas que acontecem no dia a dia, da organização do trabalho em saúde [...] Desse modo, transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não pode ser considerado uma questão simplesmente técnica, pois envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas (JAEGER; CECCIM, 2004, p. 9-10).

Os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde devem ser orientados pelas necessidades de saúde da população, do próprio setor da saúde e do controle social (BRASIL, 2005). A Educação Permanente em Saúde (EPS)³ deve servir, nesse sentido, para preencher lacunas e transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho. Para tanto, não basta apenas transmitir novos conhecimentos para os profissionais, pois o acúmulo de saber técnico é apenas um dos aspectos para a transformação das práticas e não o seu foco central (BATISTA, GONÇALVES, 2011).

Nesse sentido, para Lima (2010), o treinamento em serviço foi uma forma histórica de iniciação profissional na área de saúde, para a qual, durante décadas, o tempo de formação prática prevaleceu sobre o tempo de formação escolar. Tal treinamento foi determinado pela clássica dicotomia entre trabalho intelectual e trabalho manual, o tempo de formação prática ainda está na base das acirradas lutas e disputas pelo reconhecimento profissional de diversos “práticos de saúde”, isto é, tais profissionais sabem fazer os procedimentos aos quais se propõem, mas, muitas vezes, não compreendem o porquê de fazê-lo, uma vez que, para eles é necessário reproduzir as práticas e não entendê-las.

Pereira e Lima (2009, p. 185) afirmam que é necessário que o papel da educação em saúde seja o de recuperar a relação entre conhecimento e a prática do trabalho, o que significa compreender como a “ciência se converte em potência material no processo de produção de mercadorias, de maneira geral, e nos serviços de saúde, em particular”. Acrescentando que, dessa maneira,

deveria propiciar aos estudantes o domínio dos fundamentos científicos das diversas técnicas e não o mero adestramento em técnicas produtivas. Tem que ser capaz de fazer com que quem estuda seja capaz de compreender o que estuda e não apenas decorá-lo para atingir determinadas metas (PEREIRA, LIMA, 2009, p. 185).

Ou seja, os autores afirmam que se trata da possibilidade de formar profissionais em um processo onde se aprende praticando, mas, ao praticar, se compreende os princípios científicos que estão direta e indiretamente na base desta forma de organizar o trabalho na

³Sobre EPS iremos abordar mais detalhadamente a partir da perspectiva da Escola Técnica do SUS (ETSUS) na qual estamos inseridos.

sociedade. Implica ainda que o processo de trabalho desenvolva os aspectos manuais e intelectuais, pois são características do trabalho humano (PEREIRA; LIMA, 2009).

Para contribuir com as mudanças necessárias na educação/formação de recursos humanos para a saúde e, por conseguinte, para a consolidação e fortalecimento do SUS é “necessária uma formação profissional com estrutura curricular que viabilize a compreensão dos aspectos subjetivos da saúde do ser humano, e que a educação/formação não represente momento distinto e independente do cotidiano das práticas e serviços de saúde” (SILVA; SANTANA, 2015. p. 11).

Logicamente, que a reforma curricular constitui apenas um dos elementos necessários à formação de um perfil profissional, visto que ele influencia, mas não determina as práticas. Assim, é necessário reforçar a necessidade de que todos os envolvidos em tais processos (docentes, discentes e corpo administrativo das instituições) sejam capazes de se sentirem sujeitos ativos e capazes de provocar mudanças efetivas, estando abertos a discutir e a construir projetos político-pedagógicos que promovam a formação de profissionais com as competências e as habilidades imprescindíveis à consolidação do SUS.

1.5 O PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO E A EDUCAÇÃO PARA A CIDADANIA

Buscar uma nova organização para a escola constitui uma ousadia para a comunidade escolar. Para isso, é necessário que os sujeitos envolvidos tenham a definição clara do tipo de escola que desejam, sua identidade e a que ela se destina. A partir dessa perspectiva, a LDB determina, em seus artigos 12 e 13 “[...] que os estabelecimentos de ensino terão a atribuição de elaborar e executar sua proposta pedagógica” (BRASIL, 1996). Com isso, a escola deve buscar constantemente sua autonomia propondo estratégias para isso, ou seja, deve expor a pretensão ou idealização daquilo que quer fazer, com objetivos, metas e estratégias contínuas, seja no aspecto pedagógico, seja no aspecto administrativo. Dessa maneira, suas propostas pedagógicas e políticas devem fazer parte do seu planejamento e também da gestão da escola e não apenas serem instrumentos burocráticos institucionais (BETINI, 2005).

Sobretudo quando, segundo Gadotti (2000), a sociedade moderna passa por uma crise de conceitos provocados pela globalização da economia e das comunicações, pelo pluralismo político e pela emergência do poder local. “Nessa sociedade cresce a reivindicação pela autonomia contra toda forma de uniformização e o desejo de afirmação da singularidade de cada região, de cada língua” (GADOTTI, 2000, p. 1). Dessa maneira, ao construirmos os

projetos de nossas escolas, planejamos o que temos intenção de realizar para que possamos atingir a autonomia a partir da regulamentação desse processo. Para Gadotti (1994, p. 579) a noção de projeto implica sobretudo na noção de tempo, uma vez que

todo projeto supõe rupturas com o presente e promessas para o futuro. Projetar significa tentar quebrar um estado confortável para arriscar-se, atravessar um período de instabilidade e buscar uma nova estabilidade em função da promessa que cada projeto contém de estado melhor do que o presente. Um projeto educativo pode ser tomado como promessa frente a determinadas rupturas. As promessas tornam visíveis os campos de ação possível, comprometendo seus atores e autores

A partir disso, podemos afirmar que todo projeto é uma ação intencional, que busca uma direção e possui um sentido explícito de acordo com o tempo disponível para que as mudanças ocorram. Gadotti (2000, p. 4, **grifo do autor**) nos apresenta os diversos “tempos” que precisamos compreender ao empreitarmos a iniciativa de nossos projetos. São eles:

- a) **Tempo político.** Que define a oportunidade política de um determinado projeto;
- b) **Tempo institucional.** Cada escola encontra-se num determinado tempo de sua história. O projeto que pode ser inovador para uma escola pode não ser para outra;
- c) **Tempo escolar.** O calendário da escola, o período no qual o projeto é elaborado é também decisivo para o seu sucesso;
- d) **Tempo para amadurecer as ideias.** Só os projetos burocráticos são impostos e, por isso, revelam-se ineficientes em médio prazo. Há um tempo para sedimentar ideias. Um projeto precisa ser discutido e isso leva tempo.

Nesse contexto, a partir do reconhecimento de qual “tempo” a escola está inserida e se seu processo de trabalho é maduro o suficiente para poder construir um Projeto Político Pedagógico (PPP) podemos inferir que o desafio se encontra no entendimento do que se trata o projeto em si, da identificação das identidades da escola e da perspectiva cidadã que o mesmo propõe.

Assim, acreditamos que o PPP, entendido como instrumento de organização coletiva, pode colaborar com o processo necessário de mudanças integrando-o e direcionando-o, além de articular todos os setores da escola para participar ativamente da consolidação de um modelo de educação que atenda aos anseios sociais nessa busca de romper com o passado na perspectiva de um futuro para a comunidade escolar.

Logo, o projeto da escola deve ser entendido como político porque se articula com o compromisso sociopolítico partindo dos interesses reais e coletivos da população, ou seja, deve ter compromisso com a formação do cidadão para a sociedade. "A dimensão política se

cumpra na medida em que ela se realiza enquanto prática especificamente pedagógica" (SAVIANI 1983, p. 93). É pedagógico no sentido de definir as ações educativas e as características necessárias às escolas e de cumprirem seus propósitos. É capaz, deste modo, de efetivar a intencionalidade da escola, que é a formação do cidadão político, participativo, responsável, comprometido, crítico e criativo (GADOTTI, 2000).

Portanto, político e pedagógico tem assim uma significação indissolúvel, sendo "um processo de permanente reflexão e discussão dos problemas da escola na busca de alternativas viáveis à efetivação de sua intencionalidade, que não é crítica ou constatativa, mas construtiva" (VEIGA, 2002, p.13). Por isso, o PPP da escola é "sempre um processo inconcluso, uma etapa em direção a uma finalidade que permanece como horizonte da escola" (GADOTTI, 2000, p. 2).

Segundo Aguilar (1997, p. 7-10) quando pensamos nas questões político-pedagógicas da escola, devemos observar as seguintes dimensões ou elementos constitutivos:

1) Dimensão estrutural e conjuntural da sociedade, que refletirá a visão do contexto macro da sociedade em seus aspectos econômicos, políticos e sociais. Deve responder à pergunta: que sociedade queremos construir?

2) Dimensão Ética Valorativa que é importante para a formação da cidadania. Responde à questão: que valores-guias devem ser constituídos para a construção e valorização do nosso projeto político-pedagógico?

3) Dimensão da Historicidade da Instituição ou realidade interna. Aqui, deve-se compreender o passado escolar, desvelar o presente e projetar o futuro. É a questão que deve ser respondida é: que cara tem a nossa escola?

4) Dimensão do Processo do Conhecimento. Trata do conteúdo, dos conhecimentos que a escola quer socializar e produzir. A questão é: que conhecimentos queremos socializar e produzir em nossa escola?

A partir dessas observações, podemos afirmar que o PPP de uma instituição formadora é compreendido como o documento que deve explicitar os fundamentos políticos e filosóficos que reflitam a realidade da comunidade escolar local, que, portanto, passará a almejar desenvolvê-los por meio de sua prática. No PPP estão expostos os valores, os princípios, os pressupostos epistemológicos e didático-metodológicos, pensando-se o processo vivido pela escola em sua totalidade (VEIGA, 1998).

Para Cavagnari (1998) o PPP é o instrumento que orienta e permite operacionalizar a autonomia da escola, conferindo organicidade ao trabalho educativo, compreendendo o pensar e o fazer da instituição formadora por meio de ações que combinem a reflexão e o fazer

pedagógicos. Ao definir a intenção da escola, define também o tipo de trabalhador e de cidadão que pretende formar, suas características mais importantes e seu perfil profissional.

Enquanto que De Rossi (2004, p. 32-33) ressalta que o projeto político pedagógico da escola “é um documento escrito que se constitui como um instrumento de articulação entre os fins e os meios; considerando que o instituído (legislação, currículos, conteúdos, e métodos), é, ao mesmo tempo, instituinte da cultura escolar”.

Assim, os princípios que podem nortear a construção de um projeto político-pedagógico e que são relevantes no entendimento de seus limites e possibilidades são: a) Igualdade de condições para acesso e permanência na escola; b) Qualidade para todos; c) Gestão democrática (pedagógica, financeira e administrativa); c) Liberdade e Autonomia; d) Valorização dos professores (VEIGA, 2002). De acordo com a autora, ao garantirmos esses princípios no PPP, podemos proporcionar que a escola seja capaz de definir sua operacionalização relacionada à suas estruturas, uma vez que não basta somente o PPP estar construído e arquivado, se faz necessário que ele seja real, concreto e exequível.

Para Santos (2009) o PPP é capaz de promover mudanças organizacionais significativas, ao integrar a comunidade educativa em torno de soluções co-participativas para os conflitos e necessidades da realidade educacional, em torno da efetivação da função social da escola. Nesta perspectiva,

deve promover a organização e melhorar a gestão escolar respondendo as exigências atuais de respeito à diversidade, a etnicidade, a multireferencialidade e as fronteiras dos saberes, garantindo assim a construção de uma sociedade mais justa, democrática e igualitária (SANTOS, 2009, p. 46).

Para a construção de um PPP, Veiga (2002) aponta sete elementos que precisam ser destacados:

a) Finalidade, ou seja, para que serve o PPP e como, a partir dele, se atingiria a cidadania e autonomia almejadas pela comunidade escolar;

b) Estrutura organizacional, que devem estar relacionadas às estruturas administrativas (que asseguram a gestão de pessoal, de recursos físicos, financeiros, estruturais, limpeza, etc.) e pedagógicas (interações políticas, questões relacionadas ao ensino-aprendizagem e as de currículo);

c) Currículo, que implica a relação dos sujeitos em busca de um mesmo objetivo a partir de um referencial teórico. E deve ser construído social, ideológica, culturalmente, inclusive com papel de controle social.

d) O tempo escolar, que é o tempo da escola propriamente dito (horários, dias letivos, férias, etc.).

e) O processo de decisão, que deve agir de acordo com os interesses da comunidade escolar, prevendo mecanismos que estimulem a participação de todos.

f) As relações de trabalho, que devem ser baseadas em atitudes de solidariedade, reciprocidade e participação coletiva.

g) Avaliação, que deve ter uma visão crítica e nascer da necessidade de conhecimento da realidade escolar. Não pode excluir, deve ser democrática e favorecer o desenvolvimento das capacidades de cada estudante de modo que estes se apropriem de conhecimentos técnico-científicos e sociais.

Com isso, Veiga (2002) explicita que o PPP deve trazer consigo os fundamentos teórico-metodológicos, os objetivos, o tipo de organização e as formas de implementação e avaliação que devem conter no documento e nortear a escola a partir disso.

Contudo, diante da sua dimensão “projetiva”, o projeto político pedagógico pode assumir diversas perspectivas. Assim, numa visão que chamaríamos de mais “pragmática”, o PPP pode ser entendido como um instrumento de trabalho que apresenta o que vai ser feito, quando, de que maneira, por quem, para chegar a que resultados (NEVES, 1995). Na concepção de Sousa e Corrêa (2002), ele possui uma intencionalidade explícita, visto que deve basear-se na discussão coletiva dos problemas da escola e na busca de soluções, por meio do compartilhamento das ações entre os vários segmentos escolares.

Para Santos (2009) as ações projetadas no PPP podem possibilitar a efetivação da intencionalidade da escola que é a formação de cidadãos competentes, participativos, responsáveis, críticos e criativos através da relação com os saberes. Pode, também, instaurar um momento importante de renovação da instituição escolar, na medida em que as pessoas se envolvem em sua elaboração, buscando alicerçar-se no desenvolvimento de uma consciência crítica (GADOTTI, 1998). Entendido assim, ele aparece como um processo, e não somente como produto. Nesse sentido, segundo Stauffer (2007), o processo educativo – que não se dá somente no interior da instituição formadora, apesar de esta ter a legitimidade para socializar o conhecimento construído historicamente pela sociedade – deve ser permanentemente reconstruído, pois esse projeto nunca está concluído, acabado, definido de uma vez e para sempre.

O projeto político pedagógico,

ao se constituir em processo democrático de decisões, preocupa-se em instaurar uma forma de organização do trabalho pedagógico que supere os conflitos, buscando eliminar as relações competitivas, corporativas e autoritárias, rompendo com a rotina do mando impessoal e racionalizado da burocracia que permeia as relações no interior da escola, diminuindo os efeitos fragmentários da divisão do trabalho que reforça as diferenças e hierarquiza os poderes de decisão (VEIGA, 1998, p. 2)

Desse modo, segundo a autora citada anteriormente, o PPP relaciona-se com o trabalho pedagógico a partir de duas realidades: “como organização da escola como um todo e como organização da sala de aula, incluindo sua relação com o contexto social imediato, procurando preservar a visão de totalidade” (VEIGA, 1998 p. 2).

Para Gadotti (2000), nesse processo de construção do PPP deve haver: a) uma comunicação eficiente e de fácil compreensão de todos os envolvidos; b) adesão voluntária e consciente da comunidade escolar na elaboração do projeto; c) vontade política e recursos financeiros; d) controle, acompanhamento e avaliação constantes; e) um ambiente favorável; f) credibilidade dos defensores das ideias do projeto; g) um referencial teórico de qualidade. Para o autor, a falta desses elementos dificulta a elaboração e a implantação de um projeto para a escola.

Ainda segundo Gadotti (2000, p. 3), dentre as principais limitações e obstáculos relacionados à instauração de um processo democrático como parte do projeto político-pedagógico da escola, destacam-se: a nossa pouca experiência democrática; a estrutura do sistema educacional; o autoritarismo que impregnou ao processo educacional; o tipo de liderança que tradicionalmente domina a atividade política no campo educacional.

Para se efetivar no processo de construção da escola, o PPP deve se apoiar

no desenvolvimento de uma consciência crítica; no envolvimento das pessoas: a comunidade interna e externa à escola; na participação e na cooperação das várias esferas de governo; na autonomia, responsabilidade e criatividade como processo e como produto do projeto (GADOTTI, 2000, p. 3).

Além disso, deve ser visto como instrumento de gestão e de comprometimento coletivo. Deve ser utilizado como referência para os desafios da escola, sendo um resumo das condições e funcionamento da escola. Com o PPP bem construído e administrado, a escola pode alcançar os seus objetivos, ao passo que, sua ausência, pode significar falta de responsabilidade para com ela, com os seus sujeitos e com a educação em geral, o que certamente terá reflexos no desenvolvimento da sociedade (FREITAS, 2004; BETINI, 2005).

Com esse capítulo, buscamos apresentar um panorama geral sobre os processos necessários para a compreensão da atuação dos processos educativos desde a concepção do

“homem transformador” e sua transformação pelo trabalho que o libertam para a cidadania até as necessidades relacionadas à área da saúde que a efetivem. Bem como abordamos as possibilidades de um Projeto Político Pedagógico poder colaborar com a efetivação de uma educação cidadã.

CAPÍTULO 2 - CONTEXTO HISTÓRICO-SOCIAL DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NO BRASIL

2.1 MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE E SUAS INFLUÊNCIAS NO PROCESSO DE FORMAÇÃO NA ÁREA

Desde a década de 1940 estudiosos compreendem a saúde de forma inseparável do processo de desenvolvimento de um determinado local já que esta possui uma relação estreita com o contexto econômico, social, político e cultural. Tal compreensão fez com que cada vez mais houvesse mobilização popular na busca de melhorias na área, tanto relacionada à discussão local regional citada acima quanto na busca de novas formas de mobilização popular em defesa de decisões políticas voltadas às necessidades de saúde da população (LIMA; BRAGA, 2006).

Com isso, foi possível repensar criticamente a

organização sanitária brasileira com a conseqüente correção de dois vícios que lhe reduziam o alcance e a eficiência: a insuportável centralização que deixava desprotegido um grande contingente da população e a atitude de passividade com que eram aceitas muitas medidas estranhas à nossa realidade (BRASIL, 1992, p. 3).

Em 1963, a 3ª Conferência Nacional de Saúde trouxe o tema da Municipalização com o objetivo de “descentralizar a execução das ações básicas de saúde, de modo a criar uma estrutura sanitária verdadeiramente nacional e flexível o bastante para adequar-se à realidade econômica, política e social da comunidade, num país de tão grandes diferenças regionais” (BRASIL, 1992, p. 3), recomendando 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, 1992, p.3).

Apesar do avanço social nas discussões relacionadas à saúde, com o golpe militar, em 1964, tais propostas foram abortadas. O Ministério da Saúde perdeu o comando da Política Nacional de Saúde, expresso na diminuição do orçamento destinado às ações de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985). Nesse período, a visão de saúde como mercadoria tornou-se hegemônica na lógica da modernização capitalista e transformou-se em setor produtivo para o capital. Tal mercantilização ampliou a relação das empresas de serviços médicos e das empresas industriais em saúde, especialmente quando o Estado passou a assegurar a predominância do modelo médico-assistencial privatista

na prestação de serviços, tendo como consequências consideráveis uma maior tecnificação do ato médico e do assalariamento dos seus profissionais (LIMA; BRAGA, 2006).

Consequentemente, a simplificação do cuidado e dos serviços oferecidos pode ser considerada como elementos de racionalização do modelo, objetivando uma extensão de cobertura a baixo custo para as populações não assistidas pelo sistema oficial de saúde. Para Donnangelo e Pereira (1976, p. 31), “a diferenciação adquire especificidade nas sociedades capitalistas como decorrência da forma pela qual nela se projetam o fator trabalho e as relações de classe”. Assim, concomitante à progressiva medicalização da sociedade capitalista, verifica-se “de um lado, a seleção de grupos sociais a serem incorporados ao cuidado médico, conforme ao seu significado para o processo econômico e político; de outro, uma diferenciação das instituições médicas voltadas para diferentes tipos de ações e diferentes clientela” (DONNANGELO; PEREIRA 1976, p. 31). Tal proposta se materializa, a partir da segunda metade dos anos 1970, por meio 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)⁴ e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde do Ministério da Saúde (PPREPS/MS) (LIMA; BRAGA, 2006, p. 33).

Contudo, o aumento da industrialização no Brasil na década de 1950, provocada pelo fortalecimento do modelo médico-assistencial e pela capitalização da saúde, enfraqueceu o modelo econômico agroexportador, até então predominante, e potencializou as cidades como centros produtivos, expandindo, dessa maneira o capitalismo monopolista no país que, “atraído pela abundância de matérias-primas e pela mão-de-obra barata, passa a determinar as opções econômicas empenhadas com a inovação tecnológica, com a produção em larga escala e com a competitividade dos produtos no mercado externo” (LIMA; BRAGA, 2006, p. 23).

Associada ao êxodo rural para os centros urbanos encontra-se a precária ou ausente qualificação profissional da potencial força de trabalho para a indústria o que, consequentemente, pressionou o sistema de saúde vigente que teve de atendê-los, seja para aumentar a produtividade do trabalho ou a produção de mais-valia relativa (DONNANGELO; PEREIRA, 1976), já que as boas condições de saúde do trabalhador potencializam seu rendimento no trabalho e o leva a produzir mais com um custo menor. De acordo com Lima e

⁴ Aprovado pelo decreto nº 78.307 de 24/08/1976, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) teve como finalidade implantar estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até 20 mil habitantes e de contribuir para a melhoria do nível de saúde da população da Região. **FONTE: Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste.** Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-78307-24-agosto-1976-427254-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acessado em: 11 de março de 2016.

Braga (2006, p. 24) esse movimento determinou “a substituição do modelo de saúde dominante até a primeira metade dos anos 1960 – o sanitarismo desenvolvimentista – por outro mais conforme as necessidades de uma economia industrializada – o modelo médico-assistencial privatista”. Esse modelo deixa claro que “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).

Somado a essa perspectiva, o advento do capitalismo exigiu um setor de atenção à saúde que fosse eficiente para todos os grupos sociais e reproduzisse o processo de produção e reprodução do capital no seu interior. O hospital, nesse momento, assumiu tal posição definindo-se como o *locus* de atuação do trabalhador coletivo de saúde e detentor da infraestrutura e equipamentos necessários à prestação de serviços de assistência à população (LIMA; BRAGA, 2006). Dessa maneira, o hospital assume cada vez mais as características da grande indústria: passou a se modernizar com a incorporação de tecnologias, definiu o assalariamento da força de trabalho e aumentou a diferenciação da mão de obra empregada com claras divisões técnicas do trabalho (LIMA; BRAGA, 2006). A partir disso, o foco não era mais as necessidades de saúde da população, mas dar conta da demanda de pacientes, garantindo o menor tempo de internação e a máxima rotatividade.

Ainda de acordo com Lima e Braga (2006, p. 22), as bases para impulsionar e consolidar o modelo hospitalocêntrico foram

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, 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.

Essa consolidação do hospital como sendo o local de tratamento de agravos na saúde e reprodutor dos ideais capitalistas fez com que o campo da saúde passasse a experimentar intensas transformações que, “se por um lado elevavam o custo da assistência médica, por outro modificavam o próprio ato médico, seu saber e sua prática, em consequência desse mesmo desenvolvimento tecnológico e de capital na saúde” (LIMA; BRAGA, 2006, p. 25). Donnangelo e Pereira (1976) destacam, nesse sentido, que o fortalecimento do capital em setores industriais do trabalho em saúde provocou uma nova configuração da prática médica: superou a clínica como unidade básica de trabalho em consequência do aumento da utilização dos recursos para fins de diagnóstico e terapêuticos utilizados 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.

Em relação à enfermagem, o desenvolvimento tecnológico e de capital na saúde, aliado a uma organização do trabalho baseada no taylorismo/fordismo, também exerceu influência: “aumentou a escolaridade dos trabalhadores da área, ao tempo que esvaziou o processo de trabalho de seu conteúdo decorrente da organização das técnicas de enfermagem e da prática assistencial sob a modalidade dos cuidados funcionais” (LIMA; BRAGA, 2006, p. 25-26). Tal organização do trabalho exige menos mão de obra com o ensino médio completo e formação profissional técnica e, juntamente com o aumento do número de hospitais, levou a transformação “do setor saúde em um importante pólo de criação de empregos e de absorção de mão-de-obra no período do milagre econômico (1968-1974)” (LIMA; BRAGA, 2006, p. 27), ainda que tais trabalhadores não fossem devidamente qualificados para exercerem a função.

Paradoxalmente, 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” (LIMA; BRAGA, 2006, p. 27). Essa nova realidade de saúde passou a contar com médicos cada vez mais especialistas e individualistas e atendentes de enfermagem que fossem “práticos”, mas não necessariamente soubessem a teoria. Nessa lógica, temos a máxima de que quanto menos os indivíduos forem informados, mais se consegue controlá-los.

Em decorrência dessa diferenciação profissional e da introdução de sofisticados equipamentos médicos no processo de trabalho em saúde, no âmbito hospitalar, “a ideia da formação de técnicos de saúde de nível médio girou em torno das funções e das necessidades de um “suposto” mercado de trabalho para estes profissionais” (PEREIRA; LIMA 2009, p. 183-184). Sobretudo porque os serviços de saúde foram e ainda se mantêm atualmente como “um importante pólo de criação de postos de trabalho, especialmente quando os associamos ao modelo de saúde adotado no pós-64, onde se focalizou na ampliação em larga escala da produção de serviços médicos hospitalares” (PEREIRA; LIMA 2009, p. 184).

A partir desse contexto, é necessário salientar as duas forças contidas e discutidas até aqui: de um lado a indústria médico-hospitalocêntrica controlando os diversos setores da saúde e de outro a classe trabalhadora que, em busca de melhores condições de vida proporcionadas pelo desenvolvimento dos centros urbanos, se submete ao mercado sem a qualificação necessária pressionando, muitas vezes, o próprio sistema de saúde no qual se inseriam. Nesse contexto de lutas, iniciado no período de transição democrática nos anos

1970, e indo de encontro à lógica hospitalocêntrica, o movimento sanitarista lutava pela democracia na política nacional de saúde. De acordo com Lobato (2000, p. 17),

uma atenção à saúde efetiva dependia de um sistema de saúde democrático, viável somente em um regime democrático. O movimento tem, assim, como princípio o reconhecimento da saúde como direito universal a ser garantido pelo Estado através de um sistema de saúde universal e equânime.

Esse princípio, baseado em uma proposta de medicina comunitária, apontava para uma mudança do modelo assistencial curativo e especializado e para expansão da oferta de serviços básicos descentralizados (MEIRA *et al.*, 2013). Dentre os projetos exitosos na elaboração e implementação de uma proposta alternativa e democrática de organização da atenção à saúde, Fleury (1994) apresenta o de Montes Claros (município do norte de Minas Gerais), destacando-o como um importante laboratório da reforma sanitária.

Nesse sentido, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que foi o principal programa de extensão de cobertura, pode ser considerado o projeto fundador do movimento sanitário no Brasil, particularmente em virtude do 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).

Se pensarmos 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 (Lima; Braga, 2006, p. 33).

De acordo com Lima e Braga (2006), o PIASS contou com a cooperação do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde do Ministério da Saúde (PPREPS/MS), que foi concebido como um programa de modernização administrativa na área de Planejamento de Recursos Humanos em Saúde. Sua primeira fase privilegiou o apoio e financiamento das ações de treinamento em massa de pessoal de nível médio e fundamental, previstas nos Projetos Estaduais e executadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde que “passaram a recrutar, selecionar, capacitar, contratar, e supervisionar grande número de profissionais de distintos níveis, em regiões diferentes, simultaneamente” (LIMA; BRAGA, 2006, p. 35).

A partir disso, verificou-se uma “mobilização em torno da necessidade de qualificação profissional desse amplo contingente de trabalhadores que, já inseridos nos serviços de saúde, tinham formação profissional precária, baseada essencialmente nos treinamentos em serviço” (PRONKO *et al.*, 2011, p. 73). Treinamentos esses voltados para ensinar somente o necessário para as atividades de assistência médico-curativa ou para os programas de saúde pública.

Essa proposta de qualificar trabalhadores para tarefas específicas foi recomendada na IV Conferência Nacional de Saúde, uma vez 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 foi uma estratégia para a expansão do modelo médico-assistencial privatista e para os programas de extensão de cobertura inspirados no modelo de medicina comunitária” (LIMA; BRAGA, 2006, p. 28). Assim, paulatinamente, amadureceu a diferença entre treinamento e formação profissional, organizada em torno da idéia do “trabalho como princípio pedagógico”, ou seja, relacionando o processo de trabalho sem desvincular do processo de aprender (LIMA; BRAGA, 2006).

Isso fica claro nas propostas contidas no II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND - 1975-1979) que, apesar do predomínio da política econômica, anuncia, pela primeira vez, que a política social deve ter um “objetivo próprio” e que

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).

Nessa concepção do movimento de transformações, havia três elementos que, ao mesmo tempo, enfatizavam a necessidade de democratização da saúde, do Estado e da

sociedade dentro dos ideais da Reforma Sanitária Brasileira na década de 1980 (PAIM, 2008, P. 173), a saber:

a. democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde (SUS) e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão;

b. democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência nos governos;

c. democratização da sociedade, alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma “totalidade de mudanças” em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral.

Gerschman e Viana (2005) apontam que desde o período pré constitucional havia uma clara disputa por dois projetos, o da reforma sanitária em si e o neoliberal, que era travada entre representantes da RSB e os ministros da Saúde, da Previdência e da Assistência Social. Os autores afirmam, contudo, que apesar das conquistas da reforma sanitária com a institucionalização do SUS e afirmação de seus princípios, com o passar dos anos, dentro de um projeto neoliberal que se instalou no Brasil a partir da década de 1990, tais conquistas foram sendo desconstruídas.

Após esse 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 nº 8.080/1990 e nº 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 (LIMA; BRAGA, 2006, p. 9)

Para corroborar o exposto acima, Rizzoto (2014) discute a relação entre o Banco Mundial (BM) e as reformas dos sistemas de saúde. Ela apresenta o banco como financiador de projetos no campo de saúde desde os anos 1970, sempre alimentado pela preocupação com a “explosão demográfica”, o combate à pobreza (redução da natalidade) e a satisfação das necessidades humanas básicas. Com a crise do Estado na década de 1980, o financiamento dos projetos para a área da saúde tornou-se fundamental para o BM que percebeu que poderia

“interferir de forma mais sistemática e direta nas políticas deste setor público” (RIZZOTO, 2014, p.261).

Em qualquer momento de análise percebemos que o BM ofereceu mais que recursos, ofereceu ideias, recomendações e prescrições para os governos que ele “ajudava”, sendo o marco dessas “recomendações” expresso no 16º Relatório sobre Desenvolvimento Mundial, em 1993 (RIZZOTO, 2014). Tais propostas, apresentadas pelo BM para as negociações com países em desenvolvimento, combinavam três medidas: “1) Criar um ambiente propício para que as famílias de um modo geral melhorassem suas condições de vida; 2) Tornar mais criteriosos os gastos públicos com a saúde; 3) Promover e diversificar a concorrência” (RIZZOTO, 2014, p. 262).

Logicamente que o interesse do Banco Mundial em países em desenvolvimento apenas “visava promover e ampliar o peso do complexo médico-hospitalar privado no controle e oferta de serviços de saúde, contribuindo com diretrizes para as reformas setoriais no bojo das reformas neoliberais” (RIZZOTO, 2014, p. 262). Acompanhando a visão do BM,

os sistemas nacionais de saúde deveriam ser compostos por dois subsistemas, um público e um privado, onde o público deveria oferecer serviços de saúde pública, destinados aos segmentos mais pobres da sociedade compostos de ações de prevenção e promoção da saúde, realizadas por profissionais com pouca qualificação e oriundos da própria comunidade, além de um pacote de “serviços clínicos essenciais” com procedimentos destinados a gestantes, controle de doenças transmissíveis e atendimento a doenças comuns em crianças. Enquanto que no setor privado, com diferentes modalidades de serviços e de incorporação tecnológica, seria destinado ao restante da população para ser usufruído de acordo com a capacidade de compra de cada um (RIZZOTO, 2014, p. 262).

Mesmo com os avanços proporcionados pelo movimento da reforma sanitária, para o BM, ao contrário da universalização do sistema de saúde aprovado na Constituição, deveria existir um “SUS” desqualificado (financeira, profissionalmente) que cuidaria dos segmentos mais pobres apenas com ações de prevenção e promoção a saúde com recursos humanos provenientes da própria comunidade e um “SUS” com alta tecnologia, seja em nível profissional, material ou de qualificação, e que seria apenas para quem pudesse comprá-lo.

Rizzoto (2014) relata que o interesse do BM era desmontar o SUS para conter a força com a qual ele foi criado, uma vez havia um “amplo e mobilizado movimento social com capacidades políticas e organizativas para assegurar avanços no campo da saúde” (RIZZOTO, 2014, p. 263), o que ia de encontro aos princípios normativos e valorativos defendidos pelo BM. Para este, criar um sistema de saúde no Brasil “universal, integral e igualitário” era uma ousadia e necessitaria de um Estado socialmente responsável e não um Estado mínimo como

defendiam os neoliberais, um setor público fortalecido e eventualmente complementado pela iniciativa privada.

Obviamente as orientações do BM não teriam poder para provocar mudanças nos rumos da política nacional se não encontrassem no Brasil um ambiente econômico, político e social propícios para isso. O BM emitiu diversos documentos que demonstravam claramente a intervenção deste órgão nos rumos do SUS. Neles encontravam-se elementos que ajudam a compreender os “desvios” pela reforma sanitária brasileira (RIZZOTO, 2014).

Por exemplo, o questionamento da universalidade e gratuidade da atenção em saúde já vinha sendo propagado pelo BM desde 1987 por meio do documento *Financing health services: an agenda for reform* (BANCO MUNDIAL, 1987), mas teve impulso estratégico com a publicação pelo mesmo Banco do *Informe sobre El desarrollo mundial: invertir em salud* (BANCO MUNDIAL, 1993). Nesta última publicação, estimulava-se a medição da eficácia dos serviços em função dos custos e a focalização do atendimento aos pobres (GERSCHMAN; VIANA, 2005). No mesmo ano, o BM publicaria ‘A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90’ (BANCO MUNDIAL, 1995), onde apresenta críticas ao 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” (LIMA; BRAGA, 2006, p. 69). Para isto, basta verificar 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.28-29).

Com isso, o objetivo claro dos organismos internacionais, apoiados pelo modelo neoliberal dos anos 1990, é se contrapor ao SUS e enfrentar as resistências que o defendem. Nesse sentido, uma importante estratégia utilizada pelo BM, foi a “apropriação de ideias defendidas pelo projeto democrático-popular e sua resignificação, de modo a torná-las como sendo ideias neoliberais” (LIMA; BRAGA, 2006, p. 71). Como exemplo, podemos citar 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, ‘uma desconcentração das funções’ do Estado (LIMA; BRAGA, 2006, p. 71).

Assim, ao apresentarmos aspectos importantes da construção do processo histórico que permitiu a discussão dos processos de formação em saúde no Brasil, é possível perceber a polarização entre setores que concebiam a formação como um todo e setores que a fitavam apenas como sendo um produto do capital. Dessa maneira podemos observar que a influência do mercantilismo na saúde e em seus processos de formação vai além das dificuldades inerentes à área. Eles perpassam por interesses que procuram influenciar as conquistas. É necessário que sejamos capazes de lutar e defender tais conquistas. E um dos caminhos para esta defesa, da universalidade do direito à saúde, é a formação.

2.2 A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE FORMAÇÃO TÉCNICA EM SAÚDE

Segundo Campello e Lima-Filho (2009), no Brasil, o ensino técnico-profissional foi preterido durante algum tempo devido a relação que se fazia dos trabalhos pesados como sendo atribuições dos índios e dos escravos, como também devido à educação que os jesuítas ofereciam. Esse contexto deu origem a uma mentalidade que desprezava o ensino de ofícios que durou até a formação da República. Nesse período, a aprendizagem profissional passou a ser destinada aos órfãos e desvalidos e não fazia parte das ações desenvolvidas nas escolas. Portanto, não era entendida como ação afeita à instrução pública, mas como ação de caridade. “Mais tarde, o ensino profissional foi incluído no conjunto geral da instrução, mas entendido como necessariamente de grau elementar, continuando a ser considerado como deprimente e desmoralizante” (CAMPELLO; LIMA-FILHO, 2009, p. 177).

A industrialização dos anos 30 do século XX foi modificando paulatinamente a sociedade brasileira, tornando necessária uma nova proposta de educação, uma vez que se tornou necessário preparar trabalhadores para a indústria, mudando a concepção do ensino profissional. Dessa maneira, a educação profissional passou a ser vista em um contexto mais amplo de demandas de uma nova sociedade: a sociedade industrial. Agora, de uma “aprendizagem mais próxima do ofício era necessário passar para uma aprendizagem que introduzisse o domínio das técnicas, da parcelarização do trabalho e da adaptação à máquina, de maneira a disciplinar a força de trabalho e adequá-la à organização fabril” (CAMPELLO; LIMA-FILHO, 2009, p.178).

“A partir de 1942 foram promulgadas as ‘leis orgânicas da educação nacional’ para o ensino secundário, o ensino industrial, o ensino comercial, o ensino primário, o ensino normal

e o ensino agrícola” (CAMPELLO; LIMA-FILHO, 2009, p. 178). Assim, o ensino secundário e o ensino normal passaram a ter o objetivo de “formar as elites condutoras do país”, enquanto para o ensino profissional o objetivo foi focado na “formação adequada aos filhos dos operários, aos desvalidos da sorte e aos menos afortunados, aqueles que necessitam ingressar precocemente na força de trabalho” (BRASIL, 1999, p. 281).

Apenas na década de 1950 é que houve a equivalência entre os estudos acadêmicos e profissionalizantes. Em 1961, foi promulgada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei Nº 4024 de 20 de dezembro de 1961) (BRASIL, 1961), estabelecendo a equivalência entre os cursos técnicos e o curso secundário para efeitos de ingresso nos cursos superiores. Até então, o ensino técnico se organizava com base nas Leis Orgânicas de Ensino, promulgadas, durante o Estado Novo (LIMA, 1996). Porém,

estas tratavam, especificamente, da formação de quadros profissionais para a indústria, o comércio, a agricultura e a formação de professores, o que não impediu que na década de 1940 fosse aprovada legislação educacional para a área de enfermagem, que busca regular a formação técnica dos práticos de enfermagem (Decreto-Lei n. 8.778/ 1946) e dos auxiliares de enfermagem (Lei n. 775/1949), para o então incipiente e pouco desenvolvido mercado de trabalho hospitalar (PEREIRA; LIMA, 2009, p.182-183).

“A Lei Nº 5.692/71 reformou o ensino primário e secundário, estabelecendo a profissionalização como finalidade única para o ensino de 2º grau” (CAMPELLO; LIMA-FILHO, 2009, p. 180). Somente com a Lei Nº 9.394/96, atual Lei de Diretrizes e Bases (LDB), dedica-se, pela primeira vez em uma lei geral da educação brasileira, um capítulo específico sobre ‘educação profissional’, dispondo que esta “conduz ao permanente desenvolvimento de aptidões para a vida produtiva” (BRASIL, 1996, p. 15).

Tratando de forma mais específica da formação dos trabalhadores técnicos em saúde, cabe sinalizar sua relação direta com o contexto de lutas e de mudanças que ocorreram nos anos 1980, tanto no campo da saúde quanto no da educação. O movimento de reformulação conceitual e operacional, ao apontar para um sentido mais abrangente do conceito de saúde como parte de uma “totalidade de mudanças” (AROUCA, 1988, p. 3) e para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) com base em seus princípios, ressalta também a necessidade de mudanças na formação profissional dos trabalhadores de saúde, de maneira geral, e particularmente dos trabalhadores técnicos (PRONKO, *et al.*, 2011). Para isso, é necessário que haja o rompimento com a lógica mercantilista da saúde e a valorização da formação de um profissional integrado à proposta do sistema emergente, preparando-o para atender às demandas que irão surgir.

O setor saúde, pela capacidade de mobilização do Movimento Sanitário Brasileiro, foi uma das áreas com maiores conquistas legais durante o período de elaboração da Constituição de 1988, dentre as quais destacamos a garantia de um sistema universal de saúde gratuito, descentralizado e de qualidade para todos os brasileiros, onde o Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde, “ficou obrigado a 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” (LIMA; BRAGA, 2006, p. 53).

Na área específica de formação, destacamos o inciso III do artigo 200 da constituição federal e o inciso III do artigo 6º da Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 que afirmam a atuação do SUS em “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (BRASIL, 2000). Essa importante conquista para o movimento sanitário permitiu ao grupo defensor do SUS avançar nas discussões sobre educação profissional em saúde no Brasil.

Porém, alguns entraves marcavam a possibilidade de articulação entre o setor educacional e as instituições prestadoras de serviços, especialmente no que se refere à formação e aprimoramento de pessoal de nível médio e elementar.

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 (BRASIL, 1986, p.23).

Esse quadro levou a necessidade de criação de uma política de recursos humanos, chamando atenção para a participação do setor saúde na orientação dos conteúdos curriculares a serem implementados. O Relatório Final da I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (BRASIL, 1986) apresenta a 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. Destacam-se entre essas ações:

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; implantar o Projeto Larga Escala para formação média e elementar de pessoal que já atua na área (BRASIL, 1986, p. 24-25).

Nesse sentido, a concepção pedagógica de formação que partia do olhar do trabalho orientou a criação das escolas técnicas do SUS. Já as escolas de saúde pública foram constituídas a “partir de uma discussão mais acadêmica e mais próxima aos grupos de poder da política sanitária em alguns estados” (LIMA; BRAGA, 2006, p. 59).

A partir disso, com a discussão trazida pelo Movimento Sanitário Brasileiro sobre a necessidade de um sistema de saúde para todos, sem diferenciação e garantido pelo Estado, também surgiram os debates sobre a formação profissional dos trabalhadores da saúde com o objetivo de superar o tecnicismo existente na área. Buscou-se construir uma política voltada para essa formação paralelamente ao desenvolvimento da política de recursos humanos em saúde especialmente devido ao fato da enorme quantidade de trabalhadores atuando no sistema de saúde sem formação profissional além da necessidade de expansão do próprio sistema (LIMA; BRAGA, 2006). Vemos com essas iniciativas que a ideia do movimento sanitário não era somente garantir um sistema universal, sem distinção, mas garantir a qualidade da atenção e do cuidado a todos.

Porém, o que foi percebido é 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” (LIMA; BRAGA, 2006, p. 37). A partir dessa percepção, a estratégia passou a valorizar as discussões sobre processos pedagógicos e de como operacioná-los na criação de escolas técnicas em saúde.

O documento, publicado pela equipe técnica do PPREPS/MS, “Recursos Humanos para Serviços Básicos de Saúde: formação de pessoal de níveis médio e elementar pelas instituições de saúde” identifica, 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).

De acordo com Lima e Braga (2006, p. 41) 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. O primeiro objetivo incluía a formação, atualização e aperfeiçoamento de pessoal (tanto para os que iam ser contratados como para o pessoal do quadro), e o desenvolvimento da capacidade de treinamento, em termos docentes, tecnológicos, de supervisão e informação.

O segundo objetivo visava apoiar a constituição, implementação e funcionamento de 10 regiões docente-assistenciais com a finalidade de experimentar modelos, métodos e procedimentos que viabilizassem a regionalização dos serviços e a articulação técnica e administrativa entre as diversas instituições do setor de forma que tais modelos pudessem ser aplicados em outros locais. Enquanto que o terceiro objetivo, considerado um objetivo complementar e instrumental com relação aos anteriores, era apoiar o estabelecimento de Sistemas de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde em cada Estado Lima e Braga (2006, p. 41).

Tais medidas fizeram com que a modernização na área de Recursos Humanos se tornasse eficiente e que o setor saúde assumisse, de forma institucional e legalmente reconhecida, por meio das Secretarias Estaduais de Saúde, a responsabilidade pela formação profissional dos trabalhadores de nível médio e o estímulo à implementação e criação dos Centros de Desenvolvimento de Recursos Humanos (CENDRHU) em tais Secretarias. Enfatizavam-se, principalmente, “visitadoras sanitárias, auxiliares de saneamento, de laboratório e de administração, bem como, auxiliares e técnicos de enfermagem, nutrição, vigilância epidemiológica, estatística e professores do ensino fundamental” (LIMA; BRAGA, 2006, p. 43).

A partir disso, tornou-se necessário desenvolver programas públicos que atendessem a demanda da formação na saúde, “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” (LIMA; BRAGA 2006, p. 45), de forma a assegurar os processos de institucionalização das práticas educativas no interior das Secretarias Estaduais de Saúde.

Podemos concluir esse tópico afirmando, em concordância com Ramos (2010, p. 35), que a “história da educação profissional em saúde nos mostra que as políticas nessa área se desenvolveram sob a referência da integração da formação dos trabalhadores com a realidade dos serviços”. E que seu principal objetivo aparece, mesmo nas diferentes políticas, como a “transformação de práticas na perspectiva da atenção integral à saúde”.

2.2.1 O Projeto Larga Escala

Com o objetivo de atender a demanda crescente da formação em saúde, o Programa de Formação em Larga Escala de Pessoal da Saúde – “Projeto Larga Escala” teve sua origem “do Acordo de Recursos Humanos firmado entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e Cultura, o Ministério da Previdência e Assistência Social e a Organização Pan-Americana

de Saúde” (RAMOS, 2009, p. 170). Foi defendido pelos setores progressistas na VIII Conferência Nacional de Saúde e na Conferência Nacional de Recursos Humanos, realizadas em 1986, a partir de uma proposta voltada para trabalhadores já inseridos nos serviços de saúde e que não podiam se afastar para estudar em cursos regulares, que defendia a “formação dos trabalhadores técnicos em saúde, cuja ênfase estava menos na divisão técnica do trabalho e mais nas discussões sobre as estratégias pedagógicas de formação” (RAMOS, 2009, p. 170).

De acordo com Lima e Braga (2006) com a institucionalização dos Centros de Desenvolvimento de Recursos Humanos (CENDRHU), foi assegurada a operacionalização do Projeto Larga Escala, na década de 1980, nos diversos Estados. Uma vez que:

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 (LIMA; BRAGA 2006, p. 29).

A partir do Larga Escala, houve a instituição dos Centros de Formação de Recursos Humanos para a área de Saúde (CEFOR) e das Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS) em todas as regiões do país, com o objetivo de formar profissionais de nível médio que já fossem trabalhadores do SUS. Estas escolas, em sua maioria, vinculadas às Secretarias Estaduais de Saúde, foram reconhecidas e autorizadas, pelos Conselhos Estaduais de Educação / Secretarias Estaduais de Educação, a oferecer os cursos e emitir certificação aos estudantes-trabalhadores. Em alguns estados, essas escolas, receberam o nome de Centro Formador (PARAÍBA, 2001; PEREIRA; RAMOS, 2006). Esse fato das ETSUS estarem vinculadas aos serviços possibilita a estruturação do “princípio que as identifica – a integração ensino serviço e o bloqueio de sua consolidação como instituição educacional, com as características e dinâmicas próprias a essa natureza” (RAMOS, 2010, p.38).

Para Ramos (2010, p. 45-46) para que houvesse a possibilidade de manter os trabalhadores no processo de trabalho exigiria das ETSUS: currículo integrado (articulando dinamicamente trabalho e ensino, prática e teoria, serviço e comunidade); no plano pedagógico, os problemas e suas hipóteses teriam as características socioculturais do meio como ponto de partida; a abordagem metodológica privilegiaria conhecimentos, experiências, e expectativas do estudante; os conteúdos programáticos teriam relações diretas com os

problemas vivenciados no cotidiano dos estudantes; a prática e o estágio supervisionado seriam realizados durante o desenvolvimento das atividades curriculares.

Com isso, houve a necessidade de materializar um novo método de ensino profissional na área da saúde, por meio do currículo integrado, que apesar de não assumir os princípios da politecnicidade⁵, tinha em vista uma concepção de educação ampliada, que propiciasse aos trabalhadores “não apenas compreender seu papel como membro de uma equipe de saúde, mas principalmente para participar da gestão do sistema, intervir na sua organização e atuar no seu controle” (LIMA, 2007, p.3).

De acordo com Gryscek *et al.* (2000) o Projeto Larga Escala foi uma estratégia de formação de recursos humanos para a saúde que conseguiu atingir um número considerável de trabalhadores que não possuíam qualificação específica e estavam atuando em ações técnicas nos serviços de saúde nos quais estavam inseridos. Foi acordado entre os setores da educação e da saúde e desenvolvido por meio do ensino supletivo. Amparado pela Lei Federal Nº 5.692/71 das Diretrizes e Bases da Educação Nacional e o artigo 33 da Resolução do Conselho Estadual de Educação - C.E.E. 23/83 qualificava profissionalmente pessoal de nível médio e elementar, que estivesse atuando nos serviços públicos de saúde e que não tiveram oportunidade de escolarização anterior (SÃO PAULO, 1989). Seu conteúdo teórico foi “embasado por diversas correntes pedagógicas, entre elas: a psicologia genética de Piaget, a metodologia de formação de adultos de *Joffré Dumazedier*, a metodologia participativa de Paulo Freire” (GRYSHECK *et al.*, 2000, p. 196) além de propostas do estruturalismo curricular “que preconiza a problematização como um estágio fundamental na educação de adultos, partindo da realidade concreta destes, para um processo de abstração”. Também vê a educação, “como prática da liberdade, um ato de conhecimento, uma aproximação crítica da realidade” (FREIRE, 1979, p. 15).

Segundo Gryscek *et al.* (2000, p. 197), o Projeto Larga Escala

visava uma formação integral profissionalizante dos adultos engajados na força de trabalho do setor saúde. Entenda-se por "formação", ou educação profissionalizante a apropriação e pleno domínio de conhecimentos e habilidades através da associação teoria-reflexão-prática, como um processo que se propõe a: 1) Cultivar metodologicamente a inteligência; 2) Promover a reflexão coletiva sobre a

⁵ “Na abordagem marxista, o conceito de politecnicidade implica a união entre escola e trabalho ou, mais especificamente, entre instrução intelectual e trabalho produtivo” (SAVIANI, 2007, p. 162). Para Saviani (1989, p. 7) “deriva basicamente da problemática do trabalho” e “se encaminha na direção da superação da dicotomia entre trabalho manual e trabalho intelectual, entre instrução profissional e instrução geral” (SAVIANI, 1989, p. 13). “Politecnicidade diz respeito, ainda, ao domínio dos fundamentos científicos das diferentes técnicas que caracterizam o processo de trabalho produtivo moderno” (SAVIANI, 1989, p. 17).

comunidade; 3) Estimular generalizações apoiadas em diferentes fontes de informação; 4) Propiciar aos educandos a reformulação de suas representações iniciais, para assumirem a transformação metódica de sua prática e de seu meio.

Este processo de qualificação tinha três pilares: 1) a flexibilidade de ação, que se caracteriza pelo dinamismo do processo de formação com relação à duração dos cursos, os métodos; os conteúdos curriculares; o processo de avaliação contínua; escolha dos professores; 2) a formação em serviço, que propicia o aprendizado em seu local de trabalho potencializando a efetiva integralização dos conhecimentos e a aquisição de habilidades e destrezas requeridas pelo perfil profissional e o 3) reconhecimento oficial da habilitação profissional pelo sistema de educação nacional (GRYSHECK *et al.* 2000, p. 197), permitindo o reconhecimento no território nacional, dando-lhe identidade profissional, inserção no mercado de trabalho e o efetivo exercício da cidadania (VIEIRA; SCUCATO, 1988).

Com a execução do Projeto Larga Escala fica claro que a partir dessa concepção de ensino, teoria e prática mantêm permanente correlação e se destaca a importância de programas governamentais que visem à qualificação e formação profissional no setor saúde.

2.3 O CONTEXTO DE CRIAÇÃO DAS ESCOLAS TÉCNICAS DO SUS (ETSUS).

Diante da realidade que proporcionou a mudança na produção do cuidado observada nas necessidades reais da população e nos acúmulos construídos historicamente pelos trabalhadores da Saúde desde a década de 1970, houve no Brasil uma significativa concentração de esforços em torno da saúde pública resultando na criação das Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS) (PARAÍBA, 2001; PEREIRA; RAMOS, 2006). Estas são escolas do setor da saúde, reconhecidas pelo princípio da integração ensino serviço e visam a melhoria da educação profissional nessa área, além de promover a qualificação técnica de trabalhadores que já se encontram inseridos no sistema a “partir de um modelo de educação profissional descentralizado e em relação estreita com os serviços de saúde” (RAMOS, 2010, p. 36).

De acordo com Lima e Braga (2006), para Izabel dos Santos, idealizadora do Projeto Larga Escala, não havia distinção entre Centro Formador de Recursos Humanos em Saúde (CEFOR) e Escola Técnica do Sistema Único de Saúde (ETSUS). Ela dizia 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. De toda forma, a principal

diferença entre “centro formador e escola técnica é 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” (LIMA; BRAGA, 2006, p. 65). Enquanto que a segunda atendia as demandas da comunidade.

No Brasil, o surgimento das ETSUS foi um marco importante na história da formação dos trabalhadores em saúde. “Ao mesmo tempo em que elas 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” (LIMA; BRAGA, 2006, p. 88).

Essa proposição, profundamente influenciada pelo Plano Diretor da Aparentagem Estatal (1995), 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 as Secretarias de Saúde. Tal debate atingiu âmbito nacional com o PROFAR, a partir de 2000, com a sugestão de transformar essas escolas em Organizações Sociais (OS), sem ter chegado a nenhum consenso (LIMA; BRAGA, 2006, p. 88-89).

Porém, as ETSUS cresceram no ideal de ir de encontro a essa contradição, especialmente à medida que se dedicam a proporcionar aos trabalhadores o conhecimento sob sua prática de trabalho e de vinculá-la aos princípios do SUS, pautando-se no conceito ampliado de saúde (RAMOS, 2010). A partir disso e, considerando o trabalho e a educação profissional em saúde, Pereira (2006) destaca que os trabalhadores técnicos da área desenvolvem trabalho complexo, na perspectiva de valor de uso e, portanto, precisam de formação qualificada.

Segundo Pereira e Ramos, (2006, p. 54. *Grifo nosso*),

em relação à organização dos centros formadores e escolas técnicas do SUS, podemos observar que estes apresentam variações, embora todos os centros de formação possuam: direção, secretaria escolar, departamento administrativo e financeiro [*ainda que nem todos tenham independência financeira*] e uma coordenação pedagógica. Têm como finalidade e missão institucional promover a profissionalização dos trabalhadores inseridos nos serviços de saúde, que não possuem qualificação profissional para exercer ações na área, procurando formá-los de acordo com os novos modelos assistenciais.

Constata-se ainda que, “apesar de todo o investimento feito nessas escolas, o qual, inclusive, aprimorou significativamente as instalações físicas, essas instituições vivem a instabilidade de, em alguns níveis, não terem autonomia, especialmente a financeira” (RAMOS, 2010, p. 61). Para a autora

é necessário reconhecer que o movimento de construção das referências da formação dos trabalhadores técnicos em saúde deu-se mediante a crítica à educação reprodutivista e elitista que hegemoniza o pensamento educacional burguês que também, historicamente, deu direção à política educacional brasileira. Porém, ao se fazer a opção pela escola estritamente profissionalizante para esses trabalhadores, a maioria deles com escolaridade básica incompleta, acabou-se corroborando o princípio da dualidade educacional brasileira, qual seja, educação básica de qualidade para a elite e escola profissionalizante – precipuamente voltada para o exercício do trabalho manual – para os trabalhadores (RAMOS, 2010, p. 277-278)

A partir disso, é necessário que seja feita a defesa da escola e da escolaridade como política pública e como condição para a formação dos trabalhadores em saúde; a defesa da explicitação da dimensão política e técnica da prática educativa na saúde; a crítica ao positivismo, ao cientificismo e ao tecnicismo; o trabalho como princípio educativo e a ideia da qualificação como construção social (PEREIRA; LIMA, 2009). Mesmo que, para isso, precisemos ir de encontro à concepção de que as ETSUS existem somente para prover os hospitais, de forma imediata, de trabalhadores técnicos, principalmente da área de enfermagem, em razão da necessidade de manutenção da assistência médico-hospitalar. (PRONKO *et al.*, 2011).

Contudo, na década de 1990, dentro de um contexto neoliberal, a formação dos trabalhadores técnicos de saúde, passou por sérios problemas constitutivos, principalmente em instituições públicas. Em primeiro lugar, a Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS)⁶ não conseguiu se consolidar como espaço de formação profissional, em razão da asfixia financeira a que foram submetidos os estados e municípios brasileiros.

Além disso, a maioria dessas escolas não conseguiu se constituir como unidade orçamentária e de lotação de pessoal, com autonomia administrativa e financeira. Conseqüentemente as possibilidades escassas de construir um projeto próprio, a falta de recursos financeiros e de autonomia a que estavam submetidas, gerou um impasse entre satisfazer as demandas para a realização de ações de formação dos trabalhadores técnicos de saúde já engajados nos serviços ou contemplar as novas demandas de formação, decorrentes da implantação de novas ações e programas de saúde (PRONKO, *et al.*, 2011).

Ao longo dos anos 1990,

⁶ A RET-SUS é uma estratégia de articulação, troca de experiências, debates coletivos e construção de conhecimento em Educação Profissional em Saúde. Criada pelo Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), por meio da Portaria nº 1.298, de 28 de novembro de 2000, atualizada pela Portaria nº 2.970, de 25 de novembro de 2009, visa a fortalecer a formação do pessoal de nível médio que atua na área da Saúde. Atualmente é composta por 40 escolas técnicas, centros formadores de recursos humanos e escolas de Saúde Pública do SUS. **FONTE: Apresentação RETSUS.** Disponível em: < <http://www.retsus.fiocruz.br/apresentacao>>. Acessado em 08 de julho de 2016.

o protagonismo das forças políticas defensoras do projeto neoliberal foi assumido tanto pela aparelhagem estatal quanto pela 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 saúde (LIMA; BRAGA, 2006, p. 10).

Entretanto, apesar da hegemonia de ideias e práticas de educação profissional, que tiveram como objetivo a adaptação e conformação dos trabalhadores ao mercado de trabalho, existem projetos contra hegemônicos que lutam por uma educação e saúde que tenham como finalidade a construção de uma sociedade melhor (PEREIRA; RAMOS, 2006). A partir da necessidade em atender e aumentar a profissionalização de trabalhadores da saúde com nível médio, no final da década de 1990, o Ministério da Saúde criou programas que vinham ao encontro da necessidade de mão de obra qualificada no setor (VIEIRA; CHINELLI, 2013).

Logo em seguida, nos anos 2000, conforme já mencionado, houve a formulação e implementação de políticas de formação profissional em saúde como o “Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem” (PROFAE), com 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 (LIMA; BRAGA, 2006) e o Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (PROFORMAR). Mais para o final dos anos 2000 foi criado o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS) “que lograva ampliar o patamar de escolaridade de boa parte dos trabalhadores técnicos em saúde” (VIEIRA; CHINELLI, 2013, p.1594-1595).

O PROFAE (1999/2000) buscou reduzir o déficit de auxiliares em enfermagem e apoiar o fortalecimento das instâncias de formação dos trabalhadores do SUS. O PROFORMAR foi criado no início da década de 2000 com o objetivo de formar 85 mil trabalhadores de nível médio do SUS para atuarem na área. O PROFAPS, em desenvolvimento, tem o objetivo de qualificar cerca de 750 mil trabalhadores em cursos de Educação Profissional para o setor saúde nas áreas de: Radiologia, Biotecnológico (Patologia Clínica, Citotécnico e Hemoterapia), Manutenção de Equipamentos, Higiene Dental, Agente Comunitário de Saúde, Vigilância Ambiental, Epidemiológica e Sanitária, Enfermagem, Cuidadores para pessoas idosas (VIEIRA; CHINELLI, 2013, p. 1595).

As ETSUS estão envolvidas com esses projetos e se mantêm ao longo do tempo atuando em seus territórios a partir do que elas consideram ser sua missão, que é qualificar para o SUS. Dessa forma, mesmo com lutas contra hegemônicas elas continuam proporcionando formação profissional na área de saúde capacitando os trabalhadores em diversos níveis.

CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA

3.1 REFERENCIAIS METODOLÓGICOS

A pesquisa é “um procedimento reflexivo sistemático, controlado e crítico, que permite descobrir novos fatos ou dados, relações ou leis, em qualquer campo do conhecimento” (ANDER-EGG, 1978, p. 28). Segundo Marconi e Lakatos (2007, p. 15) é “um procedimento formal, com método de pensamento reflexivo, que requer um tratamento científico e se constitui no caminho para se conhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais”. Sua finalidade é “descobrir respostas para questões, mediante a aplicação de métodos científicos” (SELLTIZ, *et al.*, 1965, p. 5). Uma vez que tais “métodos, mesmo que nem sempre consigam as respostas fidedignas, são os únicos que podem oferecer resultados satisfatórios” (MARCONI; LAKATOS, 2007, p. 16).

O objetivo da pesquisa é “tentar conhecer os fenômenos do mundo, funções, estruturas, quais as mudanças efetuadas, como elas se realizam e até que ponto podem sofrer influências ou serem controlados” (TRUJILLO, 1974, p. 171). Ela sempre parte de um determinado problema, de um questionamento, visando responder suas necessidades de conhecimento (MARCONI; LAKATOS, 2007).

Este estudo situa-se no campo das pesquisas descritivas que, segundo Gil (1994), tem como objetivo descrever as características de determinada população ou fenômeno e estabelecer relações entre elas. Além disso, caracteriza-se por ser de caráter exploratório, o que permite ao pesquisador aprofundar suas análises nos limites de uma realidade específica (TRIVIÑOS, 1987).

3.1.1 A Abordagem Qualitativa

Este trabalho parte de uma abordagem qualitativa que envolve a obtenção de dados descritivos, obtidos no contato direto do pesquisador com a situação estudada e se preocupa em retratar a perspectiva dos participantes (BOGDAN; BIKLEN, 1982), buscando compreender um fenômeno em seu próprio ambiente, onde ocorre e do qual faz parte, onde o investigador capta as informações, interessando-se pelo processo social que permeia o fenômeno estudado.

A abordagem qualitativa se aplica

ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2014, p. 57).

A opção por este tipo de estudo surgiu da necessidade de usar métodos e técnicas não quantitativas onde buscamos captar algo dos aspectos subjetivos da realidade social, e de reconhecer a dualidade real entre quantitativo e do qualitativo (GRANGER, 1967, p. 82-83).

Segundo Minayo (2014, p. 57) nas abordagens qualitativas é possível se “obter investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e documentos”. Para ela, tais abordagens têm fundamento teórico, o que permite discutir sobre processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propiciando a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias (MINAYO, 2014).

Tal abordagem do método não enfatiza a quantidade ou descrição dos dados coletados, mas a importância das informações que podem ser geradas a partir de uma análise crítica. Elas trabalham com: significados, motivações, valores e crenças e estes não podem ser simplesmente reduzidos às questões quantitativas, pois respondem a noções muito particulares (MINAYO, 2014). Para Cavalcante *et al.* (2015, p. 1669) este tipo de pesquisa

é composta pelas seguintes categorias filosóficas e sociológicas: a experiência, aprendizagem a partir das ações e do lugar que a pessoa ocupa no mundo; a vivência, produto da reflexão pessoal sobre a experiência (HEIDEGGER, 1988); o senso comum, formado por opiniões, valores, crenças e modos de pensar, sentir, relacionar e agir, extraídos de experiências e vivências e traduzidos em linguagens, atitudes e conduta (SCHÜTZ, 1967); e ação social, que consiste no exercício comum, e ao mesmo tempo contraditório, de indivíduos, grupos e instituições para construir suas vidas, suas histórias e suas instituições (WEBER, 2004).

Nossa abordagem metodológica baseou-se na lógica da hermenêutica-dialética, já que como nos apresenta Gadamer (1999) a hermenêutica busca compreender o sentido da comunicação humana, tendo na linguagem seu núcleo, trabalhando com a comunicação do cotidiano e do senso comum, baseando-se no fato de que o ser humano “é um ser histórico e finito que se complementa por meio da comunicação, que também é limitada, e ocupa determinado ponto no tempo e no espaço. Por isso, é preciso compreender também seu contexto e sua cultura” (MINAYO, 2014, p. 166). Enquanto que a “dialética é a ciência e a arte do diálogo, da pergunta e da controvérsia” (MINAYO, 2014, p. 167), “a hermenêutica,

busca nos fatos, na linguagem, nos símbolos e na cultura os núcleos obscuros e contraditórios para realizar uma crítica informada sobre eles” (MINAYO, 2014, p. 167).

Ao juntar dialética e hermenêutica, Habermas (1987, p. 20) afirma que “a mesma razão que compreende, esclarece e reúne, também contesta, dissocia e critica”, pois há tanta “intransparência na linguagem como na vida real, na qual poder e relações de produção opõem contraditoriamente pessoas, grupos e classes” (MINAYO, 2014, p. 167). Articular a hermenêutica-dialética constitui “um importante caminho do pensamento para fundamentar pesquisas qualitativas, cobrindo também uma quase ausência de pesquisas de fundamentação marxista que levem em conta a subjetividade” (MINAYO, 2014, p. 168).

Concordando com Habermas (1987), Minayo (2014) destaca a valorização do movimento interativo entre a hermenêutica e a dialética e apresenta suas complementaridades e oposições:

a) ambas trazem em seu núcleo a ideia fecunda dos condicionamentos históricos da linguagem, das relações e das práticas; b) ambas partem do pressuposto de que não há observador imparcial; c) ambas questionam o tecnicismo em favor do processo intersubjetivo de compreensão e de crítica; d) ambas ultrapassam as tarefas de serem simples ferramentas para o pensamento e e) ambas estão referidas à práxis estruturada pela tradição, pela linguagem, pelo poder e pelo trabalho. No entanto, enquanto a hermenêutica enfatiza o significado do que é consensual, da mediação, do acordo e da unidade de sentido, a dialética se orienta para a diferença, o contraste, o dissenso, a ruptura de sentido e, portanto, para a crítica (MINAYO, 2014, p. 168).

A metodologia qualitativa aplicada à saúde emprega a concepção das ciências humanas, que busca não estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas (TURATO, 2005). Ela requer, portanto, abertura, flexibilidade, capacidade de observação e de interação tanto com quem investiga, quanto com os investigados (MINAYO, 2014).

A partir dessa abordagem, entre as várias formas que pode assumir uma pesquisa qualitativa, optamos por realizar uma análise documental, que se constitui numa técnica valiosa na obtenção de dados para esse tipo de pesquisa, a fim de que pudéssemos compreender o nosso objeto de estudo por meio de um “estudo de caso”, que vem ganhando crescente aceitação devido seu potencial para estudar as questões relacionadas à escola (LÜDKE; ANDRÉ, 2014).

3.1.2 O Estudo de Caso

Segundo Ventura (2007) as pesquisas de natureza qualitativa têm a capacidade de envolver uma variedade de materiais empíricos, que podem “ser estudos de caso, experiências pessoais, histórias de vida, relatos de introspecções, produções e artefatos culturais, interações, enfim, materiais que descrevam a rotina e os significados da vida humana em grupos” (VENTURA, 2007, p. 386).

A escolha dessa forma de pesquisa qualitativa se dá pelo fato de que o estudo de caso de destaca por constituir numa unidade dentro de um sistema mais amplo a partir de um interesse naquilo que ele tem de único, mesmo que apresente semelhanças com outros casos ou situações. É utilizado quando o pesquisador quer estudar algo singular e que tenha um valor em si mesmo (GOODE; HATT, 1979).

Goode e Hatt (1979, p. 422) definem o estudo de caso como sendo “um meio de organizar dados sociais, preservando o caráter unitário do objeto social estudado”. Para Minayo (2014, p. 164) “ele utiliza as estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação em questão”. Seus objetivos são: a) compreender os esquemas de referência e as estruturas de relevância relacionadas a um objeto; b) permitir um exame detalhado de processos organizacionais; c) elucidar fatores que interferem em determinados processos; d) apresentar modelos de análise replicáveis em situações semelhantes (MINAYO, 2014). Nesse sentido, para se discutir o Estudo de Caso três aspectos devem ser considerados: “a natureza da experiência, enquanto fenômeno a ser investigado, o conhecimento que se pretende alcançar e a possibilidade de generalização de estudos a partir do método” (CESAR, 2005, p.3).

O Estudo de Caso é utilizado frequentemente

para coleta de dados na área de estudos organizacionais, apesar das críticas que ao mesmo se faz, considerando-se que não tenha objetividade e rigor suficientes para se configurar enquanto um método de investigação científica [...] Os preconceitos existentes em relação Método do Estudo de Caso são externalizados em afirmativas como: os dados podem ser facilmente distorcidos ao bel prazer do pesquisador, para ilustrar questões de maneira mais efetiva; os estudos de caso não fornecem base para generalizações científicas; a afirmação de que estudos de caso demoram muito e acabam gerando inclusão de documentos e relatórios que não permitem objetividade para análise dos dados (CESAR, 2005, p. 3).

Para Minayo (2014) as principais críticas metodológicas são, sobretudo à sua falta de rigor, a existência de muitos vieses do investigador e aos riscos de pouca probabilidade de generalização dos resultados, caso não seja corretamente preparado. Porém, para Yin (2001) e

Fachin (2001) estas questões podem estar presentes em outros métodos de investigação científica se o pesquisador não tiver treino ou as habilidades necessárias para realizar estudos de natureza científica; assim, não são inerentes ao Estudo de Caso.

Como vantagens, podemos considerar o fato de que estes estimulam novas descobertas dentro do contexto da própria pesquisa, possibilita flexibilidade em seu planejamento; enfatizam a multiplicidade e diversidade de dimensões de um problema, focalizando-o como um todo e apresentam simplicidade nos procedimentos, além de permitir uma análise em profundidade dos processos e das relações entre eles (VENTURA, 2007).

Para Stake (1978, p. 5)

o aspecto mais interessante de sua natureza é estar epistemologicamente em harmonia com a experiência daqueles que com ele estão envolvidos e, portanto, para essas pessoas constitui-se numa base natural para generalização. Isto é especialmente importante na área de ciências sociais onde os estudos estão fundamentados na relação entre a profundidade e tipo da experiência vivida, a expressão desta experiência e a compreensão da mesma.

A partir disso, o objeto deste estudo de caso foi o Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba (CEFOR-RH/PB) e foi escolhido por ser o nicho onde exercemos a nossa profissão e por necessitar de propostas que identifiquem o seu papel enquanto escola técnica do SUS. Ao retratar o cotidiano CEFOR-RH/PB, obtivemos elementos para uma melhor compreensão do seu papel e suas relações com outras instituições da sociedade (LÜDKE; ANDRÉ, 2014).

Para Lüdke e André (2014, p. 21-24), as principais características desse tipo de estudo são:

- 1) Visam à descoberta e se mantêm atentos a novos elementos que podem surgir a quaisquer momentos durante o estudo;
- 2) Enfatizam a “interpretação em contexto”. Relacionam as manifestações dos problemas às situações específicas onde ocorrem;
- 3) Buscam retratar a realidade;
- 4) Usam variedades de fontes de informações;
- 5) Revelam experiências vicárias e permitem generalizações naturalísticas;
- 6) Procuram representar os diferentes e às vezes conflitantes pontos de vista;
- 7) Utilizam linguagem mais acessível que outros relatórios de pesquisa;

Nisbet e Watt (1978) caracterizam o desenvolvimento do estudo em três fases, a primeira mais aberta ou exploratória, a segunda mais sistemática em termos de coleta de dados e a terceira consistindo na análise e interpretação sistemática dos dados. A Fase Exploratória consiste em especificar as questões campo, de localizar os informantes e as fontes de dados necessárias. A segunda fase é para juntar e organizar as ideias coletadas. E a terceira é para analisar a informação. As três fases citadas não são sequenciais, elas podem se conectar em alguns momentos da pesquisa (LÜDKE; ANDRÉ, 2014).

Segundo Lüdke e André (2014, p. 27)

o estudo do caso parte do princípio de que o leitor vá usar esse conhecimento tácito para fazer as generalizações e desenvolver novas ideias, novos significados, novas compreensões [...] Podemos dizer que o estudo de caso “qualitativo” encerra um grande potencial para conhecer e compreender melhor os problemas da escola. Ao retratar o cotidiano escolar, em toda a sua riqueza, esse tipo de pesquisa oferece elementos preciosos para uma melhor do papel da escola e suas relações com outras instituições da sociedade.

3.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.2.1 A Análise Documental

Segundo Caulley (1981) a análise documental busca identificar informações nos documentos a partir de determinadas questões ou hipóteses. Para tal análise podem ser utilizados quaisquer materiais escritos que incluem “leis e regulamentos, normas, pareceres, cartas, memorandos, diários pessoais, autobiografias, jornais, revistas, discursos, roteiros de programas de rádio e televisão até livros, estatísticas e arquivos escolares” (LÜDKE; ANDRÉ, 2014, p.45), uma vez que os “documentos geralmente são objetivos, neutros e servem para comprovar acontecimentos a partir de um aspecto linear” (LE GOFF, 2003, p. 536).

Para Silva *et al.* (2009) na abordagem qualitativa, diversos métodos podem ser utilizados de forma a se aproximar da realidade social, sendo o método da pesquisa documental aquele que busca compreendê-la de forma indireta por meio da análise dos inúmeros tipos de documentos produzidos pelo homem. Nesta perspectiva, ainda de acordo com o referido autor,

a pesquisa documental, enquanto método de investigação da realidade social, não traz uma única concepção filosófica de pesquisa, pode ser utilizada tanto nas abordagens de natureza positivista como também naquelas de caráter compreensivo,

com enfoque mais crítico [...] permite a investigação de determinada problemática não em sua interação imediata, mas de forma indireta, por meio do estudo dos documentos que são produzidos pelo homem e por isso revelam o seu modo de ser, viver e compreender um fato social. Estudar documentos implica fazê-lo a partir do ponto de vista de quem os produziu, isso requer cuidado e perícia por parte do pesquisador para não comprometer a validade do seu estudo (SILVA *et al.* 2009, p. 4555-4557).

Segundo Marconi e Lakatos (2007) a característica da análise documental é que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias. Que podem ser recolhidas no momento em que o fenômeno ocorre ou depois. Para os autores citados (2007, p. 26), os principais tipos de documentos são: a) Fontes Primárias: dados históricos, bibliográficos e estatísticos; informações, pesquisa e material cartográfico; arquivos oficiais e particulares; registros em geral; documentação pessoal (diários, memórias, autobiografias); correspondência pública ou privada, etc.; b) Fontes Secundárias: imprensa em geral e obras literárias. Tais fontes podem ser arquivos públicos (municipais, estaduais e nacionais) que contém documentos oficiais como: leis, ofícios, relatórios, que constituem, geralmente, a fonte mais fidedigna de dados e podem dizer respeito a atos individuais ou a atos da vida pública de alcance nas três esferas de governo.

Neste sentido, os autores chamam a atenção para o cuidado que o pesquisador precisa ter frente ao fato de que ele “não exerce controle sobre a forma como os documentos foram escritos. Assim, deve não só selecionar o que lhe interessa, como também interpretar e comparar o material, para torná-lo utilizável” (MARKONI; LAKATOS, 2007, p. 65-66).

Conforme exposto, para atingirmos os objetivos necessários para esta pesquisa, foi utilizada a análise documental. Os dados foram coletados a partir da análise dos documentos oficiais do CEFOR-RH/PB: Lei de Criação, Projeto Político Pedagógico e Regimento Interno. Foram analisados a partir de nossa capacidade reflexiva e criativa, especialmente nas relações entre os documentos e o contexto atual da escola. Na tentativa de buscar tanto a identidade político pedagógica da escola, registrada em seus documentos, quanto à perspectiva que os profissionais que nela trabalham têm acerca da temática.

CAPÍTULO 4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO A PARTIR DA PERSPECTIVA POLÍTICO-PEDAGÓGICA DO CEFOR-RH/PB: QUAL A ESCOLA QUE TEMOS?

O capítulo de resultados e discussão desta pesquisa foi dividido em três partes. A primeira apresentou o Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba (CEFOR-RH/PB) e sua atuação em todo o Estado enquanto Escola Técnica do SUS e Gerência de Educação Permanente em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES-PB). A segunda parte trouxe os aspectos gerais do Centro Formador a partir da análise das suas documentações oficiais, onde destacamos os pontos principais de cada documento e as referências à escola, sua estrutura, organização. Buscou-se apreender a construção de sua identidade, fazendo correlação, quando necessário, com a atuação do CEFOR-RH/PB e os projetos políticos da época. A terceira parte tratou de uma análise a partir da nossa inserção na realidade hodierna da escola, enquanto trabalhador da mesma, tendo como perspectiva comparativa o que está oficialmente nos documentos, em contraponto, às propostas de atualização do PPP e do Regimento Interno que estão em andamento.

A documentação analisada foi a seguinte:

- a) Lei de Criação CEFOR-RH/PB;
- b) Projeto Político Pedagógico do CEFOR-RH/PB;
- c) Regimento Interno do CEFOR-RH/PB;

4.1 O CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA – CEFOR-RH/PB

Na Paraíba as atividades de qualificação dos profissionais do SUS tiveram seu início quando a Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES-PB), preocupada com a condução do processo pedagógico dos seus treinamentos, viabilizou vários cursos de capacitações pedagógicas multiprofissionais descentralizados para os núcleos regionais de saúde na Paraíba. Houve então o início da discussão do núcleo de Capacitação Técnica da SES-PB que debatia a possibilidade de estruturação de uma Escola Profissionalizante de Saúde, visando institucionalmente, compatibilizar o ensino com as questões da reforma sanitária. Em 1988, o núcleo priorizava capacitações técnicas e pedagógicas na área de Enfermagem, Materno Infantil e de Doenças Transmissíveis (PARAÍBA, 2001).

A partir da nova realidade provocada com o surgimento do SUS, a equipe que estava à frente do núcleo, começou a refletir sobre a precariedade na formação de recursos humanos

para a área de saúde no Estado e a necessidade de reorientação no processo formativo de seus trabalhadores. Iniciando-se, portanto, o projeto de criação e estruturação da escola. A proposta pautava-se na qualificação da força de trabalho em consonância com as ideias da Reforma Sanitária Brasileira – que propunha a democratização do sistema de Saúde, bem como mudanças na prática profissional dos trabalhadores da saúde – no âmbito do Projeto Larga Escala, idealizado por Isabel dos Santos no início da década de 1980 e sistematizado pelas estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde com a elaboração de um currículo integrado que possibilitasse a formação em serviço e que não afastasse o trabalhador de suas atividades (PARAÍBA, 2001).

Nessa perspectiva, surgiu o Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba - CEFOR-RH/PB que é o órgão responsável pela formação/qualificação profissional dos trabalhadores que atuam no SUS na Paraíba, por meio de cursos técnicos (na modalidade subsequente), pós-técnicos, qualificações, pós-graduações (em parceria com instituições de nível superior), de acordo com as necessidades locais e regionais do Estado de forma a suprir a necessidade de bons profissionais na área da saúde, respeitando sempre os preceitos éticos de humanização na saúde e de cidadania, ao mesmo tempo em que é uma gerência ligada à Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba responsável por gerenciar toda a política de Educação Permanente no Estado (RODRIGUES, 2014).

Iniciou suas atividades na década de 1990 em consonância com a Lei Orgânica da Saúde, tendo sido criado por meio da Lei N° 5.871 de 11 de abril de 1994. Entre 1994 a 1996, o CEFOR-RH/PB trabalhou na qualificação de enfermeiros e realizou o levantamento dos profissionais de nível elementar e médio nas categorias de atendente e auxiliar que eram considerados o público-alvo para formação. Os primeiros cursos oferecidos foram auxiliar de enfermagem, auxiliar de consultório dentário e auxiliar de nutrição e dietética (PARAÍBA, 2001).

Em 2009, por meio da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde com a Portaria N° 620/GS/SES/2009, o CEFOR-RH/PB passou a ser o gestor da Educação Permanente em Saúde (EPS) no Estado, assumindo não só a qualificação dos profissionais da saúde como também passando a gerir as políticas estaduais de formação permanente (PARAÍBA, 2009). De modo geral, Educação Permanente em Saúde (EPS) é “a aprendizagem no trabalho, a partir dos problemas enfrentados na realidade, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações, transformando as práticas profissionais e a própria organização do trabalho” (BRASIL, 2007, p. 13).

Dessa maneira, a EPS precisa ser entendida, como uma prática de ensino-aprendizagem que deve se “basear na produção de conhecimentos que respondam a perguntas que pertencem ao universo de experiências e vivências de quem aprende e que gerem novas perguntas sobre o ser e o atuar no mundo”, e como uma política de educação na saúde “sendo estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para a saúde, envolvendo a contribuição do ensino na construção do SUS” (CECCIM; FERLA, 2009, p. 162-163).

A EPS foi aprovada na XII Conferência Nacional de Saúde e no Conselho Nacional de Saúde (CNS) como política específica no interesse do sistema de saúde nacional por meio da Resolução CNS n. 353/2003 e da Portaria MS/GM n. 198/2004 (CECCIM; FERLA, 2009). Essa política afirma:

1) a articulação entre ensino, trabalho e cidadania; 2) a vinculação entre formação, gestão setorial, atenção à saúde e participação social; 3) a construção da rede do SUS como espaço de educação profissional; 4) o reconhecimento de bases locorregionais como unidades político-territoriais onde estruturas de ensino e de serviços devem se encontrar em ‘co-operação’ para a formulação de estratégias para o ensino (CECCIM; FERLA, 2009, p. 164).

Com a gestão da EPS em todo o Estado, a escola também passou a desenvolver as seguintes ações: acompanhamento das Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES), apoio na elaboração dos Planos Macrorregionais de Educação Permanente em Saúde (PMEPS), fomento à regionalização por meio de atividades direcionadas a educação permanente nas Comissões Intergestoras Regionais (CIR), dentre outras.

Em 2012, o CEFOR-RH/PB passou também a ser o gestor da Rede Escola SUS-PB, que é uma estratégia da Educação Permanente em Saúde que tem como finalidades básicas: atender ou organizar as demandas das Instituições de Ensino que utilizam a rede estadual de serviços de saúde como campo de prática e aprendizagem, pesquisa e extensão; qualificar e ampliar a relação Ensino-Serviço institucionalizando os cenários de aprendizagem, e orientar as ações voltadas à formação de profissionais para a saúde, dentre outras relacionadas à EPS.

Se considerarmos o período de 2011 a 2015 a escola realizou diversas qualificações em diferentes níveis de escolaridade (cursos técnicos, qualificações e especializações) de acordo com os dados coletados junto à secretaria escolar do CEFOR-RH/PB.

Ao observarmos os cursos técnicos oferecidos a profissionais que atuam no SUS a escola qualificou 2.176 pessoas que deixaram de ser “práticas” em suas atividades laborais passando a ter também o conteúdo teórico. Esse quantitativo de profissionais qualificados nos

cursos técnicos do CEFOR-RH/PB no período citado abrangeu diversas áreas entre as quais destacam-se a formação de agentes comunitários de saúde, radiologia, enfermagem, vigilância em saúde, hemoterapia e saúde bucal. As qualificações oferecidas pela escola abarcaram cursos de atualização, capacitação profissional em odontologia hospitalar, implantação de centros de testagem e aconselhamento em HIV e hepatites virais, testes rápidos para diagnósticos do HIV e hepatites virais, próteses e órteses, introdutórios de NASF, reforma psiquiátrica, gestão, entre outros.

E, em relação às especializações oferecidas em parceria com outras instituições, no mesmo período, encontramos cursos de Especialização em Política e Gestão do Cuidado, com Ênfase no Apoio Matricial (Parceria com a Universidade Federal da Paraíba - UFPB), Curso Descentralizado de Especialização em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (ProgeSUS), Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem (Parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC), Curso de Especialização em Gestão Pedagógica nas Escolas Técnicas do SUS (Cegepe), Curso de Especialização em Saúde da Família com ênfase na implantação das Linhas de Cuidado (Parceria UFPB) e Curso de Especialização em Gestão da Atenção Básica e de Redes Microrregionais de Saúde (Parceria UFPB) entre outros.

E, em relação às especializações que estão em curso, em parceria com outras instituições, chamam atenção as Residências Médicas⁷ e Residências Multiprofissionais⁸.

A partir desses dados, ao longo do período entre 2011 e 2015, a escola qualificou mais de 16.000 profissionais do SUS em diversas áreas e em diferentes níveis escolares. Ao considerarmos as dificuldades estruturantes que a escola passou no mesmo período este é um número considerável que merece o acompanhamento necessário para que se possa não somente ter números, mas também qualidade nas formações oferecidas pela escola.

Como perspectiva para o ano de 2016 há a previsão da abertura de três turmas de nível técnico: Técnico em Prótese Dentária, Técnico em Vigilância em Saúde e Técnico em Hemoterapia com previsão de mais 105 profissionais além de mais três turmas de

⁷ Instituídas pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, as residências médicas são modalidades de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização. Funciona em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais médicos. **FONTE: Residência Médica.** Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-medica>>. Acessado em 31 de agosto de 2016.

⁸ Criadas a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005, as residências multiprofissionais, são orientadas pelos princípios e diretrizes SUS, a partir das necessidades regionais, e abrangem as profissões da área da saúde: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. **FONTE: Residência Multiprofissional.** Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-multiprofissional>>. Acessado em 31 de agosto de 2016.

especialização incluindo, além das Residências, o Curso de Especialização de Pedagogia Aplicada à Saúde (SICONV).

Ainda segundo a Secretaria Escolar do CEFOR-RH/PB, há a previsão de 2.611 vagas de cursos de qualificação para profissionais do SUS em 2016 nas áreas de vigilância sanitária, sala de vacina e enfermagem obstétrica. Além disso, o centro formador está em articulação para elaboração e aprovação da lei que o transformará em Escola de Saúde Pública do SUS na Paraíba.

4.2 DOCUMENTOS OFICIAIS DO CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA (CEFOR-RH/PB)

4.2.1 Lei de Criação do CEFOR-RH/PB

Com a missão de “formar e capacitar profissionais de nível médio na área de saúde, promovendo competências e desenvolvendo habilidades para o exercício profissional” (PARAÍBA, 2001, p. 9), foi criado, na estrutura da Secretaria de Estado de Saúde da Paraíba (SES-PB), pela Lei Estadual nº 5.871, de 11 de abril de 1994, o Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba (CEFOR-RH/PB) (PARAÍBA, 1994). Surgiu a partir do Programa de Capacitação de Recursos Humanos da SES-PB, priorizando as capacitações técnicas e pedagógicas na área de enfermagem, visando a qualificação dos profissionais de nível superior e adequação do processo de trabalho às necessidades do SUS (PARAÍBA, 2001).

Em seu artigo 4º, a Lei de Criação do CEFOR-RH/PB apresenta as atribuições da instituição: qualificar e habilitar pessoal já engajado na força de trabalho e /ou em processo de admissão; ser a base administrativa e pedagógica de formação dos profissionais do setor de saúde; testar novas modalidades de qualificação profissional, tendo como suporte a formação em serviço e como docentes os prestadores de serviços da saúde; oferecer cursos que atendessem os órgãos que integram o “Sistema Unificado de Saúde”, qualificando as categorias profissionais (PARAÍBA, 1994, p. 1).

Para atender tais atribuições, bem como a modalidade de ensino que o novo Centro proporcionava, em sua estrutura administrativa e pedagógica, o artigo 5º da lei traz a possibilidade de “flexibilidade para execução dos currículos das categorias profissionais em formação, de modo a responder as características especiais de cada clientela” (PARAÍBA, 1994, p. 2).

Diante do artigo citado é necessário salientar que, quando se fala em “flexibilidade dos currículos”, Pereira e Cortelazzo (2003) sinalizam a importância de se refletir sobre o termo flexibilidade, visto que o mesmo não deve ser entendido como adaptação e conformismo. Dessa forma, contraditoriamente à visão de que a flexibilidade é sinônimo de passividade e obediência, no contexto educacional, "o termo vem significar um tempo em que a instituição não se curva mais ante o inflexível, não assume mais a obediência servil, não coloca em outras fontes o poder da decisão, da ação e da responsabilidade mútua" (PEREIRA; CORTELAZZO, 2003, p. 118-119).

Porém, Goergen (2001) ressalta que a flexibilidade curricular não tem nada a ver com flexibilidade profissional, e afirma ainda que tal entendimento surge de uma concepção neoliberal de ensino, que entende o capital e o mercado como reguladores das instituições educadoras. Nessa perspectiva, a flexibilidade vai ser associada a uma visão empresarial de competitividade e empregabilidade, priorizando formações curtas e rápidas que produzam subjetividades coerentes com o consumismo, com a produção e com a competitividade, características essenciais da ordem econômica pautada na lógica do capital (BASTOS; PEREIRA, 2005; DIAS SOBRINHO, 2000).

Pelas próprias limitações da escrita da Lei, não fica claro quais “flexibilizações” seriam essas relacionadas à escola. Contudo, para, além disso, e pela realidade atual do Centro Formador, concordamos que tal conceito, nesse contexto, faz alusão ao que Chauí (2001) apresenta quando pontua que a flexibilidade curricular não é adaptar os currículos às necessidades profissionais e empresariais de forma a sobrepor tais questões às sociais. Antes disso, ela pressupõe "outra teoria educacional e uma opção filosófica que valoriza os atores educativos, o desenvolvimento contextualizado das práticas educativas, a autonomia da instituição, do professor e do aluno" (PEREIRA; CORTELAZZO, 2003, p. 119).

E, se considerarmos os contextos históricos da criação das ETSUS e dos Centros Formadores a partir do Projeto Larga Escola e do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, como apresentados no capítulo 2 desta dissertação, podemos afirmar que a flexibilização para o CEFOR-RH/PB deve ser entendida como o fortalecimento da educação a partir do entendimento, em conjunto, dos que fazem parte do processo pedagógico, onde a matriz curricular orienta, mas não determina as relações dentro de sala de aula, uma vez que estas ocorrem a partir da construção coletiva de seus sujeitos. Em síntese, a autonomia da educação e a flexibilidade curricular abrem a possibilidade, entre outros aspectos, para a construção e implementação de um projeto pedagógico no qual estejam presentes concepções inovadoras e diferenciadas de graduação do estudante (MANCEBO, 1997; VEIGA, 2000).

Outro fato apresentado pela lei refere-se à apresentação dos estudantes como “clientes” (Art. 5º), o que aponta para uma compreensão da educação baseada em uma perspectiva mercadológica e neoliberal, que entende o capital e o mercado como reguladores das instituições educativas, como citado anteriormente. O contraditório é que ao mesmo tempo em que se coloca a flexibilidade do currículo, apresenta também, no mesmo artigo inclusive, a contradição de conceitos. Porém, como a legislação é “fria”, e existe para “fazer cumprir”, é provável que seus autores nem tenham associado essa dicotomia e que, como o CEFOR-RH/PB foi criado no meio da década de 1990, no auge no neoliberalismo no Brasil, esses conceitos tenham se tornado costumeiros e baseados nessa perspectiva de mercado.

A Lei de Criação do CEFOR-RH/PB apresenta duas estruturas organizacionais de cargos da escola. A primeira (Figura 1) apresenta os cargos de direção da escola, conforme podemos observar no organograma abaixo:

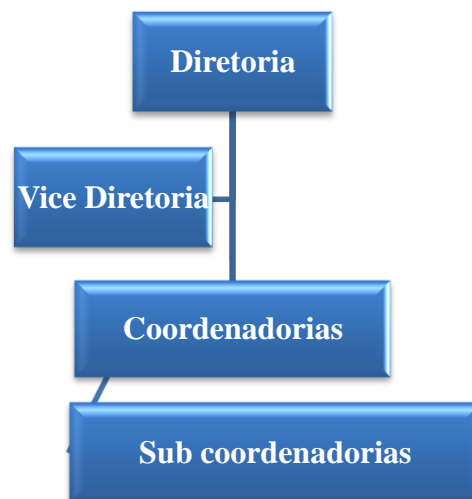


Figura 1 – Estrutura Organizacional apresentada pela Lei de Criação do CEFOR-RH/PB.
FONTE: Elaboração do autor.

Enquanto que a segunda estrutura organizacional, apresentada pela Lei de Criação do CEFOR-RH/PB (Figura 2) traz os seguintes cargos comissionados, a serem providos com profissionais qualificados na área de saúde, a saber: 01 diretor, 01 vice diretor, 02 coordenadores, 06 sub coordenadores, 02 secretários de diretor e vice diretor e 02 secretários escolar, de acordo com a figura abaixo:

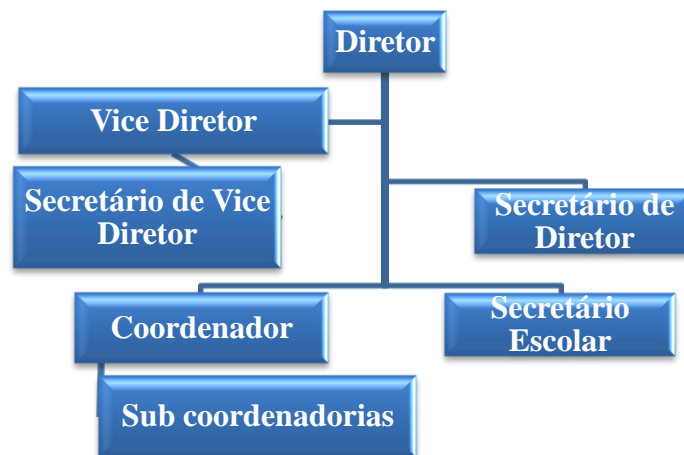


Figura 2 – Estrutura Organizacional dos cargos comissionados apresentada pela Lei de Criação do CEFOR-RH/PB.

FONTE: Elaboração do autor.

Porém, o que percebemos é que, apesar da Lei de Criação apresentar em seu texto a estrutura organizacional da escola, não detalha as funções dos seus profissionais, nem aponta onde o funcionamento e as competências da escola serão regulamentadas, ou seja, estabelece o corpo de trabalho da escola, mas não apresenta suas funções. Podemos perceber também que a escola já foi criada com uma limitação na quantidade de trabalhadores que foram colocados à sua disposição, visto que, o baixo número de trabalhadores não seria suficiente, e não é até hoje, para atender às demandas de qualificação em saúde em todo o Estado.

Para finalizar, a Lei afirma em seu artigo 7º (PARAÍBA, 1994, p.2) que “as despesas decorrentes da execução de obras do centro formador seriam custeadas com recursos do Projeto Nordeste com percentual de 80% e uma contrapartida do Estado de 20%”. Em relação à contrapartida do Estado não foram encontrados registros sobre em que consistiu tal incentivo.

Porém, em relação ao Programa de Desenvolvimento da Região Nordeste (Projeto Nordeste) a documentação oficial do Ministério da Saúde (IGNARRA, *et al.*, 1998) informa que o mesmo foi criado por meio de decreto⁹ e tinha como objetivo promover o desenvolvimento econômico e social da região, especialmente nas áreas da Saúde, Educação, Agricultura e Meio Ambiente. Foi instituído por meio de Portaria Ministerial¹⁰, e desenvolvido através dos Acordos de Empréstimo 2699-BR e 3135-BR, respectivamente,

⁹ Diário Oficial da União de 02/04/1985, decreto nº 91.1781, de 01 de abril de 1985 (IGNARRA, *et al.*, 1998).

¹⁰ Diário Oficial da União de 18.04.88, portaria nº. 09 de 14 de abril de 1988 (IGNARRA, *et al.*, 1998).

Projeto Nordeste I (PNE I) e Projeto Nordeste II (PNE II)¹¹, entre o BRASIL e o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) (IGNARRA, *et al.*, 1998). O PNE

tinha como objetivo o reordenamento das ações básicas de saúde na região Nordeste, a partir da identificação das necessidades locais e, como estratégia, o redirecionamento do processo de desenvolvimento da região, onde se observava um quadro de pobreza absoluta e nítida desigualdade em relação às outras regiões brasileiras (IGNARRA, *et al.*, 1998, p. 13).

Os dados do Ministério da Saúde apontam que não houve ações do PNE I (1986-1995) na Paraíba. Ele abarcou 217 municípios, mas nos estados da Bahia, Piauí, Rio Grande do Norte e Minas Gerais (região Norte e Vale do Jequitinhonha) (IGNARRA, *et al.*, 1998). Contudo, o PNE II (1990-1994, prorrogado, posteriormente, até 1997) incorporou

mais 508 municípios dos estados de Alagoas, Bahia, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Maranhão e Sergipe, favorecendo 17.657.028 habitantes com recursos da ordem de US\$ 267 milhões, destinados ao fortalecimento e à manutenção de serviços básicos de saúde nas áreas de baixa renda selecionadas, bem como ao suporte à implementação de reformas setoriais, incluindo a descentralização de recursos financeiros e da direção administrativa dentro dos estados (IGNARRA, *et al.*, 1998, p. 13).

Nessa perspectiva, dentre as categorias financiáveis pelo PNE constavam: “medicamentos, obras, treinamento, consultoria e estudos especiais, equipamentos e informação, educação e comunicação (IEC)” (IGNARRA, *et al.*, 1998, p. 13). A partir das possibilidades de utilização do recurso, citadas acima, as ações de Informação, Educação e Comunicação (IEC) desenvolvidas no Ministério da Saúde e nas secretarias estaduais de saúde, tiveram como objetivo contribuir para a consolidação do SUS (IGNARRA, *et al.*, 1998).

Na Paraíba, segundo Ignarra e colaboradores (1998, p. 67) os “recursos financiáveis pelo Acordo de Empréstimo 3135-BR (PNE II) foram de US\$ 500.000,00”, tendo sido executado no Estado (de 31/05/1991 até 29/07/1997), cerca de US\$ 340.300,00 (68,06%) nos seguintes projetos:

¹¹Ajuda Memória - Missão de Supervisão do Banco Mundial (2699BR e 3135BR) Março de 1992 (IGNARRA, *et al.*, 1998).

Projeto	Objetivo	Público
Série Instrucional	Capacitar profissionais de educação para atuarem como multiplicadores das ações básicas de saúde junto aos alunos, bem como avaliar o impacto das oficinas.	Professores de 1º e 2º graus, dirigentes educacionais de escolas das redes públicas municipal e estadual.
Promoção de IEC nas Ações de Saúde	Sensibilizar técnicos e população quanto às políticas de saúde e promover ações educativas em saúde, priorizando a realidade epidemiológica do Estado.	Usuários de serviços de saúde, profissionais de saúde.
Encontros Regionais de Enfermeiros do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)	Promover cursos de capacitação em serviços para os enfermeiros instrutores do PACS no Estado e avaliar o impacto destes cursos.	Enfermeiros instrutores e coordenação estadual do PACS.
Saúde: o Bem que se Quer	Sensibilizar e divulgar informação sobre saúde da mulher, DST/AIDS e sexualidade feminina em bairros periféricos da cidade de Cajazeiras.	Mulheres sexualmente ativas e adolescentes.

Quadro 1: Projetos Desenvolvidos em 1996/1997 pela Paraíba. FONTE: IGNARRA, et al., 1998, p. 67.

Com isso, o Projeto Nordeste colaborou na transição entre o Núcleo de Capacitação de Recursos Humanos da SES-PB e o Centro Formador e teve sua importância no que concerne ao impulso que possibilitou a efetivação do programa de capacitação da SES-PB. Dessa maneira, a Lei de Criação do CEFOR-RH/PB foi promulgada sob a perspectiva de fortalecer a capacitação de profissionais da saúde a partir da instituição e do fortalecimento do SUS. Nessa perspectiva, percebe-se uma nova concepção de saúde que norteia as políticas em implantação e exige a formação de recursos humanos, tendo em vista a colocação em prática de serviços que prestem assistência integral à saúde (PARAIBA, 2001). Para isso, precisava-se de um órgão que fosse referência na área o que culminou com a criação da escola.

4.2.2 Projeto Político Pedagógico do CEFOR-RH/PB

O Projeto Político Pedagógico (PPP) do CEFOR-RH/PB inicia apresentando um panorama geral da instituição a partir de sua criação. O documento afirma que o Centro

Formador é o órgão “responsável pela Política de Qualificação Profissional dos Trabalhadores que atuam no setor saúde no Estado da Paraíba” (PARAÍBA, 2001, p. 7) e que, mesmo tendo sido criado desde 1994, passando a operacionalizar e assumir seu papel na educação em saúde no Estado em 1996, apenas no ano de 2001 é que apresenta seu PPP para a sociedade a partir de uma

postura mais participativa na definição de uma política de recursos humanos mais ágil e moderna, marcada pela fidelidade aos princípios norteadores das políticas de saúde, em consonância com a filosofia da Reforma Sanitária Brasileira, que imprime uma nova concepção de saúde, consolidando e viabilizando o Sistema Único de Saúde – SUS (PARAÍBA, 2001, p. 7)

O PPP do CEFOR-RH/PB é dividido em: Apresentação e Introdução, Histórico, Campo de Atuação do Profissional da Área de Saúde, Organização Administrativa e Didática, Descrição dos cursos oferecidos na época (Auxiliar de Enfermagem, Auxiliar de Nutrição e Dietética e de Auxiliar de Consultório Dentário), Diagnóstico e Anexos. Para facilitar a leitura, destacamos os itens do PPP a seguir, fazendo a análise a partir do que é apresentado no documento.

a) Apresentação e introdução do PPP do CEFOR-RH/PB

Em sua apresentação, o PPP discute a necessidade que os trabalhadores da saúde têm de acesso a conhecimentos que promovam o desenvolvimento de competências e habilidades para o desempenho do trabalho e da capacidade que o CEFOR-RH/PB possui frente à “expectativa do poder público e da comunidade em geral, no enfrentamento dos desafios das novas tendências que configuram o mundo do trabalho na sociedade moderna” (PARAÍBA, 2001, p. 7).

Nesse sentido, o PPP contempla as discussões coletivas da escola a respeito de suas propostas político-pedagógicas e reflete a finalidade da organização do trabalho pedagógico, levando em conta a organização de sala de aula em sua relação com o contexto onde a mesma está inserida. Dessa forma, Vasconcellos (1995, p. 143), aponta o PPP como sendo

um instrumento teórico-metodológico que visa ajudar a enfrentar os desafios do cotidiano da escola, só que de uma forma refletida, consciente, sistematizada, orgânica e, o que é essencial, participativa. É uma metodologia de trabalho que possibilita ressignificar a ação de todos os agentes da instituição.

No caso do CEFOR-RH/PB a elaboração do PPP foi realizada a partir das conclusões obtidas da “I Oficina de Avaliação dos Cursos de Auxiliar de Enfermagem” quando as estruturas administrativas e pedagógicas da escola foram analisadas, situando-se obstáculos e possibilidades apresentadas no item “Diagnóstico”. O propósito da oficina foi contribuir com novas formas de organização, visando a melhoria da prática educativa, além de definir os princípios norteadores do PPP, a saber:

I - Missão

Formação e capacitação de profissionais, em nível médio, na área de saúde, promovendo competências e desenvolvendo habilidades para o exercício profissional dentro do *mercado de trabalho*, contemplando princípios éticos de humanização na saúde e de cidadania, contribuindo para a busca de novos conhecimentos e fortalecimento do SUS, otimizando a assistência à saúde no contexto sócio-político, no âmbito estadual (PARAÍBA, 2001, p. 09, *grifo nosso*).

A missão do CEFOR-RH/PB apresentada em seu PPP parece expressar, em nossa opinião, uma contradição, uma vez que procura promover as competências e habilidades para o mercado de trabalho, enquanto que os princípios da “formação para o SUS” preconizados pelo Projeto Larga Escala buscam a formação média e elementar de pessoal que já atua na área (GRYSCHKEK, *et al.*, 2000).

Outro fato que merece destaque é o trecho que busca otimizar “a assistência à saúde no contexto sócio-político”, porém, em todo o restante do documento não há menção de como se consolidaria tal questão, o que não deixa clara a identidade da escola frente à sociedade na qual está inserida.

II - Objetivos

Os objetivos apresentados no PPP são os seguintes (PARAÍBA, 2001, p. 9-10):

- Formar cidadãos e capacitar profissionais da área de saúde, em nível fundamental e médio, para o mercado de trabalho, atendendo às necessidades da comunidade e de acordo com a demanda;
- Atualizar profissionais, adequando-os aos novos conhecimentos e avanços da ciência;
- Oferecer subsídios para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde;

- Contribuir como elemento formador para o desenvolvimento das práticas de ensino no processo educativo;
- Desenvolver habilidades e conhecimentos específicos na área de saúde;
- Desenvolver as relações interpessoais entre os profissionais de saúde, promovendo a valorização dos mesmos;
- Manter a capacitação e atualização dos profissionais de saúde quanto ao mercado de trabalho e aos conhecimentos técnicos e científicos;
- Fortalecer as ações dos serviços de saúde, visando a melhoria na qualidade de vida da população;
- Fortalecer a escola técnica de saúde;
- Expandir as atividades educacionais, descentralizando suas ações em todo o Estado;
- Planejar, executar, acompanhar as ações da instituição, de acordo com o seu Projeto Político e Pedagógico;
- Capacitar profissionais em saúde para oferecer assistência com qualidade humanizada para atender às necessidades da população;
- Preparar o educando para desenvolver atividades profissionais com ética, segurança, competência e responsabilidade.

Ao analisarmos os objetivos apresentados, percebemos que existe um paradoxo entre o que foi preconizado pelo Projeto Larga Escala para as ETSUS e o que, em teoria, é responsabilidade do CEFOR-RH/PB, já que ideologicamente as escolas técnicas visam o fortalecimento do SUS, pelo SUS e para o SUS e alguns dos objetivos aqui apresentados se apoiam em uma visão mercadológica da saúde como objeto, que deve ser utilizada de acordo com a demanda da comunidade. Na realidade atual da escola, ocorre o inverso do que está preconizado em seu PPP. A formação oferecida pela escola é para profissionais que atuam no SUS, não atende a comunidade de maneira direta, e nem demanda espontânea, o que só ratifica a contradição existente nesses objetivos aqui apresentados.

Esses paradoxos, apresentados em mais de um objetivo, nos levam a questionar se a concepção das escolas técnicas do SUS mais próxima do ideário da Reforma Sanitária Brasileira, encontrava-se presente na constituição da escola no momento de construção de seu PPP. Questionamos, inclusive, se os atores envolvidos à época com a escola compreendiam a dimensão de tal ideologia. Ademais, há o questionamento acerca do tipo de formação de cidadãos, visto que não são discutidas as maneiras de formar, especialmente nesse caso, quando o público alvo da escola é composto por cidadãos já formados.

Outros pontos acerca dos objetivos também foram destacados na análise como o que trata da atualização de profissionais que parece engessar a relação professor – estudante quando afirma que deve “atualizar profissionais, adequando-os aos novos conhecimentos”. Essa adequação nos leva a supor que o professor é o ser que transmite o conhecimento e o estudante o que recebe. “Adequar”, em nossa opinião, não proporciona reflexão sobre o local que o indivíduo está, seu papel ou sua contribuição. “Adequar” somente limita a pessoa a partir do interesse dos detentores de poder.

Outro ponto refere-se à afirmação relacionada ao oferecimento de “subsídios para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde”. Aqui, cabe questionar que tipos de subsídios seriam esses. O PPP não deixa claro se seriam financeiros, educacionais e/ou estruturais. Da mesma forma que afirma promover “a valorização dos profissionais da saúde” sem explicitar como se daria tal valorização, o que nos leva a questionar se só a formação /qualificação é capaz por si só de promovê-la. É certo que as dificuldades estruturantes do CEFOR-RH/PB, desde sua criação, e a precarização crescente dos vínculos de trabalho na saúde dificultariam a execução desses objetivos. Cabe ainda destacar que o PPP do CEFOR-RH/PB não se reconheceu como escola técnica, já que também busca “fortalecer a escola técnica”.

Com esses pontos apresentados, questionamos se a construção dos objetivos do PPP do CEFOR-RH/PB foi elaborada a partir do entendimento concreto da identidade da escola e de seu papel na sociedade em que estava inserida. A ideologia apresentada se assemelha às demais escolas formadoras em geral e não detalha a importância deste Centro enquanto a Escola Técnica do SUS na Paraíba.

III - Perfil do Egresso

Apresentado como outro princípio norteador da escola em seu PPP, esse trecho apresenta as “qualidades” e “competências” que o egresso do CEFOR-RH/PB precisa ter quando de sua saída do processo de formação e retorno à sociedade. Tal profissional, segundo o PPP, deve ser preparado técnico-cientificamente, adequado aos novos conhecimentos e avanços tecnológicos, deve ser ético e humanizado, ter olhar voltado para a realidade, ter perspectiva crítica, ser conhecedor de seus direitos e deveres para que possa desempenhar seu papel na sociedade de maneira consciente (PARAÍBA, 2001). Esse princípio também não apresenta a identidade da escola, apesar de algumas características de egressos que podem remeter a uma identidade crítica participativa e cidadã.

Dessa maneira, podemos perceber que esses três princípios que deveriam nortear o PPP de uma ETSUS, trazem consigo inconsistências, limitações e dificuldades do processo de construção de um Projeto Político Pedagógico e nos fazem questionar em que medida a falta de identidade clara e objetiva da escola, objeto de nosso estudo, seria um reflexo disso.

b) Histórico do CEFOR-RH/PB

Na breve descrição do contexto histórico do CEFOR-RH/PB, o PPP apresenta a escola idealizada em consonância com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990) que trouxe uma nova forma de pensar a saúde no país e foi consequência do movimento de democratização da sociedade brasileira, visando atender às necessidades advindas com o surgimento do SUS (PARAÍBA, 2001). Relata também que a escola foi formada de acordo com a “nova concepção de saúde, que norteia as políticas em implantação, exige a formação de recursos humanos, tendo em vista à colocação em prática de serviços que prestem atenção integral à saúde” (PARAÍBA, 2001, p. 11). Apresenta dados sobre a dificuldade de implantação da política da saúde relacionando com a precariedade de formação na área e do impacto que sofre o setor quando absorve a força de trabalho no país e da criação das Escolas Técnicas de Saúde que vieram para “solucionar este problema” (PARAÍBA, 2001, p. 11).

O CEFOR-RH/PB foi criado nesse contexto como o ator responsável por essa pauta da formação em saúde no Estado. Cabe salientar que, apesar desse tópico fazer referências as ETSUS, à luta pela democracia na década de 1980, à precarização de vínculos e força de trabalho na área de saúde, em nenhum outro local, o PPP aprofunda tais aspectos, nem informa como eles se materializariam na escola.

O histórico aponta que a efetivação da gestão da escola se deu somente em 1996, apesar de sua Lei de Criação ser de 1994, e foi possibilitada por servidores da SES-PB que ocuparam cargos efetivos e comissionados passando a coordenar e executar as ações do CEFOR-RH/PB. Essas ações incluíram a reforma do espaço destinado às instalações da escola e o início das discussões acerca do Regimento Interno e de autorizações e reconhecimento dos cursos junto ao Conselho Estadual de Educação. Atualmente, além de comissionados e efetivos, a escola também possui em seu quadro profissionais contratados, por meio de edital, para a equipe técnica dos cursos.

Em 1997, houve o início efetivo das atividades da escola como “agente de profissionalização do pessoal de nível elementar e médio do SUS na Paraíba”. Nesse momento, a partir de reuniões e qualificação do grupo técnico da escola, foi realizada a

organização das Matrizes Curriculares dos cursos e a execução do primeiro curso, o de Auxiliar de Enfermagem, sendo seguido pelos cursos de Auxiliar de Consultório Odontológico e Auxiliar de Nutrição e Dietética (PARAÍBA, 2001, p. 12).

O Projeto Político Pedagógico sinaliza que, para efetivar cursos além dos já citados, o CEFOR-RH/PB estabeleceu, em 1998, suas primeiras parcerias com a “Confederação Nacional de Saúde (CNS), a Secretaria Estadual de Trabalho e Ação Social (SETRAS) e o Serviço Nacional de Emprego da Paraíba (SINE-PB) para atender à demanda por profissionalização do interior do Estado” (PARAÍBA, 2001, p. 12).

Ainda seguindo o histórico do CEFOR-RH/PB, o PPP relata que a escola participou de concorrências públicas e desenvolveu, no ano de 2000, atividades do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores na Área de Enfermagem (PROFAE) do Ministério da Saúde totalizando uma atuação em 20 municípios com 25 turmas do Curso de Auxiliar de Enfermagem. Além disso, coloca que a partir do PROFAE, a escola participou da Oficina de Planejamento Estratégico, realizada pelo Ministério da Saúde, que tratou da modernização das Escolas Técnicas e Centros Formadores da saúde o que culminou com elementos para a elaboração do “Projeto de Modernização do CEFOR-RH/SES-PB” (PARAÍBA, 2001, p. 12).

Podemos dizer, a partir de nossa realidade profissional, que o CEFOR-RH/PB foi potencializado pela execução do PROFAE a partir dos anos 2000. Para isso, basta observarmos os equipamentos da escola que, em sua grande maioria, foram adquiridos por esse programa. Além disso, o Projeto de Modernização do CEFOR-RH/SES-PB, potencializado pelo PROFAE, originou cinco sub-projetos específicos (PARAÍBA, 2001, p. 15): Estruturação do Laboratório de Práticas, com investimento de R\$ 110.500,00; Fortalecimento das Atividades Gerenciais do CEFOR-RH/PB, com custo de R\$ 125.000,00; informatização do CEFOR-RH/PB, consumindo R\$ 54.920,00; Fortalecimento das Atividades Pedagógicas Descentralizadas, com investimento de R\$ 149.808,00 e implantação da biblioteca do CEFOR-RH/PB, com custo previsto de R\$ 58.704,00.

Para encerrar esse tópico, o PPP recupera o investimento na produção do conhecimento. Nesse aspecto, o CEFOR-RH/PB fez um estudo sobre o perfil Sócio-Econômico e Cultural do Estudante do Curso de Auxiliar de Enfermagem, em 1999; elaborou um projeto de Qualificação de RH para a área de saúde: avaliação da eficiência pedagógica do Centro Formador de Recursos Humanos no PROFAE, para avaliar o impacto do programa desenvolvido pela escola. Finalmente, em 2001, realizou o processo seletivo para um Hospital Estadual de grande porte, ofereceu 37 cursos de Atualização de Primeiros Socorros e

Atendimentos Pré-hospitalares, bem como ampliou a oferta de turmas dos cursos de Auxiliar de Enfermagem (PARAÍBA, 2001).

c) Campo de Atuação e Competências Essenciais do Profissional da Área de Saúde

Esse tópico apresenta a importância do profissional da saúde e sua relação com as demais áreas da atividade humana, mencionando novamente os cursos oferecidos pela escola e relatando a possibilidade de ampliar outras formações. Também aponta os locais de trabalho que os egressos do Centro Formador podem atuar a partir das formações oferecidas. Em seguida, apresenta as competências que a escola espera que os estudantes-trabalhadores adquiram ao concluírem os cursos oferecidos pelo CEFOR-RH/PB e sejam capazes de demonstrar em seus locais de trabalho.

d) Organização Administrativa e Didática do CEFOR-RH/PB

Nessa parte de seu Projeto Político Pedagógico é apresentada a estrutura administrativa e didática do CEFOR-RH/PB, apresentando, além da organização hierárquica dos cargos funcionais e dos setores da escola, as funções e atividades de cada um. Tais atribuições são descritas como sendo organizadas da seguinte maneira (Figura 3):

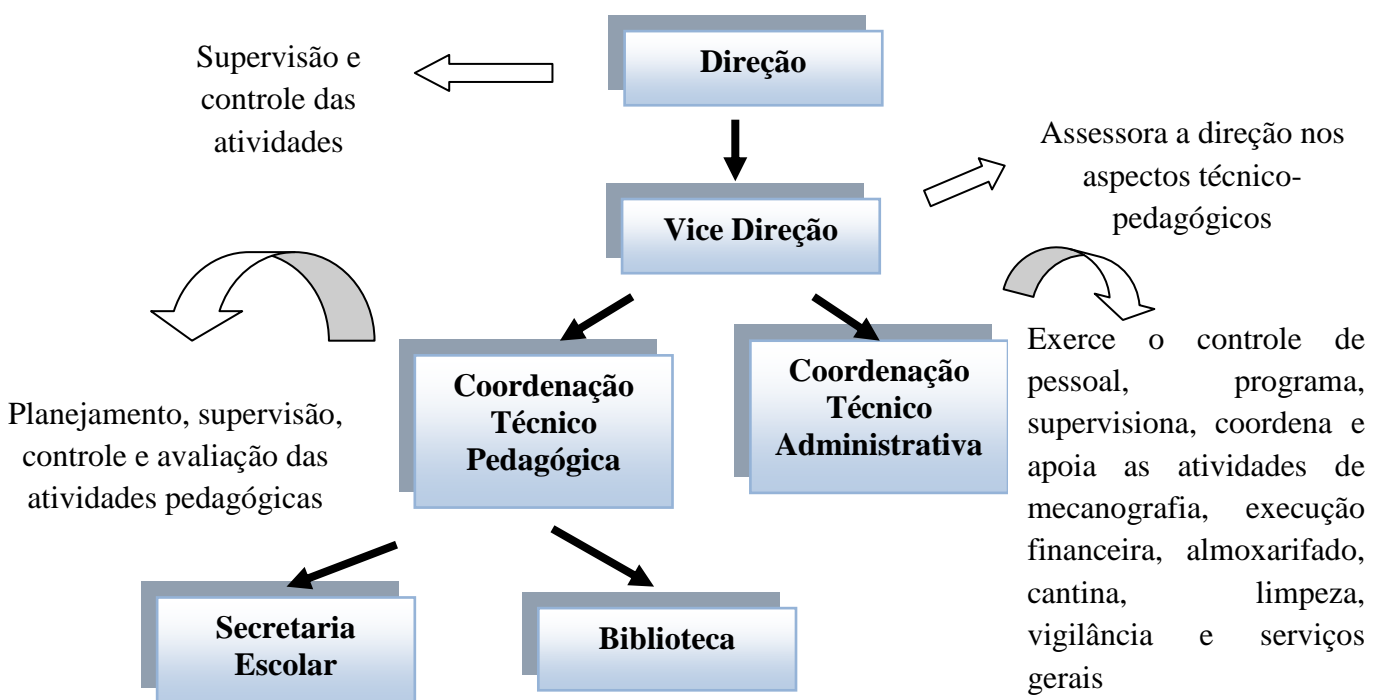


Figura 3: Estrutura Organizacional Administrativa e Didática do CEFOR-RH/PB, apresentada pelo Projeto Político e Pedagógico - 2001.

FONTE: Elaboração do autor.

Nessa estrutura organizacional cabe especificamente à Secretaria Escolar: manter atualizada a documentação do CEFOR-RH/PB, organizar e controlar os registros dos estudantes, expedir certificados, diplomas, declarações, secretariar as reuniões da escola, relacionar-se institucionalmente com os órgãos competentes no que se refere ao funcionamento do centro, organizar a documentação. E, em relação às atividades de responsabilidade da Biblioteca, consta: adquirir, organizar, controlar e atualizar materiais didáticos, livros e periódicos, colaborar na execução dos cursos (PARAÍBA, 2001).

e) Descrição dos cursos oferecidos na época de publicação do PPP do CEFOR-RH/PB

Esse tópico apresenta a organização curricular dos Cursos de Auxiliar e do Técnico de Enfermagem, do Curso de Auxiliar de Nutrição e Dietética e do Curso de Auxiliar de Consultório Dentário. Não há nesses tópicos uma padronização do que se deve ter em relação aos cursos citados. Nos cursos de Auxiliar e Técnico de Enfermagem, por exemplo, há a especificação da carga horária total do curso, do corpo docente, dos estágios, das notas e sobre a metodologia que deve ser ajustada “à clientela a ser profissionalizada [...] utilizando-se a integração ensino-serviço em que o grande laboratório de aprendizagem é o próprio serviço com seus equipamentos e instrumentos” (PARAÍBA, 2001, p. 23). O PPP também esclarece que é possível que o estudante receba o certificado de “Auxiliar de Enfermagem” ao concluir os dois primeiros módulos do curso, mas o de “Técnico de Enfermagem” somente no término dos três módulos.

A matriz curricular dos cursos de Auxiliar e Técnico de Enfermagem é “organizada em disciplinas, cada uma contendo unidades didáticas que são desenvolvidas sob a forma de concentração e dispersão” (PARAÍBA, 2001, p. 23). O momento de concentração é entendido como a sala de aula e o instrutor “desenvolve as sequências das unidades didáticas, utilizando a reflexão sobre a prática para aprofundar, acrescentar e sistematizar o conhecimento teórico” (PARAÍBA, 2001, p. 23). A dispersão é caracterizada “como momentos de aplicação de conhecimentos e são realizados nas Unidades de Saúde onde o trabalhador presta serviços” (PARAÍBA, 2001, p. 23). Ainda sobre o referido curso há, no PPP, indicação das competências, habilidades e bases tecnológicas que devem ser seguidas pelas disciplinas no decorrer dos módulos do curso.

Como o PPP do CEFOR-RH/PB foi elaborado na época de reestruturação da escola pelo PROFAE, talvez por isso, os cursos de Auxiliar e Técnico de Enfermagem estejam mais bem estruturados, com análises mais profundas e detalhadas sobre os aspectos do curso no

que concerne às questões do currículo, metodologias, unidades educacionais, disciplinas em relação aos demais.

Em se tratando do curso de Auxiliar de Nutrição e Dietética, há um breve relato sobre a necessidade de tais profissionais em hospitais, creches e serviços básicos de saúde. O PPP apresenta os objetivos voltados a “melhorar a qualidade do atendimento nutricional prestado à comunidade, através da orientação dietoterápica hospitalar e/ou ambulatorial” (PARAÍBA, 2001, p. 41). Aborda também sobre a carga horária do curso, conformação das turmas, corpo docente e apresenta seu conteúdo programático apenas com a descrição, objetivos e unidades de cada área de estudo, citando apenas que há estágio supervisionado, sem dar maiores detalhes. Diferentemente dos cursos de Auxiliar e Técnico de Enfermagem não apresenta competências, habilidades, bases tecnológicas das disciplinas e/ou dos módulos do curso (PARAÍBA, 2001).

Em relação ao curso de Auxiliar de Consultório Dentário, o PPP apresenta os objetivos, as disciplinas, discrimina seus conteúdos, sua carga horária, inclusive do estágio supervisionado, e de como se dá a conformação das turmas. Apresenta o perfil do estudante que pode ser proveniente de qualquer esfera de governo, além do setor privado e filantrópico e desempregados (PARAÍBA, 2001). Vale salientar que a característica deste curso, de ser direcionado também a desempregados, é peculiar, não sendo mais utilizada nos cursos oferecidos pela escola.

Nesse tópico fica evidente a complexidade do PPP do CEFOR-RH/PB visto que não apresenta uma conformidade descritiva dos cursos oferecidos, suas metodologias, bases conceituais e currículos. Os cursos são independente uns dos outros e não dialogam sobre propostas metodológicas.

f) Diagnóstico

No diagnóstico do CEFOR-RH/PB, apresentado em seu PPP, há informações relativas à sua estrutura física e de pessoal. No que concerne à estrutura física há a relação da quantidade de salas de aula, auditório, laboratório e biblioteca, além de outras áreas de uso comum. Cabe o destaque que, em 2001, no ano de publicação do PPP tais locais estavam sendo equipados, tendo em vista a modernização da escola pelo PROFAE (PARAÍBA, 2001).

Em relação ao item “Recursos Humanos”, o diagnóstico procura identificar quantitativa e nominalmente todos os profissionais que estavam envolvidos com as questões administrativas e de ensino. Para finalizar o diagnóstico

são relacionados os cursos já desenvolvidos pelo CEFOR-RH/PB, desde 1996, atividades de pesquisa e uma análise feita com a participação do corpo docente e técnico, onde apontam dificuldades e soluções no desenvolvimento dos cursos (PARAÍBA, 2001, p. 49).

Para encerrar o PPP, a equipe que conduzia a escola na época elaborou um levantamento das dificuldades e soluções que ocorreram no decorrer da realização dos cursos pelo CEFOR-RH/PB, desde sua criação. Devido a importância desse levantamento frente à realidade atual da escola, passo a transcrevê-lo *ipsis litteris* (PARAÍBA, 2001, p. 54):

DIFICULDADES:

- Turmas numerosas e heterogêneas.
- Falta de incentivo financeiro dos alunos (bolsa escola).
- Material didático (livros, laboratórios, recursos audiovisuais) insuficientes nos municípios.
- Deficiência de planejamento de atividades, visando o início dos cursos em decorrência do curto espaço de tempo exigido pelo Ministério da Saúde / PROFAE.
- Falta de apoio dos gestores municipais e dos serviços de saúde, em proporcionar estrutura satisfatória e adequação dos horários de trabalho dos profissionais, para a realização dos cursos.
- Deficiência de campos de estágio para os cursos descentralizados.
- Carência de instrutores qualificados nos municípios.
- Número elevado de horas/aula/dia, considerando o pequeno grau de assimilação dos alunos.
- Atraso no pagamento dos instrutores.

SOLUÇÕES

- Utilizar os recursos financeiros próprios dos instrutores e alunos.
- Buscar apoio junto ao CEFOR-RH/PB e gestores municipais, na tentativa de soluções dos problemas.
- Aumentar o número de horas/aula extra (sábado e domingo), para adequar às necessidades dos alunos.
- Articular com os gestores dos serviços de saúde a operacionalização dos estágios práticos dos cursos descentralizados.

- Promover intercâmbio com os profissionais capacitados de outros municípios.
- Buscar estratégias de ensino para adequar-se ao nível do alunado.
- Elaboração de apostilas pelos próprios instrutores.

SUGESTÕES PARA O MELHOR DESEMPENHO DOS CURSOS

- Promover regularmente encontros entre atores envolvidos, abordando todo o processo educacional dos cursos.
 - Adquirir material didático e laboratórios suficientes para os cursos.
 - Reforçar oficialmente a parceria entre o MS/SES – PB / Municípios.
 - Efetivar o incentivo Bolsa Escola aos educandos.
 - Fornecer material didático suficiente e em tempo hábil aos coordenadores e instrutores.
- Ampliar os campos de estágios nos municípios, a partir da interferência do CEFOR-RH/PB, junto aos gestores dos Serviços de Saúde.

g) Anexos

Nos anexos do PPP do CEFOR-RH/PB são apresentados alguns instrumentos que a escola utiliza para sua documentação interna: as listas nominais dos participantes da I Oficina de Avaliação dos Cursos de Auxiliar de Enfermagem do PROFAE/MS, a ficha de inscrição / identificação dos estudantes, a ficha (cadastro) do instrutor, o sistema de avaliação dos estudantes (disciplinas e estágios supervisionados), requerimento do cancelamento de matrícula, o diário de classe (relatório de atividades), a planilha orçamentária de pagamento de instrutores e um projeto de pesquisa intitulado de “Qualificação de RH para a área de saúde: avaliação da eficiência pedagógica do Centro Formador de Recursos Humanos no PROFAE” que deveria ter ocorrido entre os anos de 2002 e 2004, mas não há registros de sua concretização.

4.2.3. Regimento Interno do CEFOR-RH/PB

Segundo Gomes e Bairos (2009, p. 4) o Regimento Interno (RI)

é um importante documento de referência para o funcionamento da escola. Nele se materializa o PPP na forma de registros dos procedimentos, funções, atribuições e composição de cada um dos diferentes segmentos e setores da escola.

Caldieraro (2006, p. 28) afirma que o “Regimento Escolar é o documento originado do Projeto Pedagógico que disciplina a vida escolar”. Além disso, ajuda a responder as perguntas relacionadas ao “COMO FAZER” que devem ser baseadas no consenso coletivo e registradas para serem passíveis de reprodução e de fácil entendimento (GOMES; BAIROS, 2009).

O Regimento Interno (RI) do CEFOR-RH/PB traz um panorama geral de como se estrutura a escola, suas finalidades, organização administrativa, docentes, discentes e regime escolar (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2009). Ou seja, apresenta o comportamento da comunidade escolar frente às diversas atividades praticadas pela instituição.

O RI foi alterado recentemente pela resolução 115/2016 do Conselho Estadual de Educação da Paraíba em 12 de maio de 2016 e publicada no Diário Oficial do Estado em 08 de junho de 2016. Ressalta-se, porém, que a estrutura oficial em que o CEFOR-RH/PB está baseado é a estrutura do Regimento Interno de 2009, e não há previsão para as alterações contidas no novo RI, contudo, na prática, a estrutura nele apresentada é a que orienta as atividades e os setores da escola. Portanto, nesse trabalho, utilizamos como base de apresentação e discussão, a organização funcional do Regimento Interno de 2009 para, em seguida, apresentarmos o que o RI, reformulado em 2015, trouxe como novidade para a escola.

O Regimento Interno de 2009 apresentou o CEFOR-RH/PB como sendo um órgão do Estado “destinado a capacitar, qualificar, habilitar e certificar profissionais na área de saúde” (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2009, p. 3), tendo por finalidades oferecer novos cursos para atender os órgãos que integram o SUS, desenvolver estratégias, métodos e técnicas adequadas à capacitação, levantar necessidade, organizar, executar e certificar cursos, assessorar as demais instituições de saúde no que concerne à educação em saúde e interagir com as demais Escolas Técnicas do SUS que compõem a Rede de Escolas Técnicas do SUS (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2009). Apesar de ter sido criado como Centro Formador a partir da realidade do Projeto Larga Escala, na década de 1990, o Regimento Interno de 2009 foi o primeiro documento oficial da escola que faz menção às ETSUS, mesmo sem entrar em maiores detalhes.

Em seguida, o RI apresentou a estrutura organizacional administrativa da Direção do CEFOR-RH/PB (Figura 4) que se conforma ainda hoje da seguinte maneira:



Figura 4: Estrutura Organizacional da Direção Geral do CEFOR-RH/PB apresentada no Regimento Interno 2009.

FONTE: Elaboração do autor.

De acordo com o RI, o CEFOR-RH/PB deveria ser “dirigido por um profissional de nível superior da área de Saúde e/ou Educação” (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2009, p. 5), subordinado diretamente ao Secretário de Estado da Saúde. A Direção Geral deveria dirigir, coordenar, supervisionar e controlar as atividades do Centro, dar parecer em relação a capacitação profissional, coordenar pesquisas e estudos, presidir reuniões, assinar certificados, disponibilizar condições para o desenvolvimento das atividades, coordenar as atividades técnico-pedagógicas e financeiras (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2009).

Já a Direção Administrativa deveria ser “ocupada por um profissional de curso superior em Administração” (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2009, p. 6) e teria as seguintes competências: planejar, dirigir e controlar a parte administrativa, patrimonial e de serviços gerais, promover a disciplina e a eficiência nos trabalhos desenvolvidos, cumprir medidas tributárias, trabalhistas, previdenciárias e sociais, planejar, dirigir e controlar os recursos financeiros do Centro (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2009, p. 3).

Sua estrutura organizacional é a seguinte:



Figura 5: Estrutura Organizacional da Direção Administrativa do CEFOR-RH/PB, apresentada no Regimento Interno 2009.

FONTE: Elaboração do autor.

Nesse organograma, cabe ao Núcleo de Execução Financeira o cumprimento, o controle e o gerenciamento das atividades financeiras, bem como o atesto de recibos e/ou notas fiscais do CEFOR-RH/PB. Já o Núcleo de Controle e Movimentação de Pessoal é o responsável por desenvolver a política de Recursos Humanos (controle de pessoal, capacitação, diárias). O Núcleo de Biblioteca deve proporcionar a manutenção, atualização, organização e aquisição do acervo de livros, além de oferecer orientações relacionadas à normas técnicas e materiais didáticos para a escola. Ao Núcleo de Almoarifado compete as atribuições referentes à coordenação de controle de patrimônio, de entrada e saída de materiais permanentes (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2009).

Em relação à Direção Pedagógica, o Regimento Interno de 2009 informa que este cargo deveria ser preenchido por um “profissional de nível superior, com formação acadêmica na área de Saúde e/ou Educação” que apresente “experiências relacionadas à Formação e Qualificação do Trabalhador na área de Saúde” (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2009, p. 11) com as seguintes competências: planejar, elaborar, orientar, coordenar e acompanhar as atividades pedagógicas, cumprir o estabelecido no PPP, considerando a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, normatizar e desenvolver os procedimentos técnicos e pedagógicos; promover reuniões pedagógicas para planejamento, avaliação e atualização; participar de encontros, fóruns, simpósios, conferências relacionadas à educação permanente; analisar e avaliar o material didático; definir filosofia e metodologia junto aos profissionais do ensino e viabilizar aos servidores a participação em capacitações diversas (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2009, p. 3). Sua estrutura organizacional é a seguinte:



Figura 6: Estrutura Organizacional da Direção Pedagógica do CEFOR-RH/PB, apresentada no Regimento Interno 2009.

FONTE: Elaboração do autor.

Em relação às atribuições do Núcleo de Formação Profissional cabe planejar, elaborar, orientar, coordenar e acompanhar as atividades pedagógicas; definir metodologias; acompanhar, avaliar e apresentar sugestões visando à qualidade e quantidade de cursos oferecidos; planejar, avaliar e atualizar as propostas pedagógicas da escola e os Projetos de Formação Profissional; analisar e selecionar o material didático. Enquanto que ao Núcleo de Documentação e Arquivo Escolar compete a guarda e os registros dos documentos necessários à reconstituição da história da Escola, expedir diplomas, assinar certificados; organizar arquivos, legislação, normas e diretrizes da escola; relacionar-se com órgãos competentes em assuntos inerentes; responsabilizar-se pelas correspondências e lavrar atas (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2009).

Ao Núcleo de Programas, Projetos e Desenvolvimento de Cursos compete planejar, elaborar, orientar, executar, coordenar e acompanhar as atividades pedagógicas de acordo com o PPP; estabelecer parcerias com outras instituições; incentivar e promover grupos de estudo; atuar no desenvolvimento e capacitação dos trabalhadores; promover o aperfeiçoamento do corpo docente. E ao Secretário compete: receber toda documentação endereçada à escola; registrar os documentos referentes às atividades da escola e manter o arquivo de documentos importantes para a escola (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2009).

O RI apresentou, ainda, a conformação do Conselho Técnico do CEFOR-RH/PB, que é responsável pelo planejamento, acompanhamento e avaliação das atividades da escola (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2009). Apesar de estar registrado como “Conselho Técnico”, não há nenhuma referência à sua atuação na

escola. Há, atualmente, o Colegiado Gestor que é representado por todos os setores do Centro e atua com função similar ao Conselho Técnico. No colegiado devem ser tomadas as decisões políticas e pedagógicas da escola em todos os seus aspectos (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2015b).

O Regimento Interno 2009 apresentou ainda as competências dos docentes no Centro, as formas de ingresso, os direitos e deveres dos discentes, sem dar maiores detalhes acerca das atividades de ensino-aprendizagem. Em relação à organização didática e à estrutura curricular destaca que o “processo ensino-aprendizagem se desenvolverá com base na integração ensino-serviço-comunidade, mediante práxis objetivando o desenvolvimento de habilitação e competências” (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2009, p. 20). Não apresentou maiores detalhes sobre competências e habilidades que devem ser cumpridas ou atingidas pelos estudantes e docentes.

No que concerne ao Regime Escolar, o RI sinalizou que a dinâmica dos cursos oferecidos pelo CEFOR-RH/PB deveria atender as necessidades dos serviços de saúde e propostas curriculares sendo classificados como sendo de curta (até 80 horas/aula), média (acima de 80 e menos de 300 horas/aula) e longa duração (com carga horária superior a 300 hora/aula). Apresentou, ainda, as documentações necessárias para a matrícula de acordo com o nível de escolaridade exigido e forneceu orientações acerca da frequência (de no mínimo 75% de presença para aprovação) dos estudantes em atividades curriculares (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2009).

No capítulo que trata da avaliação da aprendizagem, foi colocado que os cursos do CEFOR-RH/PB podem aplicar, como resultados de avaliação, os conceitos de “aptos” e “não aptos” para as matrizes curriculares integradas e as notas (0 a 10) nos cursos de cujas matrizes são organizadas por disciplinas isoladas. Apresentou também as propostas curriculares de cada curso, critérios e padrões de avaliação do estudante, enfatizando que a avaliação ocorre de maneira contínua a partir das características do processo pedagógico (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2009).

O Regimento Interno 2009 é finalizado com as disposições gerais e transitórias que tratam de casos omissos e identifica as Secretarias de Estado de Saúde e de Educação como instâncias de consulta em tais casos.

Ressalta-se que, o RI foi publicado no mesmo ano em que, por meio de uma Portaria 620/2009 do Secretário de Saúde (PARAÍBA, 2009) o CEFOR-RH/PB passou a ser gestor da Educação Permanente em Saúde (EPS) no estado. Assumindo, além das atribuições da escola, que já vinham ocorrendo desde 1996, as ações inerentes à EPS, tais como: a participação das

Comissões Intergestores Regionais (CIR) e do acompanhamento das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), como citado anteriormente. Contudo, apesar da demanda assumida nesse período, não há referência alguma no RI de 2009 sobre a EPS e suas atividades.

4.3. PROPOSTAS DE ATUALIZAÇÃO DO PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO E DO REGIMENTO INTERNO DO CEFOR-RH/PB

Nessa segunda parte da análise dos documentos do CEFOR-RH/PB apresentamos as propostas que estão em discussão no Centro para atualizar tanto o PPP, quanto o RI, uma vez que os que estão publicados de maneira oficial já não atendem mais às atividades que a escola exerce no estado. Conforme apresentado anteriormente, desde 2011, o CEFOR-RH/PB vem passando por transformações estruturantes tanto nos aspectos relacionados à escola técnica, quanto no que concerne à gerência de educação permanente em saúde. Com isso, houve a necessidade de se reformular o PPP da escola de acordo com esta nova realidade e pelo momento que a escola passa na perspectiva de se tornar uma Escola de Saúde Pública, uma vez que a estrutura antiga tornou-se obsoleta.

No ano de 2015, a partir da necessidade de reformulação e atualização da estrutura do CEFOR-RH/PB, a equipe gestora da escola promoveu diversas reuniões com os setores de modo que, a partir da coletividade da comunidade escolar, pudéssemos atualizar o PPP e o RI do Centro. Como falado anteriormente, as modificações que a escola fez em seu PPP foram alteradas em junho de 2016, porém, a estrutura da escola ainda está baseada em seu RI de 2009. Portanto, o PPP e o RI discutidos nesse trabalho ainda são os “documentos oficiais” que a escola segue, devidamente reconhecidos pelo Conselho Estadual de Educação da Paraíba. No entanto, pela necessidade de se ter alguma referência atualizada que oriente os aspectos políticos e pedagógicos da escola, a equipe que conduz as mudanças no projeto elaborou uma Proposta Pedagógica e um novo Regimento Interno. Assim apresentamos a seguir os pontos centrais que sofreram alterações e que seguem sendo relevantes para a escola.

4.3.1 Proposta Pedagógica utilizada pelo CEFOR-RH/PB

A elaboração da Proposta Pedagógica compreendeu uma construção coletiva, em reuniões para esse fim, onde cada um dos membros da escola, a partir de seu conhecimento e vivências, pôde colaborar na construção da história do CEFOR-RH/PB, suas concepções pedagógicas, que formas de avaliação seriam ideais para os estudantes, como também que

plano de formação pedagógica seria interessante para os facilitadores. Tal proposta trouxe provocações para todos os atores envolvidos e comprometidos com o processo ensino-aprendizagem da escola e com a possibilidade de mudanças no processo de trabalho tendo como finalidade o fortalecimento do SUS.

Assim, a proposta pedagógica em questão contempla discussões realizadas com a equipe atual do Centro Formador, da mesma maneira como as discussões obtidas na I Oficina de Avaliação dos Cursos de Auxiliar de Enfermagem provocaram a construção do PPP da escola (PARAÍBA, 2001). Tais discussões fazem com que os sujeitos envolvidos reflitam a respeito da natureza de suas atividades na escola e tem como finalidade orientar o desenvolvimento das práticas educativas na instituição, levando em consideração a particularidade de trabalhar de forma descentralizada em todo o Estado.

Na proposta pedagógica, não houve mudança da missão do CEFOR-RH/PB, citada anteriormente, e os objetivos foram reformulados e atualizados, mas, em essência, são os mesmos. Com o acréscimo de um que incentiva o desenvolvimento de práticas de ensino; de um que busca uma maior visibilidade ao CEFOR-RH/PB tentando fortalecer sua imagem no Estado; e do que acrescenta a promoção de ações educativas em estreita relação com as necessidades dos serviços de saúde (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2015a).

Na parte relacionada ao histórico da escola, na proposta pedagógica analisada, só houve o acréscimo dos cursos que a escola ofertou até o ano de 2015 que não constavam no PPP. A saber: “Curso Técnico em Radiologia, Curso Técnico em Enfermagem, Curso Técnico de Vigilância em Saúde, Curso Técnico em Saúde Bucal, Curso Técnico em Hemoterapia” (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2015a, p. 9). No espaço referente ao perfil do egresso da instituição, destaque para a mudança de que o profissional qualificado pela escola seja um “sujeito crítico, ético e humanizado, conhecedor de seus direitos e deveres para que possa desempenhar seu papel no espaço de trabalho”, tendo sido suprimido a parte de “desempenhar seu papel na sociedade” que está no PPP (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2015a, p. 10).

Como proposta pedagógica propriamente dita, o texto afirma que a escola tem como eixo principal a problematização do processo de trabalho, reconhecendo a educação e a saúde como práticas que integram o sistema social no conjunto das demais práticas da sociedade (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2015a). Busca, dessa maneira, valorizar, priorizar e tomar o conhecimento acumulado e trazido para sala de aula pelos estudantes, como ponto de partida do processo de ensino e de aprendizagem individual e

coletiva, considerando a especificidade/diversidade do público a partir de uma metodologia problematizadora que, de acordo com Berbel (1995), pode ser denominada de proposta curricular ou pedagógica, estratégia ou metodologia de ensino e procedimento metodológico.

Na proposta analisada, partindo-se do processo de trabalho em saúde como ponto de partida, os cursos do CEFOR-RH/PB tomam como base de discussão os seguintes aspectos:

direitos humanos, direito à saúde, organização do sistema de atenção à saúde; o processo saúde-doença individual e coletivo dentro do seu contexto histórico e sócio-cultural; o perfil da população do município pontuando o diagnóstico comunitário e a programação das ações locais; a informação e a comunicação em saúde; as políticas de atenção à saúde de grupos específicos e a educação em saúde com o enfoque para a educação popular (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2015a, p. 11).

De acordo com essa proposta pedagógica, a escola vem utilizando o currículo integrado como referencial pedagógico compreendendo o ensino-serviço-comunidade e as metodologias ativas como fundamentais na formação profissional (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2015a). Porém, afirma também que “pela complexidade pedagógica da escola, ainda possui elementos de práticas tradicionais advindas de gestões anteriores e que refletem modelos didáticos em transição diante da visão da nova gestão” (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2015a, p. 11).

Os cursos técnicos desenvolvidos atualmente pela escola estão organizados sob a forma modular,

cujas unidades educacionais são organizadas considerando o processo saúde-doença-educação, desenvolvendo a capacidade de problematizar a realidade apontando caminhos para intervenções adequadas baseadas na relação ação - reflexão – ação (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2015a, p. 12).

Os conteúdos das unidades educacionais são discutidos a partir da “problematização da realidade, do processo de trabalho, atividades em grupo, plenárias, leituras comentadas, seminários e oficinas temáticas, aulas expositivas/dialogadas, discussão de estudos de casos, dentre outros” (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2015a, p. 12). Dando-se importância à influência dos aspectos culturais, geográficos, sociais, econômicos e políticos na aprendizagem.

Pela proposta pedagógica atual do CEFOR-RH/PB,

o acompanhamento pedagógico é realizado pela coordenação pedagógica, técnicos da escola e demais envolvidos, através de supervisões sistemáticas a exemplo de reuniões pedagógicas, com o objetivo de apoiar pedagogicamente o processo de ensino-aprendizagem (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2015a, p. 12).

As reuniões pedagógicas, apresentadas pela proposta em questão, pretendem propiciar a integração e a troca de experiências entre facilitadores, privilegiando a integração ensino-serviço-comunidade a partir de uma ação reflexiva, avaliativa e permanente do facilitador sobre sua ação docente. Nelas, são discutidas estratégias para execução de atividades educativas que promovam a real integração ensino-serviço-comunidade, fundamentados nos princípios da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Ressaltando a importância do aprendizado pela descoberta e o crescimento do indivíduo como um todo (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2015a).

Dentre os temas que são trabalhados em tais oficinas pedagógicas há, geralmente, discussão sobre (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2015a, p. 13):

- Fatores e processos da aprendizagem destacando conceito e características; teorias, modelos e mecanismos; processos, etapas e fatores psicológicos; condições e fatores facilitadores;
- Métodos e técnicas pedagógicas caracterizando os métodos expositivos, demonstrativos, interrogativos e ativos ou problematizadores;
- Avaliação da aprendizagem com ênfase na definição de objetivos, tipos, critérios, técnicas e instrumentos de avaliação além da elaboração dos mesmos.

A proposta pedagógica atual finaliza apresentando que o processo de avaliação é contínuo e pode envolver: avaliação modular dos estudos das unidades educacionais, estudos de recuperação, estágio supervisionado, Trabalho de Conclusão de Curso – TCC (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2015a).

Em relação à avaliação do estudante, a proposta analisada, busca verificar as competências desenvolvidas durante o curso. Devendo ser planejada considerando-se 03 (três) de suas dimensões (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA,, 2015a, p. 15-16):

- Avaliação Diagnóstica Inicial – que recolhe evidências sobre as formas de aprender dos estudantes e seu conhecimento acumulado, onde o facilitador deve interpretar tais evidências a partir do ponto de vista do estudante, ou seja, deve ser capaz de compreender o significado de suas respostas, as possibilidades de estabelecimento de relações e os níveis de

compreensão que possui dos objetos a serem estudados.

- Avaliação Formativa – que permite identificar o nível de evolução dos estudantes no processo de ensino e aprendizagem, levando em conta as experiências cognitivas das tarefas propostas, a detenção dos erros conceituais observados e as múltiplas situações vivenciais de aprendizagem.

- Avaliação Somativa – que se constitui na síntese de um tema, módulo ou curso, sendo o momento de reconhecer os estudantes que alcançaram os resultados esperados, as competências, os conhecimentos e habilidades necessárias ao perfil de formação do estudante/trabalhador.

Para finalizar esse tópico é importante ressaltar que essa Proposta Pedagógica já é um produto do processo de atualização do Projeto Político Pedagógico. Esperamos que seu ápice se concretize com a oficialização de um novo projeto totalmente reformulado de acordo com as demandas atuais da escola.

4.3.2 Regimento Interno 2015 do CEFOR-RH/PB

Em relação ao Regimento Interno, este foi reformulado de acordo com as novas funções assumidas pela escola, especialmente frente à gerência da Educação Permanente em Saúde (EPS) no estado. Para diferenciar os Regimentos Internos, discutidos aqui, iremos identificar o regimento publicado em 2009, como sendo o RI-2009 e o regimento reformulado em 2015, de RI-2015.

Na análise que fizemos do RI-2015, percebemos que a estrutura principal do documento foi mantida, sendo apenas acrescentadas as novidades, reformulações na escrita de alguns itens, mudança na nomenclatura de alguns cargos e acréscimos de novos setores de acordo com as atividades exercidas pelo Centro. Apresentamos as que se destacam frente à nossa perspectiva de análise em comparação ao que já foi apresentado anteriormente no que concerne ao RI-2009.

No capítulo das finalidades do RI-2015 aparece como função da escola a gestão da EPS de forma a implementá-la no estado; a mudança no item do RI-2009 que trazia a “interação com a RETSUS”, passando a integrar e atuar “em consonância com os princípios da Rede de Escolas Técnicas do SUS” (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2015b p. 3); há também o acréscimo da necessidade de capacitação da equipe técnica da escola para a formação de trabalhadores; do planejamento dos cursos “considerando as demandas das redes prioritárias de atenção à saúde” (CENTRO

FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2015b, p. 4). Tais acréscimos nas finalidades da escola se justificam pelas mudanças advindas com a gestão da EPS e da necessidade de uma articulação maior e do fortalecimento da equipe e planejamento dos cursos de acordo com as necessidades regionais.

No organograma atual da escola (Figura 7), ressaltamos que já é possível visualizar a divisão das atribuições do Centro enquanto escola técnica e enquanto gerência da EPS, bem como percebemos também que todos os setores perpassam pelas duas dimensões da escola. Outra característica que a figura apresenta é que não há mais uma hierarquização dos cargos da escola, mas um nivelamento onde a integração entre os setores para potencializar as suas ações é mais importante do que a relação entre os cargos, apesar de que, logicamente, ainda há a questão hierárquica que define o processo de trabalho, as atribuições e as referências de cada setor. O organograma utilizado pela escola atualmente é o seguinte:



**Figura 7: Estrutura Organizacional do CEFOR-RH/PB apresentado pelo RI-2015 e utilizado atualmente pela equipe gestora da escola.
FONTE: CEFOR-RH/PB.**

A estrutura organizacional da escola, apresentada pelo RI-2015, traz a Direção do CEFOR-RH/PB como sendo composta pela Direção Geral, Direção Administrativa, Direção Pedagógica, Secretaria da Direção Geral e Coordenação Estratégica. A Direção Pedagógica é

composta pela Coordenação Pedagógica, pelos núcleos Estratégico de Documentação e Arquivo Escolar, de Biblioteca e de Laboratório.

Enquanto que a Direção Administrativa agrega os núcleos de Execução Financeira, de Almoxarifado e Patrimônio, de Gestão do Trabalho, de Tecnologia da Informação e pelos setores de recepção, copa, higienização, reprografia, transportes e segurança (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2015b).

Destaca-se aqui o fortalecimento na equipe que este novo regimento apresenta em comparação com o de 2009, pois, enquanto que no RI-2009 havia a limitação da escola pela quantidade de profissionais e pelas atribuições de cada setor que a viam “apenas como escola”, o de 2015 traz consigo, novos setores bem estabelecidos que fortalecem a dualidade que existe no centro: o seu “lado escola” e o seu “lado gestor de EPS”. Vale salientar que, no que concerne às atribuições gerais da Direção do CEFOR-RH/PB, no RI-2015, foram retirados os verbos do tipo “dirigir, controlar, presidir”, sendo substituídos por “coordenar, conduzir”. Tais mudanças refletem à maneira mais democrática de gerência da escola que prevê o envolvimento de todos de forma colegiada. Destaca-se ainda que a atribuição de “atestar os recibos e/ou notas fiscais emitidas pelos fornecedores por realização e/ou execução dos serviços prestados” passou a ser da direção geral ao invés do Núcleo de Execução Financeira.

Nas atribuições relacionadas à Direção Administrativa podemos perceber o acréscimo de profissionais que podem ser destinados a esse cargo, visto que o RI-2009 só permitia que fossem administradores, enquanto o RI-2015 permite profissionais formados “em Administração, Economia, Contabilidade, Direito, Gestão Pública, Educação e/ou Saúde” (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2015b, p. 11) e pelo acréscimo da função de emitir parecer técnico conclusivo acerca de solicitação ou requerimentos para eventos de qualquer natureza (congressos, seminários, oficinas, cursos, fóruns).

As mudanças relacionadas ao Núcleo de Execução Financeira foram provenientes à retirada da autonomia financeira do CEFOR-RH/PB, por meio da Portaria Interna N.º 009 da Secretaria de Estado da Saúde, de 24 de fevereiro de 2015 (PARAÍBA, 2015). Logo, o setor deixou de ser o executor das atividades financeiras, passando a planejar e a solicitar à Gerência Financeira da SES-PB. Além disso, o setor foi reformulado, deixou de atestar os recibos e/ou notas (atribuição que ficou a cargo da direção geral, como dito anteriormente) e passou a elaborar a Planilha Orçamentária Anual, acompanhar saldos financeiros das contas relacionadas a escola, elaborar processos de pagamentos referentes à hora/aula dos

facilitadores e coordenadores, elaborar prestação de contas do CEFOR-RH/PB e acompanhar as documentações relacionadas a operações financeiras (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2015b).

No RI-2015 houve a mudança de nomenclatura do Núcleo de Controle e Movimentação de Pessoal para o Núcleo de Gestão do Trabalho. Porém, ainda está limitado ao controle de pessoal, como anteriormente, e não houve nenhum acréscimo de atribuições. O que percebemos é que mesmo o conceito de “recursos humanos” tendo sido atualizado nos últimos anos ainda há a necessidade de superação dos desafios e das limitações dos setores que o gerenciam.

Também houve readequação da nomenclatura do Núcleo de Arquivos e Almoarifados para Núcleo de Almoarifado e Patrimônio, por motivos de organização, uma vez que as diferenças sutis nesse setor e na forma de registro entre o RI-2009 e o RI-2015 não provocaram mudanças significativas em seu processo de trabalho. O Núcleo de Biblioteca passou a ser atribuição da Direção Pedagógica, mas também não teve alteração em suas atribuições a não ser o fato de ter que participar das reuniões e grupos de trabalho referentes a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2015b).

Também não houve mudanças significativas nas atribuições da Direção Pedagógica, além da já citada anteriormente e do Núcleo Estratégico de Documentação e Arquivo Escolar (Secretaria Escolar). Percebemos que o Núcleo de Programas, Projetos e Desenvolvimento de Cursos teve suas atribuições direcionadas para a Coordenação Pedagógica, não fazendo mais parte da estrutura da escola de acordo com o RI-2015. Assim como o Conselho Técnico que foi substituído pelo Colegiado Gestor, como falado anteriormente.

Dentre os setores que foram incorporados ao CEFOR-RH/PB a partir do RI-2015 encontram-se: a Coordenação Estratégica, a Coordenação Pedagógica e a Tecnologia da Informação.

A Coordenação Estratégica é o setor responsável pela gestão da PNEPS na Paraíba, de forma que busca proporcionar formação permanente para os profissionais do SUS de acordo com as especificidades regionais (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2015b). Surgiu a partir da necessidade de se ter uma referência para o acompanhamento dos cursos descentralizados, mas a partir de 2013, com a organização da Coordenação Pedagógica, assumiu completamente a gerência da EPS no estado.

De acordo com o RI-2015 (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2015b, p. 9-10), são competências específicas da Coordenação Estratégica:

articular e acompanhar as ações de EPS no Estado por meio das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), da execução dos Planos Macrorregionais de Educação Permanente em Saúde (PMEPS) e fomentar a regionalização das atividades de EPS nas Comissões Intergestores Regionais (CIR). Além disso, deve promover, participar e apoiar reuniões, congressos, oficinas e demais eventos relacionados à EPS; promover ações que fortaleçam a relação das Instituições de Ensino conveniadas com os serviços de saúde da gestão estadual; orientar as instituições de ensino e os serviços de saúde para regulamentação dos convênios e a pactuação de estágios, pesquisas e extensão nos cenários de prática; integrar as Comissões das Residências Médica (COREME) e Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) exercendo as atribuições estabelecidas pelo regimento interno de cada comissão; orientar e apoiar a criação e funcionamento de Núcleos de Educação Permanente nos serviços de saúde da gestão estadual; gerenciar a plataforma virtual da Rede Escola SUS-PB; realizar avaliações periódicas das ações da Educação Permanente em Saúde no estado.

Como dito anteriormente, a Coordenação Pedagógica assumiu parte das atribuições do Núcleo de Programas, Projetos e Desenvolvimento. Suas principais atribuições são: planejar, elaborar, orientar, coordenar, acompanhar e operacionalizar metodológica, pedagógica e administrativamente os cursos e qualificações oferecidos pela escola; elaborar e acompanhar os editais dos processos seletivos; promover reuniões e/ou oficinas com a equipe técnica dos cursos para planejamento, avaliação, atualização e as propostas pedagógicas; desenvolver oficinas pedagógicas; colaborar selecionar metodologias; acompanhar, avaliar e apresentar sugestões, visando a qualidade de cursos; acompanhar as atividades dos cursos, de acordo com as disposições legais, regimentais e atos normativos dos mesmos; analisar e selecionar o material didático; articular parcerias com outras instituições para o desenvolvimento de cursos; desenvolver a elaboração e/ou reformulação de planos de trabalho, planos de cursos, programas e projetos; promover a integração organizativa das atividades desenvolvidas pela escola (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2015b, p. 18-19).

Outro setor que foi acrescentado ao RI-2015 foi o Núcleo de Tecnologia da Informática que foi criado para gerenciar da parte de informática do Centro. É um setor mais técnico e deve executar as diretrizes de gestão de tecnologia da informação (TI) e tem como principais atribuições: administrar a rede de computadores da escola, acompanhar a manutenção dos equipamentos de informática, elaborar normas técnicas quanto ao uso de equipamentos e a procedimentos internos do laboratório de informática, bem como de prestar

apoio técnico à comunidade escolar (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2015b, p. 15-16).

Quando se refere à equipe técnica dos cursos, o RI-2015 traz, para os docentes, a nomenclatura de “Facilitadores” e não mais de docentes. Acrescenta, em suas competências, a necessidade da participação nas Oficinas de Capacitação elaboradas pela Coordenação Pedagógica como maneira de se apropriar do curso ao qual faz parte e apresenta a figura do Coordenador de Curso que deve ser o elo entre os cursos (estudantes, facilitadores e burocracia relacionada ao curso) e a Coordenação Pedagógica do CEFOR-RH/PB, monitorando e acompanhando o desenvolvimento da turma e atuar, junto com os facilitadores, nas ações relacionadas a parte pedagógica dos cursos (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2015b).

Em relação aos discentes, o RI-2015 apresenta-os como “Estudantes-trabalhadores” e informa seus direitos de acordo com a Política Nacional de Educação Permanente publicada na Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Não há outras mudanças significativas.

O RI-2015 apresenta também a Organização Curricular da escola, na qual os cursos oferecidos encontram-se organizados conforme o eixo tecnológico Ambiente e Saúde do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016). A matriz curricular inclui “conhecimentos e habilidades vinculados à Educação Básica (português instrumental e informática básica), como elementos essenciais para a formação e o desenvolvimento profissional do profissional cidadão” (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2015b, p. 30). Essa inserção foi fruto de discussões na escola frente às dificuldades que os estudantes-trabalhadores possuem em tais pontos. Houve também a inserção do Estágio Supervisionado Obrigatório como parte do curso (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2015b).

Outra novidade no RI-2015 foi o fortalecimento do item “Da Avaliação de Aprendizagem” onde já apresenta a padronização dos processos avaliativos da escola na forma de conceitos (A, B e C). Sendo a avaliação de maneira contínua de modo a aperfeiçoar o processo de ensino-aprendizagem, com critérios especificados nas propostas curriculares dos cursos. Apresenta ainda a possibilidade de recuperação para os estudantes; a necessidade de apresentação de um Trabalho de Conclusão de Curso como nota parcial para a obtenção de títulos; e a possibilidade de aproveitamento de estudos de acordo com a legislação vigente.

As mudanças trazidas pelo RI-2015 e apresentadas nessa segunda parte de nossa análise fazem parte das discussões realizadas no último ano por meio do processo de trabalho

de todos os setores do CEFOR-RH/PB, como também das mudanças ocorridas ao longo dos últimos anos na escola. Tanto a Proposta Pedagógica, quanto o RI-2015 estão sendo discutidos, nessas reuniões periódicas, com toda a comunidade escolar de forma que o produto de ambos seja o mais próximo da realidade atual e responda a todos os questionamentos acerca da identidade do centro.

Com esse capítulo buscamos responder à pergunta: “*Qual a escola que temos?*” a partir da análise de sua documentação oficial. Com isso, apresentamos a sua conformação, os seus conflitos e sua ânsia por mudanças, refletidas nas proposições apresentadas aqui. Esperamos que tais reflexões internas possam fortalecê-la, enquanto instituição, para que ela possa, conseqüentemente, fortalecer os espaços em que atua, e, dessa forma, promover a educação profissional em saúde e as discussões sobre educação permanente de maneira eficaz e efetiva na Paraíba.

É o início do registro de sua história. Esperamos que essa história escrita perpassa pela consolidação de sua construção e acrescente à sua história vivida o que falta, ou pelo menos, seja instrumento base para potencializá-la.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo discutiu aspectos relacionados à historicidade do Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba (CEFOR-RH/PB), a partir de seus documentos oficiais, com uma perspectiva de que, ao apresentar a “escola que temos”, pudéssemos desenhar e discutir sobre a “escola que queremos ter” de modo que pudéssemos conhecer a identidade do centro a partir de tais documentos e de nossa realidade profissional enquanto integrante de sua comunidade escolar.

Para isso, abordamos a necessidade de se conceber a educação de forma comprometida com a formação humana, uma educação cidadã, emancipadora e voltada para o SUS. Especialmente frente aos desafios encontrados a partir da disputa de ideais estabelecidos pela reforma sanitária brasileira e pelo projeto neoliberal estabelecido no Brasil na década de 1990, época na qual a escola foi criada.

Nessa busca da “Escola que queremos ter”, percebemos que é mister que a educação em saúde oferecida pelo CEFOR-RH/PB seja capaz de provocar em seus estudantes / trabalhadores atitudes essenciais de transformação nos processos de trabalhos que promovam tanto a independência pessoal dos indivíduos quanto a busca por melhorias sociais na luta pela emancipação efetiva no processo de transformação humana. Acreditamos que é necessário que a escola seja capaz de provocar mudanças efetivas nos profissionais da saúde, que são qualificados pela escola, de forma que a apropriação do conhecimento seja relacionada às suas práticas e, com isso, o efetive enquanto “transformador”.

Identificamos, nesse processo, os desafios específicos de ser uma instituição formadora frente à diversidade política e pedagógica quando se é também órgão gestor de governo. A análise empreendida permitiu considerar que a falta de uma identidade definida para o CEFOR-RH/PB deve-se principalmente ao fato de que seus documentos diferem entre si, isto é, percebemos que cada documento oficial apresenta um “CEFOR” diferente, com estrutura organizacional e funções diferentes e isto é um provocador de conflitos.

Além do mais, apreendemos a dualidade que existe frente ao que está escrito nos documentos oficiais em contraponto à realidade e ao que acontece de fato na escola, especialmente devido a agilidade de acontecimento dos eventos, que também provocam conflitos na busca de uma identidade. Como por exemplo, o acompanhamento das Comissões de Residência Médica e Multiprofissional, que no ano de 2015 passaram a fazer parte das

atividades do CEFOR-RH/PB, e ainda não constam como parte integrante da maioria de seus documentos oficiais, sendo citadas apenas na reformulação do RI-2015.

Também destacamos, ao analisar os documentos, que existiram dificuldades de se compreender o que de fato é um Projeto Político Pedagógico. Notadamente porque, em nossa opinião, o PPP oficial do CEFOR-RH/PB, está mais próximo de ser um relatório de atividades, que possui um levantamento histórico da escola, do que um documento que expresse suas posições políticas e pedagógicas. Nele, observamos, inclusive, que há uma personificação das autoridades da época, e afirmamos isso quando encontramos em seu texto emails pessoais, nomes e elogios a determinadas autoridades que não condizem com um documento que deveria orientar as questões da escola.

Acreditamos que as dificuldades também são frutos das diversas gestões da escola e de governos ao longo dos anos que não se comprometeram em registrar sua história nesses 22 anos de existência e pela falta de diálogo entre uma gestão e outra que faz com que a pouca história que esteja à disposição para registro seja desperdiçada por motivos diversos.

A partir das reflexões do homem como agente transformador na sociedade, do contexto de provocações positivas e contraditórias trazidas pela luta da educação profissional em saúde no país e mais particularmente na Paraíba e, a partir da busca da identidade e da historicidade que faltam à escola, penso que essa dissertação é o início do registro de sua história e que sua identidade, embora pareça confusa para a maioria de seus membros, aponta na direção de uma instituição que visa a consolidação do SUS como espaço de discussão coletiva e acessível a todos.

Logicamente, a falta de registro histórico por parte da escola dificultou e limitou nossa análise, porém, com os documentos apresentados já conseguimos vislumbrar a importância do CEFOR-RH/PB frente à educação profissional e educação permanente em saúde no Estado. Contudo, ainda é necessário que a escola concretize de fato a identidade aqui apontada, e que deixe claro para a sociedade paraibana quais os projetos e perspectivas e qual o diferencial que uma escola, com essas características, tem para apresentar.

Este estudo apresentou ainda as possibilidades que o CEFOR-RH/PB possui frente ao seu papel na educação profissional em saúde, uma vez que, diferentemente das demais escolas, por ser gerência de educação permanente em saúde, tem a possibilidade de articular regionalmente, as qualificações necessárias para potencializar o SUS em todo o Estado, por meio das instâncias criadas pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, das parcerias com as gestões municipais e com outras instituições de ensino.

Esperamos que, com esse estudo, se concretize e se efetive o entendimento que a gestão política da Paraíba tem de sua Escola Técnica e de sua Gerência em Educação Permanente de modo a trabalhar na perspectiva de diminuir os desafios e/ou de enfrentá-los com altivez e fortalecer o espaço da formação em saúde.

É importante destacar que, mesmo depois de 15 anos de publicação do Projeto Político Pedagógico do CEFOR-RH/PB, ainda encontramos as mesmas dificuldades, as mesmas soluções e as mesmas sugestões para tais mudanças, conforme apresentado neste trabalho. Porém, podemos identificar que, embora ínfimas diante da realidade do CEFOR-RH/PB, ocorreram algumas mudanças em relação às dificuldades apresentadas anteriormente, a saber:

a) Em relação à falta de planejamento visando o início dos cursos, podemos afirmar que, apesar das Oficinas Pedagógicas ainda não estarem consolidadas, já há a perspectiva de mudança no RI-2015 para que estas sejam acrescentadas e normatizadas. Tal inserção se deve ao fato de que as oficinas de planejamento e avaliação sempre estiveram presentes nas sugestões dadas para proporcionar a melhoria dos cursos;

b) Em relação à falta de apoio dos gestores municipais e dos serviços de saúde, é um desafio que ainda persiste. Porém, por ser gerência de educação permanente no estado, os cursos que o CEFOR-RH/PB oferece também são pactuados atualmente nas Comissões de Integração de Ensino-Serviço (CIES), nas Comissões Intergestores Regionais (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), quando necessário, de forma a garantir a contrapartida por parte dos municípios. Em relação aos serviços de saúde, também houve uma facilidade uma vez que o CEFOR-RH/PB é o gestor da Rede Escola SUS – PB que é a estratégia da EPS que regulamenta o acesso de estudantes aos serviços de saúde de gestão estadual, tendo acesso direto a tais serviços, especialmente na pactuação de estágios supervisionados.

Os questionamentos que ficam são: será que daqui a 15 anos o CEFOR-RH/PB ainda terá esse mesmo relato? Quanto de sua história será escrita nos próximos 15 anos? E isso, não sabemos responder. As mudanças estão sendo construídas hoje. Esperamos ainda, com essa dissertação, ter colaborado com o registro de parte da história do CEFOR-RH/PB, e, dessa maneira, facilitar o entendimento da comunidade escolar em relação à identidade da escola. Talvez, a identidade do CEFOR-RH/PB seja a de, na complexidade de suas atividades, oferecer a educação profissional em saúde de forma a potencializar o SUS a partir de uma perspectiva de educação permanente. É necessário que essa mesma complexidade seja capaz de instigar novos projetos de pesquisa direcionados tanto para aperfeiçoar este que se finaliza, quanto para desbravar os caminhos que este potencializa a partir de agora.

REFERÊNCIAS

- AGUILAR, L. E. A gestão da educação: seu significado a partir de propostas pedagógicas institucionais. *In* III CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE ADMINISTRAÇÃO DA EDUCAÇÃO, 1997, São Paulo **Anais**. São Paulo: UNICAMP, 1997, p. 21-25.
- ALMEIDA, D. C. DA S. **A formação superior e as conferências nacionais de recursos humanos em saúde**. [Dissertação]. Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Londrina, 2008.
- ALMEIDA FILHO, N. M. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.** 2013; 18(6): 1677-82.
- ALVES, L. R. G.; PRETTO, N. Escola: espaço para a produção de conhecimento. **Comunicação & Educação**, v. 6, n. 16, 2008.
- ANDER-EGG, E. **Introducción a las técnicas de investigación social**: para trabajador es sociales. 7 ed. Buenos Aires: Humanitas, 1978.
- AROUCA, S. **A Reforma Sanitária brasileira**. Tema – Radis, n. 11, p. 2-4, nov. 1988.
- ARROYO, M. G. (Org.) **Da escola carente à escola possível**. São Paulo: Loyola, 1986.
- BANCO MUNDIAL. **Financing health services**: an agenda for reform. Washington D.C.: World Bank, 1987.
- _____. **Informe sobre el desarrollo mundial**: investir em salud. Washington D.C.: World Bank, 1993.
- _____. **The organization, delivery and financing of health in Brazil** - An agenda to the 90s. Washington, DC: World Bank, 1995.
- BAPTISTA, T. W. de F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. *In*: **Políticas de Saúde**: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde. / Organizado por Gustavo Corrêa Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
- BASTOS, C. C. B. C.; PEREIRA, E. M. de A. **Projetos pedagógicos**: o contexto legislativo-acadêmico e a reconfiguração curricular em uma IES pública. Vol.11, p.117-125. Ícone: Uberlândia, 2005.
- BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.884-899, 2011.
- BERBEL, N. A. N. **Metodologia da Problematização**: uma alternativa metodológica apropriada para o ensino superior. Semina. V.16, n2. Ed. Especial, p.9-19. 1995.
- BERGSON, H. A evolução criadora. *In*: **Cartas, conferências e outros escritos**. São Paulo: Abril Cultural, 1979. p. 153-205. (Coleção os Pensadores).

BETINI, G. A. *et al.* A construção do projeto político-pedagógico da escola. **Rev. Pedag. UNIPINHAL**, v. 1, n. 3, p. 37-44, 2005.

BLEJMAR, B.; ALMEIDA, M. J. Mudança organizacional e transformação social. *In*: ALMEIDA, M. J.; FEUERWERKER, L. C. M.; LLANOS, M. **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de movimento de mudança**. São Paulo: HUCITEC; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999, v.1, p. 17-45.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. K. **Qualitative research for education**. Boston: Allyn and Bacon, Inc., 1982.

BOURDIEU, P. **Contrafogos 2: para um movimento social europeu**. Oeiras: Celta, 2001.

BOURGUIGNON D. R. *et al.* Recursos humanos em saúde: reflexões sobre o cotidiano do SUS que temos e as possibilidades do SUS que queremos. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro –RJ. vol. 27, nº 65, p. 310 e 315, set/dez. 2003.

BRASIL. **A educação permanente entra na roda**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Brasília, Ministério da Saúde: 2005.

_____. **Catálogo Nacional de Cursos Técnicos**. 3ª Edição. Brasília, Ministério da Educação: 2016 . Disponível em: <
http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=41271-cnct-3-edicao-pdf&category_slug=maio-2016-pdf&Itemid=30192>. Acessado em 08 de julho de 2016.

_____. **III Conferência Nacional de Saúde**. Anais. Niterói: Fundo Municipal de Saúde, 1992.

_____. **IV Conferência Nacional de Saúde: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1967.

_____. **VIII Conferência Nacional de Saúde: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais; 2000.

_____. **Lei Nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961**. Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília, Senado Federal:1961.

_____. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, Senado Federal: 1996.

_____. **Parecer CNE/CEB Nº 16/99, de 05 de outubro de 1999**. Trata das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. 274-309p.

_____. **Portaria n.º 198/GM/MS**, de 13 de Fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o

desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, Ministério da Saúde: 2004.

_____. **Portaria Nº 1.996, de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, Ministério da Saúde: 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html> (2007). Acessado em: 15 de junho de 2016.

_____. **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.

_____. **Resolução CNE/CES Nº3, de 7 de novembro de 2001.** Dispõe sobre Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Conselho Nacional de Educação, Diário Oficial da União. 9 Nov 2001.

CALDIERARO, I. P. **Escola De Educação Básica:** Institutos Legais, Organização e Funcionamento. Porto Alegre: Edição da autora, 2006.

CAMPELLO, A. M. de M. B.; LIMA-FILHO, D. L. **Educação Profissional.** In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2. Ed. Ver. Ampl. P. 175-182. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

CAMPOS, F. E.; PIERANTONI, C. R.; MACHADO, M. H. Conferências de saúde, o trabalho e o trabalhador da saúde: a expectativa do debate. In: **Cadernos RH Saúde.** Brasília : Ministério da Saúde, v. 3, n. 1, mar 2006.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a saúde coletiva In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (org.) **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. cap.5, p. 149-182.

CASTORIADIS, C. **Encruzilhadas do Labirinto V.** Feito e a ser feito. Rio de Janeiro: DP & A, 1997.

CAULLEY, D. N. **Document analysis in program evaluation.** (Nº 60 na série *Paper and Report Series of the Research on Evaluation Program*). Portland, Or.: Northwest Regional Educational Laboratory, 1981.

CAVAGNARI, L. B. Projeto político-pedagógico, autonomia e realidade escolar: entraves e contribuições. In: VEIGA, I. P. A.; RESENDE, L. M. G. (org.). **Escola:** espaço do projeto político pedagógico. Campinas: Papirus, 1998. p. 95-112.

CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. de S; GUTIERREZ, D. M. D; SOUSA, G. S de.; SILVA, R. M. DA.; MOURA, R.; MENEGHEL, S. N. Instrumentos, estratégias e método de abordagem qualitativa sobre tentativas e ideias suicidas de pessoas idosas. **Ciê. Saúde Colet.**, v. 20 (6): p. 1667-1680, 2015.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação Permanente em Saúde. *In*: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França Lima. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. Ed. Ver. Ampl. p. 162-168. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA (CEFOR-RH/PB). Proposta pedagógica. João Pessoa: CEFOR-RH/PB, 2015a.

_____. Regimento interno. João Pessoa: CEFOR-RH/PB, 2009.

_____. Regimento interno. João Pessoa: CEFOR-RH/PB, 2015b.

CESAR, A. M. R. V. C. Método do Estudo de Caso (*Case studies*) ou Método do Caso (*Teaching Cases*)? Uma análise dos dois métodos no Ensino e Pesquisa em Administração. **REMAC Revista Eletrônica Mackenzie de Casos**, São Paulo-Brasil, v. 1, n. 1, p. 1, 2005.

CHAUÍ, M. **Escritos sobre a universidade**. São Paulo: Editora da UNESP, 2001.

CIAVATTA, M. A formação integrada: a escola e o trabalho como lugares de memória e de identidade. *In*: FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M.; RAMOS, M. (Orgs.). **Ensino médio integrado: concepção e contradições**. São Paulo: Cortez, 2005.

COELHO, T. P. C.; BARROCO, S. M. S. A formação humana na perspectiva marxista e a Psicologia do Trabalho. *In*: **I Jornada Internacional de Práticas Clínicas no Campo Social**, 2010, MARINGÁ.

DAY, C. **A Paixão pelo ensino**. Porto: Porto Editora, 2006.

DE ROSSI, V. L. S. **Gestão do projeto político-pedagógico: entre corações e mentes**. São Paulo: Moderna, 2004.

DELORS, J.; AL-MUFTI, I.; AMAGI, I.; CARNEIRO, R.; CHUNG, F.; GEREMEK, B.; *ET AL*. **Educação: um tesouro a descobrir**. São Paulo: Cortez, 1998.

DIAS SOBRINHO, J. **Avaliação da Educação Superior**. Petrópolis: Vozes, 2000.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades. 1976.

FACHIN, O. **Fundamentos de metodologia**. São Paulo: Saraiva. 2001.

FERNANDES, J. D.; XAVIER, I. M.; CERIBELLI, M. I. P. F.; BIANCO, M. H. C.; MAEDA, D.; RODRIGUES, M. V. C. Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2005; 39(4):443-9.

FERREIRA, M. A. L. **Evolução da política de recursos humanos a partir da análise das Conferências Nacionais de Saúde (CNS)**. [Monografia de Especialização]. Curso de

Especialização em Gestão e Política de Recursos Humanos para o SUS. Fundação Oswaldo Cruz Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães Departamento de Saúde Coletiva, Recife, 2006.

FERRETTI, C. J. O pensamento educacional em Marx e Gramsci e a concepção de politécnica. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, supl. 1, p. 105-128, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462009000400006&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 13 de julho de 2016.

FEUERWERKER L. C. M. A construção de sujeitos no processo de mudança da formação dos profissionais de saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 22, p. 18-24, 2000.

_____. Porque a cooperação com o SUS é indispensável para os cursos universitários na área da saúde? **Olho Mágico**, Londrina, v. 13, n. 1, p. 32-38, 2006.

FLEURY, S. (org.) 1994. **Montes Claros - A Utopia Revisitada**. RJ: Abrasco, 1994.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação**. São Paulo, Cortez/Moraes, 1979. cap.2, p.25-6: Alfabetização e conscientização.

FREITAS, L. C. DE; SORDI, M. R. L; MALAVAZI, M. M. Dialética da inclusão e da exclusão: por uma qualidade negociada e emancipadora nas escolas. *In*: GERALDI, CG; RIOLFI, CR; GARCIA, M. F. **Escola viva: elementos para a construção de uma educação de qualidade social**. São Paulo: Mercado de Letras, 2004.

FRIGOTTO, G. Concepções e mudanças no mundo do trabalho e o ensino médio. **Ensino médio integrado: concepção e contradições**. São Paulo: Cortez, p. 57-82, 2005.

_____. Educação, crise do trabalho assalariado e do desenvolvimento: teorias em conflito. *In*: FRIGOTTO, G. (Org.). **Educação e crise do trabalho: perspectivas de final de século**. Petrópolis: Vozes, 1998.

_____. **Educação e crise do capitalismo real**. São Paulo, Cortez, 1995.

_____. Trabalho *In*: **Dicionário da educação profissional em saúde** / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. 2.ed. rev. ampla. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M.; RAMOS, M. Vocational Education and Development. *In*. UNESCO. **Internacional Handbook of Education for Changing World of Work**. Bom, Germany, UNIVOC, 2009. p. 1 307-1319.

GADAMER, H. **Verdade e método**. Petrópolis: Vozes, 1999.

GADOTTI, M. **Escola cidadã**. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. O projeto político-pedagógico da escola na perspectiva de uma educação para a cidadania. **Revista de educação, ciência e cultura**. Canoas, Centro Educacional La Salle de Ensino Superior, v. 1, n. 2, p. 01-06, 2000. Disponível em: <<http://smeduquedecaxias.rj.gov.br/nead/Biblioteca/Forma%C3%A7%C3%A3o%20Continua>>

da/Artigos%20Diversos/Projeto_Politico_Ped_1998gadotti.pdf>. Acessado em: 10 de julho de 2016.

_____. Pressupostos do projeto pedagógico. **Anais da Conferência Nacional de Educação para Todos**. Brasília: MEC, 28/ago. a 2/set, 1994.

_____. **Projeto político-pedagógico da escola cidadã**. Construindo a escola cidadã: projeto pedagógico. Brasília: MEC, 1998. (Série Estudos/Educação a Distância).

GERSCHMAN, S.; VIANA, A. L. D. Descentralização e Desigualdades Regionais em Tempos de Hegemonia Liberal. In. LIMA, N.T. (org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p.307-351, 2005.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 4ªed. São Paulo: Atlas; 1994.

GIROUX, H. **Teoria crítica e resistência em educação**. Petrópolis: Vozes, 1986.

GOERGEN, P. (2001). **Ensino Superior e formação: elementos para um olhar ampliado de avaliação**. Avaliação. Campinas, vol.6, n.4, pp.63-76.

GOMES, M. B.; BAIROS, M. **Regimento Escolar e Projeto Político Pedagógico: espaços para a construção de uma Escola Pública Democrática**. Texto organizado para uso didático da Interdisciplina Organização da Escola de Ensino Fundamental, do Curso de Graduação em Pedagogia - Licenciatura, da Faculdade de Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 1ª Edição – 2006-2009. Disponível em: <http://www.pead.faced.ufrgs.br/sites/publico/eixo5/organizacao_escola/modulo3/regimento_escolar.pdf>. Acessado em 01 de julho de 2016.

GOODE; HATT, K. **Métodos em pesquisa social**. 7ª ed. São Paulo: Cia Editora Nacional, 1979.

GRANGER, G. **Pensée formelle et sciences de l'homme**. Paris: Aubier Montaigne, 1967.

GRYSCHKE, A. L. A. L. F. P. L.; ALMEIDA, A. H. de; ANTUNES, M. N; Projeto larga escala: uma proposta pedagógica atual. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 34, n. 2, p. 196-201, jun. 2000.

GUEDES. M. D. Educação e Formação Humana: a contribuição do pensamento de Marx para a análise da função da educação na sociedade capitalista contemporânea. In: **5º Colóquio Internacional Marx Engels**. Novembro/2007. UNICAMP, Campinas – SP. Anais. Disponível em: <http://www.unicamp.br/cemarx/anais_v_coloquio_arquivos/arquivos/comunicacoes/gt5/sessao4/Maria_Denise_Guedes.pdf>. Acessado em: 20 de maio de 2016.

HABERMAS, J. **Dialética e Hermenêutica**. Porto Alegre: LPM, 1987.

HARACEMIV, S. M. C. **Identidade da Escola**. 2004. Disponível em: <http://www.portalanpedsul.com.br/admin/uploads/2004/Poster/Poster/05_45_42_IDENTIDADE_DA_ESCOLA.pdf>. Acessado em 25 de maio de 2016.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Petrópolis: Vozes; 1988.

IGNARRA, R. M.; ROQUE, C. R.; PEREIRA, C. **Informação, Educação e Comunicação para promoção da saúde** - uma experiência no Projeto Nordeste. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

IVAMA, A. M.; BATISTA, C. V. M.; SILVA, R. M. R. A Universidade está preparando os profissionais para o próximo milênio? **Olho Mágico**, Londrina, v. 3, n. 14, p. 3-4, out./dez. 1997.

JAEGER, M. L.; CECCIM, R. B. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

JAEGER, W. **Paidéia: a formação do homem grego**. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

LE GOFF, J. **História e memória**. Campinas: Editora da UNICAMP, 2003.

LIBÂNEO, J. C. **Pedagogia e Pedagogos, para quê**. São Paulo: Cortez, 1998.

LIMA V. V.; FEUERWERKER, L. C. M. Formação de ativadores de processos de mudança – uma estratégia do Aprender SUS. **Olho Mágico**, 2004; 11(4):15-18.

LIMA, J. C. F. Neoliberalismo e formação profissional em saúde. **Trabalho Necessário**, v. 5, n. 5, 2007.

_____. **Política de saúde e formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem**. 2010. [Tese - Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana] – Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

_____. **Tecnologias e a educação do trabalhador em saúde**. In: EPSJV (Org.) Formação de Pessoal de Nível Médio para a Saúde: desafios e perspectivas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

LIMA, J. C. F.; BRAGA, I. F. Projeto Memória da Educação Profissional em saúde. **Anos 1980-1990. Relatório final**, 2006.

LOBATO, L. V.C. **Reforma sanitária e reorganização do sistema de serviços de saúde: efeitos sobre a cobertura e a utilização de serviços** [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2000.

LOURO, G. L. Corpo, escola e identidade. **Educação & Realidade**, v. 25, n. 2, 2000.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. 2ª Ed. Editora Pedagógica e Universitária, 2014.

MACHADO, M. H. Mercado de trabalho em saúde. In: FALCÃO, A. et al. (Orgs.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

- MANCEBO, D. (1997). **Autonomia universitária: reformas propostas e resistência cultural**. 20ª Reunião Anual Anped, Caxambu.
- MARCONI, M. de A; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**. 6ª Ed. 2. Reimpr. São Paulo: Atlas, 2007.
- MARX, K. **Manuscrtos econômico-filosóficos: terceiro manuscrito**, São Paulo, Martin Claret, 2003.
- _____. **O Capital**. Volume I. São Paulo, Abril, Cultural, 1983.
- MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. 11ª ed., São Paulo: Hucitec, 1999.
- _____. **La ideologia alemana**. Montevideo: Pueblos Unidos; Barcelona: Grijalbo, 1974.
- MEIRA, T. A. V; OLIVEIRA, D. C. DE; RUAS, R. F. B; SANTANA, V. C. **Movimento Sanitário: como tudo começou**. EFDeportes.com. Revista Digital. Buenos Aires, Año 18, Nº 179, Abril de 2013.
- MENDES GONÇALVES, R. B. **A Investigação sobre Recursos Humanos em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde/Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, 1993 (Relatório de seminário).
- MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. *In*: 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.
- MINAYO, M. C. de S.; **O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª edição. São Paulo: Hucitec, 2014. 407 p.
- MORASTONI, J.; MALINOSKI, M.G.S; **Do Projeto Político-pedagógico para um Projeto Político e Pedagógico: um contrato entre gestores, professores e alunos**. Athena. 2006; 6(6):17-25.
- MOTTA, P. R. **Desempenho em equipes de saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2001.
- NEVES, C. M. de C. Autonomia da escola pública: um enfoque operacional. *In*: VEIGA, I. P. A. (org.). **Projeto político pedagógico da escola: uma construção possível**. Campinas: Papirus, 1995.
- NISBET, J. WATT, J. **Case study**. Readguide 26: Guides in Educational Research. University of Nottingham School of Education, 1978.
- NORONHA, A.B.; SOPHIA, D.; MACHADO, K. **Formação Profissional em Saúde**. Radis. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, nº 3, p.11 a 17, 2002.
- OLIVEIRA, J. A. DE A.; TEIXEIRA, S. M. F. **(Im) previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis-Rio de Janeiro: Vozes-Abrasco, 1985.

PACHECO, J. A.; PEREIRA, N. Globalização e identidade no contexto da escola e do currículo. **Cadernos de Pesquisa**, v. 37, n. 131, p. 371-398, maio/ago. 2007.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

PARAÍBA. Lei nº 5.871, de 11 de abril de 1994. Cria na estrutura da Secretaria Estadual de Saúde, o Centro Formador de Recursos Humanos, e dá outras providências.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Portaria nº 009, de 24 de fevereiro de 2015. Estabelece as Instruções sobre a autonomia financeira no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba. **Diário Oficial do Estado**, João Pessoa, n.15.772, p.12, 04 mar. 2015

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Portaria nº 620, de 11 de setembro de 2009. Dispõe sobre a normatização da Política de Educação Permanente em Saúde no Estado da Paraíba. **Diário Oficial do Estado**, João Pessoa, n. 14.185, p. 3, 15 set. 2009. Disponível em: <http://static.paraiba.pb.gov.br/diariooficial_old/diariooficial15092009.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2016.

_____. **Projeto político-pedagógico**. João Pessoa: Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba, 2001.

PEREIRA, E. M. DE A.; CORTELAZZO, A. L. (2003). **Flexibilidade curricular**: a experiência em desenvolvimento na Unicamp. Avaliação. Campinas, vol.7, n.4, pp.115-128.

PEREIRA, I. B. Possibilidades da avaliação produzir conhecimento para a formação em saúde. *In*: **Seminário de Avaliação de Integralidade em Saúde**, 2006, Rio de Janeiro. Anais. Rio de Janeiro, 2006.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F **Educação Profissional em Saúde**. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2. Ed. Ver. Ampl. p. 370-376. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

PEREIRA, I. B.; RAMOS, M. N. **Educação Profissional em saúde**. Coleção Temas de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

PINHEIRO R.; CECCIM, R. B. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. *In*: PINHEIRO R, CECCIM RB, MATTOS RA, organizadores. **Ensinar saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Lappis; 2006.

PINTO, I. C. M.; ESPERIDIÃO, M. A.; SILVA, V. I.; SOARES, C. M.; SANTOS, L.; FAGUNDES, T. L. Q.; *et al.* **Trabalho e educação em saúde no Brasil**: tendências da produção científica entre 1990-2010. Ciênc. Saúde Colet. 2013; 18(6):1525-34.

PRONKO, M.; STAUFFER, A.; CORBO, A; LIMA, J. C.; REIS, R. **A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e no Mercosul**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011. 302 p.

RAMOS, M. N. Concepções e práticas pedagógicas nas escolas técnicas do Sistema Único de Saúde: fundamentos e contradições. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, supl. 1, p. 153-173, 2009.

_____. **História e política da educação profissional**. Curitiba: Instituto Federal do Paraná, 2014 - (Coleção formação pedagógica; v. 5).

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

RIZZOTO, M. L. F. Banco Mundial e organização do sistema nacional de saúde. *In*: PEREIRA e PRONKO (orgs.). **A demolição de direitos**: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e saúde (1980-2013). Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2014.

RODRIGUES, P. A. L. **Avaliação de Desempenho de Servidores Contratados**: uma alternativa para potencializar a gestão participativa no CEFOR-RH. [Trabalho de Conclusão de Curso - EAD]. João Pessoa-PB, UFRN, 2014.

SANTOS, A. C. de M. **O projeto político pedagógico como instrumento de mudança organizacional**: limites e possibilidades [Dissertação]. Salvador, 2009. 219 f.: il.

SANTOS, F. M. D. DOS. **A qualificação profissional e a política nacional de educação permanente: considerações sobre o PRÓ-SAUDE E O PET-SAUDE**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ Fiocruz. Rio de Janeiro, 2016.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. **Proposta de formação de pessoal de níveis elementar e médio na Secretaria Municipal da Saúde**. São Paulo, Centro de Recursos Humanos, 1989.

SAVIANI, D. **Escola e democracia**: Teorias da educação, curvatura da vara, onze teses sobre educação e política. São Paulo, Cortez e Autores Associados, 1983.

_____. **Pedagogia histórico-crítica**: primeiras aproximações. Campinas: Autores Associados, 2003.

_____. **Sobre a concepção de politecnia**. Politécnico da Saúde Joaquim Venâncio, 1989.

_____. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 34, p. 152-165, Abril. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782007000100012&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 30 de junho de 2016.

SCHÜTZ, A. **The Phenomenology of the Social World**. Evanston: Northwestern University Press; 1967.

SELLTIZ, C.; DEUTCH, C. **Métodos de Pesquisa nas relações sociais**. [trad.]. Inah de Oliveira Ribeiro, São Paulo, Ed. Herder, 1965.

SILVA, E. V. M. **Da Gestão de Recursos Humanos à Gestão do Trabalho**. Revista do Conasems, ano 1, nº 14, p. 41, out./nov/dez. 2005.

SILVA, L. R. C. da *et al.* Pesquisa documental: alternativa investigativa na formação docente. *In: IX Congresso Nacional de Educação–EDUCERE–III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia, Paraná*. 2009. p. 4554-4566.

SILVA, V. O. DA; SANTANA, P. M. M. A. Conteúdos curriculares e o Sistema Único de Saúde (SUS): categorias analíticas, lacunas e desafios. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 52, 2015.

SILVA, V. P. DA. Trabalho e Formação Humana no Marxismo e na Educação. Seminário do Trabalho. Ano V. Número 8. Maio de 2011. **Anais**. Disponível em: <<http://www.estudosdotrabalho.org/anais6seminariodotrabalho/vandeipintodasilva.pdf>>. Acessado em 20 de maio de 2016.

SIQUEIRA-BATISTA R.; HELAYEL NETO, A. Einstein e a educação. **Ver. Bras. Edu. Méd.** 2008; 32 (2):271-272.

SIQUEIRA-BATISTA, R. *et al.* Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio. **Ciênc. Saúde Colet.** v. 18, n. 1, p. 159-170, 2013.

SMOLKA, M. L. R. M. **A construção da autonomia pedagógica do estudante e o ensino das ciências da saúde**: pelas veredas da educação médica [dissertação]. Rio de Janeiro: IFRJ; 2011.

SOUSA, J. V.; CORRÊA, J. Projeto pedagógico: a autonomia construída no cotidiano da escola. *In: VIEIRA, S. L. (org.). Gestão da escola: desafios a enfrentar*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. p. 47-75.

STAKE, R. E. **The case study method in social inquiry**. Educational researcher, v. 7, n. 2, p. 5-8, 1978.

STAUFFER, A. DE B. **Projeto político-pedagógico: instrumento consensual e/ou contra-hegemônico à lógica do capital?** [Tese - Doutorado em Ciências Humanas –Educação]. Programa de Pós-graduação em Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

TARTUCE, G. L. B. P. **O que há de novo no debate da “qualificação do trabalho”?** Reflexões sobre o conceito com base nas obras de Georges Friedmann e Pierre Naville. [Dissertação de mestrado]. Departamento de Sociologia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo, fev. 2002.

TEIXEIRA, C. F. DE S. **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, C.F; COELHO, M. T. A. D.; ROCHA, M. N. D. Bacharelado interdisciplinar: uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.** 2013; 18(6):1635-46.

TEIXEIRA, S. M. F. (Org.) **Projeto Montes Claros: a utopia revisitada**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

TONET, I. **Educação, cidadania e emancipação humana**. [Tese de doutorado] UNESP, Marília, 2001.

_____. **Educação contra o capital**. 3. ed. ampl. São Paulo: Lukács, 2016.

_____. **Educação e formação humana**. *Ideação*, Foz do Iguaçu, v. 8, n. 9, p. 9-21, 2006.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TRUJILLO, F. A. **Metodologia da Ciência**. 3ed. Rio de Janeiro: Kennedy, 1974.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, 39 (3), p.507-514, 2005.

VALLE, L. DE A. B. DO. Educação. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. Ed. Ver. Ampl. p. 143-150. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

VASCONCELLOS, C. S. **Planejamento: plano de ensino-aprendizagem e projeto educativo**. São Paulo: Libertad, 1995

VEIGA, I P. Projeto político-pedagógico: continuidade ou transgressão para acertar? *In*: CASTANHO, S.; CASTANHO, M. E. L. M. (orgs.). **O que há de novo na educação Superior: do projeto pedagógico à prática transformadora**. Campinas, Papyrus, 2000.

_____. Projeto político-pedagógico da escola: uma construção coletiva. *In*: VEIGA, I. P. DA (org.). **Projeto político-pedagógico da escola: uma construção possível**. Campinas: Papyrus, 1998. p.11-35.

_____. (Org.) **Projeto político-pedagógico da escola: uma construção possível**. Edição Papyrus, 2002.

VENTURA, M. M. O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa **Rev. SOCERJ**. 2007; 20(5): 383-386 setembro/outubro.

VIEIRA, M. “Recursos Humanos em Saúde”. *In*: **Dicionário da educação profissional em saúde** / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. 2. ed. rev. ampla. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

_____. O trabalho e a educação na saúde: “a questão dos recursos humanos” *In*: **Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde/ Organização de Mônica Vieira; Anna Violeta Durão; e Márcia Raposo Lopes**. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

VIEIRA, M.; CHINELLI, F.; **Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento**: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS. Ciênc. saúde coletiva vol.18, p. 1591-1600, nº. 6. Rio de Janeiro, Junho de 2013.

VIEIRA, T. C. V.; SCUCATO, R. Formação de pessoal auxiliar para enfermagem nos serviços de saúde: Brasil. **Educ.Med. Salud**, v.22, n.1, p.35-46, 1988.

WEBER, M. **Economia e sociedade**: esboço de sociologia compreensiva. Brasília: Editora UNB; 2004.

YIN, R. K. **Estudo de caso – planejamento e métodos**. (2ª Ed.). Porto Alegre: Bookman. 2001.