

Histórico da Educação Profissional em Saúde

Isabel Brasil Pereira

Introdução

Este estudo tem por finalidade refletir sobre momentos significativos da história da Educação Profissional em Saúde no Brasil. Para tanto, começemos por explicitar concepções de métodos e premissas adotadas na construção deste estudo, dentre elas: a de que a história aqui é tratada como continuidade e ruptura de idéias e de projetos; a de sempre relacionar o particular – aqui representado pela educação profissional em saúde – ao geral – aqui traduzido na formação dos trabalhadores de diversas áreas.

Dito isto, fica faltando assinalar que, consoante ao método dialético, é crucial lembrar que o profissional da saúde se educa, é educado, no conflito e na contradição. Ele herda uma tradição, não uma tábula rasa. Ele negará, aceitará e tentará superar os limites herdados. Não partirá do zero, nem chegará ao absoluto.

Mais ainda, pode-se afirmar que a educação dos trabalhadores na saúde é composta por projetos contraditórios, interessados, conflitantes e em luta por uma visão de mundo. Uma boa análise crítica, dentro e fora das instituições escolares, poderá indicar os sentidos e os contextos desses projetos interessados que fazem a história da educação profissional.

O que se pode notar é que apesar da herança de uma política de educação profissional hegemônica que tem como meta, pelo menos desde esta formação histórica chamada capitalismo, servir ao mercado, e de uma visão de educação que tenha como objetivo a adaptação dos trabalhadores a estas condições objetivas, percebe-se talvez não pela história oficial, mas pela história contada pelos seus autores, que existe um projeto contra-hegemônico de formação dos trabalhadores da saúde que luta por uma educação que tenha como finalidade a transformação desta sociedade, sob a égide do capital, para outra mais humana e solidária onde a divisão social do trabalho possa ser superada.

A evidência da divisão social do trabalho mais conhecida no âmbito da formação profissional em saúde diz respeito à história da enfermagem. A histó-

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

ria da enfermagem mostra que as atividades desenvolvidas por estes trabalhadores careciam de conhecimento teórico, sendo suas atividades puramente manuais. As instituições femininas e religiosas tiveram papel significativo nos cuidados aos doentes. A enfermagem apresentava-se como atividade prática, onde a caridade era o atributo moral e religioso das ações desenvolvidas.

Ainda sobre o passado, a qualificação para o desempenho das atividades de enfermagem não consistia em um ensino sistematizado de enfermagem, mas sim, em um treinamento de jovens que tinham optado por uma vida conventual, tornando-as eficientes nas artes da enfermagem, como nos relata Rezende (1989):

O treinamento era essencialmente prático, desenvolvido através de atividades em orfanatos, nas residências dos pacientes e nos hospitais existentes. Os superiores, já treinados, orientavam o aprendizado das novatas que desenvolviam comportamento copiativo, numa relação mestre-aprendiz... aprendiam algumas preleções sobre anatomia e patologia, não se preocupava com o nível intelectual e em dar informações teóricas às aprendizes... (Rezende, 1989: 59)

A qualificação de trabalhadores para a prática de enfermagem moderna, no século XIX, na Inglaterra, com a criação da primeira escola de enfermagem, chamada *nightingaliana*, por causa de Florence Nightingale, priorizava as qualidades morais das candidatas. Neste 'modelo' de formação registrado na história, a duração do curso era de um ano, e os médicos eram responsáveis por ministrar a parte prática. A escola inglesa, inicialmente, recebeu alunas da alta classe burguesa, chamadas de *ladies*, que pagavam pelo ensino, e alunas da camada popular, chamadas de *nurses*, que tinham gratuidade no ensino e na moradia. Nascida na consolidação do capitalismo, a enfermagem moderna reconhece a utilidade social e insere no seu processo de trabalho a repartição de tarefas. Como demonstram as palavras de Rezende (1989): "A enfermagem nasceu dividida em dois estratos sociais distintos. Às *ladies* cabia o pensar, concretizado nos postos de comando... Para o trabalho manual ficaram as *nurses*. A dicotomia entre o trabalho manual e o intelectual pela classe social" (p.63). Neste exemplo, podemos perceber que a divisão social determinou a divisão técnica. De modo que, embora recebessem o mesmo tipo de qualificação, às *ladies* foram destinadas as funções de controle, supervisão. Para as *nurses*, as funções submissas às *ladies* e, mais diretamente, ligadas ao trabalho manual.

Na prática da enfermagem, a divisão de tarefas, fragmentação do trabalho, ajudou a manter a divisão entre um trabalho que requer pouca qualificação

HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

(representado pelo cuidado) exercido pelas auxiliares de enfermagem e um trabalho especializado, 'mais intelectualizado' (de controle, de coordenação, de interlocução com o médico) exercido pela enfermeira.

Refletir a história da educação dos trabalhadores da saúde, e aqui com o recorte na educação profissional dos trabalhadores de nível médio e fundamental da saúde, à maneira dialética, e tendo como foco a história recente destes trabalhadores na sociedade brasileira, é refletir o mundo do trabalho, a saúde e a educação, que foram se cruzando, de maneira difícil e contraditória. A começar pelo fato de se lutar contra a visão ideológica da 'naturalização do trabalho feito por estes profissionais' (Santos & Christófar, 1996). Naturalização essa que leva a realizações de meros treinamentos para que esses trabalhadores desempenhem suas funções .

A superação, ou ao menos a tentativa de fazer com que deixe de ser hegemônica a concepção calcada na naturalização do trabalho desenvolvido por profissionais de nível médio e fundamental da saúde pode ser evidenciada pela criação de escolas voltadas à formação técnica de trabalhadores da saúde e também nas leis que regem a educação profissional. Ainda sobre a formação dos que trabalham em funções que exigem escolaridade de nível médio e fundamental observamos que:

em seu cotidiano, esse trabalhador sofre a influência e a pressão, percebida ou não, consciente ou não, elaborada ou apenas intuída, a depender do caso, de determinações cruzadas e contraditórias. A começar pelo discurso de desvalorização do projeto público e universal de saúde, da tradição também pública da medicina brasileira e da própria visão de uma medicina preventiva, ao invés de apenas curativa e invasiva.

Continua sofrendo essa influência porque recebe salários baixos e trabalha em ambientes empobrecidos, onde muitas vezes faltam os equipamentos e medicamentos básicos. Mais que isso, indiquemos a importância da estrutura burocrática dos serviços públicos de saúde, muitas vezes fechada e hierárquica, pouco capaz de qualificar o conhecimento tácito que o trabalhador desenvolve em seu cotidiano. Portanto, pouco ágil em dar respostas a críticas e demandas, muitas vezes justas e pertinentes. No vértice, existe a pressão para que esse mesmo trabalhador se adapte às novas tecnologias e às mudanças que estão ocorrendo no mundo do trabalho (Brasil, 2005: 2)

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

Educação Profissional: concepções na relação trabalho, educação, saúde

As concepções de educação profissional de trabalhadores de nível médio e fundamental da saúde são engendradas pelas concepções de saúde, de sociedade e de sentidos e concepções sobre a relação entre educação e trabalho.

Termos diversos, com sentidos em disputa, configuram o campo do que chamamos de educação profissional. Sem pretensão de esgotar a explicitação destes termos/conceitos/concepções, apresentamos alguns, mais recorrentes no campo da formação dos trabalhadores.

Os termos 'formação profissional' e 'qualificação profissional', através da literatura produzida, apresentam, cada um deles, um caráter polissêmico. No âmbito da formação profissional estão inseridos sentidos e concepções diversas sobre a qualificação profissional. Para Catanni (1997), a formação profissional, na sua acepção mais abrangente:

Designa todos os processos educativos que permitam ao indivíduo adquirir e desenvolver conhecimentos teóricos, técnicos e operacionais relacionados à produção de bens e serviços, quer esses processos sejam desenvolvidos nas escolas ou nas empresas (...) A Formação Profissional é uma expressão recente, criada para designar processos históricos que digam respeito à capacitação para e no trabalho, portanto à relação permanente entre o trabalhador e o processo de trabalho (...) na ótica dos trabalhadores, a Formação Profissional assume um caráter associado às idéias de autonomia e de auto-valorização. Essa perspectiva contesta o sentido da educação ou da formação para o trabalho, bem como a política de integração do trabalhador nos projetos empresariais. Ela abre, ao mesmo tempo, um leque mais amplo de discussão, compreendido em temas como: 'Trabalho como Princípio Educativo' e 'Formação Politécnica'. (Catanni, 1997: 94-95)

O conceito marxiano de qualificação, como ressalta Machado (1992), pode ser entendido como uma articulação entre as condições físicas e mentais que compõem a força de trabalho utilizadas em atividades voltadas para valores de uso. "Assim, a capacidade de trabalho é condição fundamental da produção, portanto tem seu próprio valor de uso. Com o capitalismo, ela passa a ter um valor de uso crucial pois representa a possibilidade de criação de um valor adicional ao seu próprio valor, a mais-valia" (p.9).

Com o progresso do capitalismo (apropriando-se cada vez mais da ciência e da tecnologia), o conhecimento, que no pensamento marxiano era en-

HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

tendido como valor de uso, passa cada vez mais a ser apreendido como valor de troca, ou seja, passa a constituir-se também como mercadoria.

Podemos observar esse processo do conhecimento igualmente como valor de troca, ao analisarmos o emprego do conhecimento científico, cada vez voltado mais para o processo industrial, com caráter de mercadoria e visando ao lucro. No caso da saúde, os exemplos mais gritantes podem ser visualizados em determinados fins e prioridades da indústria de medicamentos e uso e no aperfeiçoamento das tecnologias voltados cada vez mais para a saúde privada.

A educação, tanto no seu sentido mais genérico de formação humana, quanto nas suas particularidades, como formação profissional, não fica imune às deformações produzidas pelo capital. Sob a égide capitalista, o sentido hegemônico da aliança trabalho/qualificação profissional é claro: na cidade hierárquica, cabe à educação formar profissionais, disciplinados, dedicados ao trabalho e, portanto, produtivos para o capital. Porém, aproveitando os espaços gerados pelas contradições do sistema capitalista, a qualificação profissional pode e deve, pelo menos no que diz respeito a trabalhadores em instituições voltadas para as práticas sociais, tais como a educação e a saúde, desenvolver concepções que tenham como objetivo instrumentalizar a classe trabalhadora no seu processo de trabalho e nas demais esferas da vida cotidiana, de modo a possibilitar (embora sem cair no idealismo) a não adequação ao existente. Trata-se portanto, de uma luta entre projetos, onde a moral é límpida: de um lado projetos que vislumbrem não adequar o trabalhador ao existente, de outro a constituição do trabalhador adestrado, obediente e disciplinado.

A idéia do trabalhador disciplinado, adestrado, ganhou com o taylorismo um aliado poderoso – a tecnologia organizacional traduzida em fragmentação e parcelarização de tarefas com ação mecanizada, acentuando a alienação e acarretando em várias profissões a desqualificação dos trabalhadores. Com efeitos primeiro no mundo do trabalho, a “racionalidade” mecânica taylorista se difundiu para outras instituições sociais.

No que tange à relação conhecimento, capitalismo e qualificação/formação dos trabalhadores, coloca de maneira didática Saviani:

Na sociedade capitalista a Ciência é incorporada ao trabalho produtivo, convertendo-se em potência material. O conhecimento se converte em força produtiva e, portanto, em meio de produção. Mas, a contradição do capitalismo atravessa também a questão relativa ao conhecimento: se essa sociedade é baseada na propriedade privada dos meios de produ-

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

ção, e se a Ciência, se o conhecimento é um meio de produção, uma força produtiva, ela deveria ser propriedade privada da classe dominante. No entanto, os trabalhadores não podem ser expropriados de forma absoluta dos conhecimentos, porque sem conhecimentos eles não podem também produzir, e, por consequência, não acrescentam valor ao capital. Desse modo, a sociedade capitalista desenvolveu mecanismos através dos quais ela procura expropriar o conhecimento dos trabalhadores e sistematizar, elaborar esses conhecimentos, e os desenvolver na forma parcelada. O taylorismo é a expressão mais típica do que foi assinalado. (Saviani, 1997: 13)

Partindo de observações relativas ao movimento e ao tempo que os trabalhadores desenvolviam durante o processo de trabalho, Taylor, como sabemos, era atento ao modo como os trabalhadores produziam e colocavam em prática conhecimentos advindos das experiências rotineiras. O taylorismo apreendeu os movimentos e os conhecimentos que os trabalhadores desenvolviam na produção, e “uma vez isso sistematizado, é desenvolvido na forma parcelada, e o conhecimento relativo ao conjunto passa a ser propriedade privada dos meios de produção” (Saviani, 2003)

Com olhar histórico, percebemos que os estudos de George Friedmann e Pierre Naville colocaram a qualificação como eixo central da sociologia do trabalho. Nestes autores, reflexões sobre o processo de trabalho e a qualificação profissional se dão no embate contra o taylorismo, a partir da idéia de que a organização tayloriana do trabalho propiciava ganhos de produtividade, através da intensificação da fragmentação e da padronização do trabalho na produção.

Refletindo sobre as qualificações desenvolvidas para os trabalhadores de nível fundamental e médio da saúde, observamos que há uma predominância de que os mesmos sejam de curta duração, traduzidos em rápidos treinamentos, e conseqüentemente reduzidos a uma qualificação mecânica. O que sustenta este pensamento, além da já mencionada naturalização do trabalho destes profissionais, é o fato de que, quando inseridos nos serviços de saúde, as instituições têm dificuldade de liberá-los para realização de cursos mais longos.

Também a respeito da contribuição da produção da sociologia do trabalho para refletirmos a formação dos trabalhadores da saúde, é notório que no começo da segunda metade do século XX, a relação qualificação/ processo de trabalho/automação é presença significativa nas reflexões de George Friedmann e Pierre Naville. Como nos ajuda a entender Dadoy (1987: 6):

HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Friedmann ressaltava que as contradições inerentes a esse processo, ao ser desenvolvido em sistema capitalista, se traduziriam em novas tarefas que necessitariam de uma qualificação mais aprimorada, ao mesmo tempo em que acarretaria a desqualificação de outras. Podemos, portanto, perceber em Friedmann a origem de teses defendidas, posteriormente, por Freyssenet, conhecida como polarizações das qualificações.

No trabalho desenvolvido pela enfermagem, por exemplo, observamos uma polarização das qualificações. Essa polarização aconteceu mediante a divisão social do trabalho e a hierarquização obedecendo as clivagens capitalísticas de classe.

Com reflexo na qualificação profissional, observamos no mundo da produção, em passado recente, o modelo fordista caracterizado pela produção em grandes séries de bens padronizados, condição necessária para a diminuição dos custos e aumento dos lucros. Para mediar os males econômicos provocados pela acumulação do capital, o tipo de regulação política *Welfare State*¹ – ou Estado de Bem-Estar Social – atuava com a perspectiva de ampliar a inserção social de grande parte da camada popular, provendo bens sociais, como educação, saúde e seguridade social; e, através da regulação do mercado de trabalho – emprego e salário. O Estado de Bem-Estar Social contribuía para a reprodução de capitais, financiando condições da produção de bens de consumo e serviços.

A leitura neoliberal sobre a crise do modelo fordista e keynesiano é que ela é decorrente, dentre outros pontos, das despesas sociais do Estado e do aumento excessivo de salário, o que geraria pressão inflacionária nos preços das mercadorias, aumentando, ao mesmo tempo, a dívida pública e o déficit orçamentário, assim como o atraso tecnológico. Como proposta a este modelo considerado problemático, o neoliberalismo aponta para a necessidade de total liberalização das forças de mercado.

Leitura oposta assinala que a crise é fase do movimento de acumulação capitalista e, mediante isso, a reestruturação pós-fordista se dá, entre outros pontos: pelas tecnologias organizacional e de base física e pelos modos de regulação estatal.

¹ Sobre o *Welfare State*, ver Pereira e Linhares, texto “O Estado e as políticas sociais no capitalismo” e Monnerat e Senna, texto “A seguridade social brasileira: dilemas e desafios”, ambos no livro *Sociedade, Estado e Direto à Saúde*, nesta coleção (N. E.).

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

As transformações de tecnologias de base física e organizacional sofridas a partir do final do século passado, num contexto, onde o neoliberalismo se apresenta como a nova ideologia do capital, configuram, como nos ajuda a entender Ramos (2001) “o mundo produtivo com algumas características tendenciais: flexibilização da produção e reestruturação das ocupações ; integração dos setores de produção; multifuncionalidade e polivalência dos trabalhadores não ligados ao trabalho prescrito ou ao conhecimento formalizado” (p. 51). Nesse cenário, observamos que ganha destaque o questionamento *sobre* “a adequação e a suficiência do conceito de qualificação como estruturante das relações de produção e dos códigos de acesso e permanência no mercado de trabalho” (p. 51).

Historicizando a relação processo de trabalho e qualificação do trabalhador, nos ajuda a entender Machado (1992: 15):

Num processo de trabalho rígido, ocorre intensa fragmentação e divisão do trabalho com acentuado controle da supervisão (taylorismo e fordismo), com tarefas repetitivas, que significam uma real desqualificação (...). Já o processo de trabalho flexível traz a possibilidade de uma redução dos níveis de fragmentação do trabalho, oportunizando a polivalência do trabalhador. Esta flexibilização funcional pode ser de dois tipos: agregação das funções, um único homem controlando um conjunto articulado de máquinas; e a rotação por diferentes tarefas, como no trabalho por equipes(...). Com a flexibilização funcional um novo perfil de qualificação da força de trabalho parece emergir, sendo postas exigências como: escolaridade básica e capacidade de adaptação a novas situações(...)

É também significativa para melhor análise dos processos de formação do trabalhador a afirmação de Freyssenet (1989) que a qualificação pressupõe conhecimento, experiência, autoridade e condições materiais, de modo que o trabalhador desempenhe a tarefa, compreendendo de maneira abrangente os problemas a serem solucionados.

De maneira mais didática do que classificatória, Castro (1992), com base em Litter (1986), destaca três concepções de qualificação: a qualificação “com características objetivas das rotinas de trabalho... ela é definida em termos do tempo de aprendizagem no trabalho ou do tipo de conhecimento que está na base de ocupação...” ; outra concepção de qualificação se dá” (...) a partir da sua relação com a possibilidade de autonomia no trabalho. Ela depende das margens de controle exercido pelo trabalhador sobre o processo de transformação como um conjunto, no qual se inclui sua atividade específica(...)” (p. 98) .

HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Castro (1992) nos traz uma outra concepção, em que a qualificação é entendida como uma construção social e, neste sentido,

depende de fatores(...) como o costume e a tradição socialmente construída(...) e nela jogam papel importante não apenas os aspectos técnicos, mas os aspectos de personalidade e os atributos do trabalhador...amplamente variáveis segundo o tipo e a situação do trabalho; são também diferencialmente valorizáveis segundo o contexto societal, as condições conjunturais e a experiência histórica dos distintos grupos profissionais...". (Castro, 1992: 69)

Machado (1996) chama atenção para o fato de que a qualificação não é estática, é processo de construção individual e coletivo, no qual os indivíduos se qualificam ao longo das relações sociais. Villavicencio (1992) ressalta que a qualificação para ser compreendida como relação social não pode ser tomada como construção teórica acabada. Para o autor, esse entendimento requer como operador o conceito do trabalhador coletivo. Também de interesse para a nossa reflexão, observamos que o referido autor chama atenção para o fato de que “*espaços de qualificação*” diferentes não podem ser analisados da mesma forma. Isso nos leva a pensar criticamente a transposição de modelos de qualificação entre países com culturas diversas e com economias diferenciadas, caracterizando “campos de conflitos” outros, e, portanto, indicando processos de construção de sociedade distintos. Mais ainda, alerta-nos para o fato de que os espaços de qualificação profissional em saúde devem ser pensados também nas suas singularidades. Trata-se mais uma vez de perceber o particular e o universal do mundo do trabalho.

Concepção presente na educação profissional em saúde, a noção de politecnia, como traduz Saviani (1997, 2003), postula que o processo de trabalho desenvolva, em uma unidade indissolúvel, os aspectos manuais e intelectuais, pois são características do trabalho humano. A separação dessas funções é um produto histórico-social e não é absoluta, mas relativa. Essas manifestações se separam por um processo em que os elementos predominantemente manuais se sistematizam como tarefa de um determinado grupo social,. Podemos ainda afirmar que:

A idéia de politecnia implica uma formação que, a partir do próprio trabalho social, desenvolva a compreensão das bases de organização do trabalho de nossa sociedade(...) trata-se da possibilidade de formar profissionais em um processo onde se aprende praticando, mas, ao praticar, se

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

compreendem os princípios científicos que estão direta e indiretamente na base desta forma de se organizar o trabalho na sociedade (EPSJV, 2005: 64)

Educação Profissional: instituições e legislação

A formação dos trabalhadores ao longo de sua história, da Colônia à República, é marcada pelo modo de produção vigente e sua produção social. Como afirma Santos (2000),

“O tratamento discriminatório dado às diversas ocupações manuais no Brasil-Colônia foi uma das razões, dentre outras, que levou à aprendizagem das profissões, que naquele contexto era feita por meio das Corporações de Ofícios... possuíam normas de funcionamento que dificultavam, ou até impediam, o ingresso de escravos” (p. 221).²

No Império, é inaugurado o primeiro Liceu de Artes e Ofícios, em 1858, que tinha como objetivo propagar e desenvolver para a classe trabalhadora a instrução artística e técnica dos ofícios industriais.

A influência de padres salesianos, já no início da República, dissemina ainda mais a ideologia do ensino profissional como contraponto ao pecado. Soma-se a isto a pressão feita por grupos internos para reforçar a produção industrial. Chama-se atenção para a criação, através do decreto 7.566 de 1909, das Escolas de Aprendizes e Artífices uma em cada capital de estado.

O contexto político e econômico dos anos 30 do século XX promove inflexões na relação trabalho, educação e saúde. Como exemplo de estruturas governamentais, temos a criação do Ministério da Educação e da Saúde, em 1930 e a instituição da Inspeção do Ensino Profissional Técnico.

Significativo no pensamento educacional brasileiro da época, o movimento chamado de Escola Nova vai evidenciar a educação profissional como ponto necessário para as reformas educacionais.

A Constituição de 1937, no que tange à área educacional, apresenta retrocessos em relação à Constituição de 1934. Cite-se como exemplo marcante, a não fixação de um percentual mínimo de recursos que a União e os Estados devem destinar de forma exclusiva para a educação. Nas palavras de Paiva (1987), a educação, neste período, como instrumento de propagação da ideolo-

² Para melhor explicitação da história da educação profissional no Brasil, colônia e império, ver Santos (2000).

HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

gia do Estado populista "(...)compunha o quadro estratégico governamental da solução da "questão social" e do combate à subversão ideológica..." (p. 132). Cabe notar, nesse passo da análise, que se tratava de 'questão social' como eufemismo para classes sociais em conflito numa sociedade capitalista pobre e atrasada, questão esta na maioria das vezes tratada como caso de polícia, para lembrar aqui Washington Luís. E, no conjunto das estratégias políticas que caracterizam o populismo, 'combate à subversão ideológica' pela via direta da repressão policial, mas também na forma de alianças, de concessões, de movimentos visando cooptar opositores mais brandos e flexíveis.

Observa-se que é ainda na ditadura do Estado Novo que as Leis Orgânicas de Ensino começam a ser decretadas. Mencionamos aqui a Lei Orgânica do Ensino Secundário ou decreto-lei n. 4.244; o decreto-lei n. 4.073, que organizava o ensino industrial e, em dezembro de 1943, a Lei Orgânica do Ensino Comercial. Leis que passam a influir, a disciplinar e a definir pontos importantes no mundo do trabalho comercial e industrial, mostrando a clara intenção de ocupar espaço político pela via pública e burocrática, diminuindo assim a influência dos opositores organizados na vida civil da sociedade, não tutelados pelo Estado e não integrados a seu projeto de representação 'orgânica' da sociedade.³

O ensino médio – secundário e técnico-profissionalizante – vai apresentar característica dual. O secundário com formação humanística e científica (clássico e científico), continuando a preparar para a universidade, e o ensino técnico-profissionalizante preocupado com a formação para o trabalho. Define-se, com isso, uma hierarquia do acesso às oportunidades e postos de mando na sociedade, com uma clivagem de classe que não escapa à análise crítica, tendo ao fundo uma bem nítida divisão entre trabalho intelectual e trabalho manual.

Como ajuda a entender Romanelli (1989), a Reforma Capanema (leis orgânicas de ensino referentes ao ensino profissionalizante), não vislumbra poder atender, de imediato, às demandas e ao modelo de trabalhador para o processo de industrialização, sendo este um dos motivos da criação do Serviço Nacional da Indústria (Senai), em 1942, e do Serviço Nacional do Comércio (Senac) em 1946, em convênio com a Confederação Nacional de Indústrias e

³ Sobre a relação sociedade civil e Estado, ver Pereira e Linhares, texto "O Estado e as políticas sociais no capitalismo", e Braga, texto "A sociedade civil e as políticas de saúde no Brasil dos anos 80 à primeira década do século XXI", ambos no livro *Sociedade Estado e Direito à Saúde*, nesta coleção (N. E.).

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

Confederação Nacional do Comércio, pondo em evidência mudanças e permanências da passagem da sociedade escravista para a republicana, da economia exportadora de matérias-primas para o processo de substituição de importações, industrializando o país e buscando criar um mercado interno brasileiro. Mas, para tanto, era necessária a formação profissional e educativa que a imensa maioria dos trabalhadores brasileiros não tinha. Ainda nos dias de hoje, guardadas as proporções, não temos uma escolaridade compatível com o salto tecnológico que vivemos no capitalismo global e avançado neste início do século XXI.

Em relação ao trabalho na saúde e seus desdobramentos na qualificação dos seus profissionais, merecem destaque a criação em 1942 do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) e a implantação dos programas de extensão de cobertura, como propostas que embasaram princípios da criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e do Programa de Saúde da Família (PSF) (Corbo & Morosini, 2004).

Em 1946, após a queda do Estado Novo, é promulgada nova Constituição no país. Em relação à educação, a Constituição de 46 pode ser considerada mais progressista que a de 1937, pois recupera a obrigatoriedade da aplicação de um percentual mínimo de recurso por parte da União e dos Estados, e estabelece que a União deve legislar sobre as diretrizes e bases da educação nacional. Assim, foram criadas as leis do Ensino Primário e o Ensino Normal. O ensino primário apresentava duas modalidades: o fundamental, em quatro anos, e o supletivo, em dois.

Pode-se dizer que a sociedade toda se beneficia, mesmo que dentro de certos limites, do clima de razoável democracia que o país vive com o final da ditadura Vargas, a urbanização e a tardia industrialização, os movimentos culturais, as formas organizadas de luta dos trabalhadores, dos estudantes e dos intelectuais, no campo e na cidade. Esses fatos marcam uma acumulação crítica, difícil e contraditória, que teria seu limite com o golpe militar de 1964.

No entanto, como quase sempre acontece, o Brasil formal e burocrático esbarra com o Brasil real, inseparável da vida cotidiana dos excluídos dos benefícios do progresso e da vida civilizada. E as necessárias reformas para a verdadeira superação do Brasil doente, de pés descalços, dos trabalhadores devorados pela malária, pela febre amarela, pelo impaludismo, pela tuberculose, pelos vermes, pela subnutrição, esbarram nos interesses restritos do patriciado brasileiro.

HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Patriciado de formação rural, escravista, olhando o mundo pela ótica da Casa Grande e que, no contexto político e econômico posterior à Segunda Guerra Mundial, da Guerra Fria e de sua geopolítica, precisa adaptar-se às exigências da modernização capitalista, conservadora e tardia, que vai definindo os rumos do Brasil. É nos limites postos por esse desenvolvimento dependente e tardio que serão debatidas e formuladas as políticas públicas para a educação e a saúde, não como formulações monolíticas e maniqueístas, mas refletindo o maior ou menor potencial de acumulação crítica conseguido pelos grupos de influência organizada na sociedade brasileira. Como comenta Nunes (1980), é nesse sentido que se pode visualizar a política econômica liberal do governo Dutra (1946-1950), os entraves à formação de um capitalismo nacional do governo Vargas (1950-1954) e a expansão do capitalismo dependente no governo Kubitschek (1955-1960).

Recorrendo novamente à memória da formação profissional de trabalhadores da saúde de nível fundamental e médio, podemos citar a qualificação dos atendentes, no Rio de Janeiro. Dentre as instituições e cursos realizados, ressaltamos o Curso de Primeiros Socorros na Legião Brasileira de Assistência (LBA), com duração de um ano – seis meses de teoria e seis meses de prática. Nesta instituição, as aulas teóricas eram dadas por enfermeiras, os estágios eram realizados no Hospital Gaffrée e Guinle, da Universidade do Rio de Janeiro (Uni-Rio), sob supervisão de enfermeira formada pela Escola de Enfermagem Ana Neri (UFRJ). Esta aprendizagem diz respeito às atividades desenvolvidas desde meados da década de 1940 do século passado pela LBA. Cursos com este teor eram também promovidos pelo Ministério do Trabalho, preocupados com a 'a segurança' e a saúde do trabalhador no que tange a acidentes do trabalho. Outro curso citado era o treinamento em serviço na Promatre, feito por freiras. No período de 1950 a 1975, o treinamento em serviço na Santa Casa de Londrina é outro curso referência na formação de atendentes. Neste curso, foram ensinadas atividades como a preparação de bandejas de cirurgia, esterilização de material, fazer eletrocardiograma, administração de medicamentos e a admissão dos pacientes.

Ressaltamos que, no campo da saúde, ainda na década de 1950, a regulação do trabalho se dava, majoritariamente, através das instituições médicas, havendo ainda uma demanda pública por profissionais que desenvolvessem práticas sanitárias.

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

Só para lembrar, estavam colocados em cena, disputando a hegemonia, idéias progressistas em busca de racionalização do setor saúde – que passava pela qualificação dos trabalhadores, o que melhoraria a situação de áreas mais empobrecidas da população – e as idéias burocráticas, atreladas à ordem dominante, tendo o planejamento como controle social.

No período de 1948 a 1961 é gestada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, lei n. 4.024, promulgada em 13 de dezembro de 1961, marcada pela luta entre a defesa do ensino público e os defensores da escola privada.

Na saúde, significativa em relação à necessidade de se pensar políticas de formação e de melhor distribuição para a força de trabalho, a III Conferência Nacional de Saúde sinalizou, além da falta e da má distribuição de trabalhadores que atuavam na área de saúde, a necessidade de construir programas de capacitação voltados para esses trabalhadores (Pereira, 2005). O Plano Nacional de Saúde continha a busca de uma racionalidade no setor saúde, apontando como imprescindível uma política de recrutamento, seleção e preparo de técnicos, vislumbrando um ensino descentralizado como o melhor caminho para a qualificação desses trabalhadores.

Em 1960, o Sesp foi transformado em Fundação Serviço Especial de Saúde Pública que segundo autores como Silva e Dalmaso (2002) funcionou como um 'laboratório' para o aperfeiçoamento dos princípios e normas que hoje fundamentam o Pacs e o PSF. Já nesse modelo havia uma figura – semelhante em alguns aspectos aos agentes comunitários de saúde (ACS) – que era denominado visitador sanitário. Este, além de estar ao lado do serviço de enfermagem nas unidades de saúde, realizava atividades em visitas domiciliares e na comunidade. Ele assumia, contudo, o ponto de vista da instituição de saúde, realizando ações e procedimentos relacionados à prática de enfermagem, tendo um perfil diferenciado dos atuais ACS.

O golpe militar de 1964, consolidado em 1968, ressalta Romanelli (1989), apresenta dois momentos distintos. O primeiro momento corresponde à implantação do regime, de sua política econômica dependente. É quando se verifica um aumento na demanda educacional, que acaba virando pretexto para os acordos do Ministério da Educação e a United States Agency for International Development, conhecidos como acordos (MEC/Usaid). O segundo começa com medidas de curto prazo para enfrentar a crise, mas que vai se desdobrar, entre

HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

outros motivos por influência técnica da Usaid, na necessidade, em definitivo, de adotar medidas que adaptem o sistema educacional brasileiro ao modelo de desenvolvimento econômico que aqui se intensificava .

Trata-se, assim, de entender os acordos MEC/Usaid, o Plano Atcon, a Reforma Universitária e a Lei n. 5.692/71 como o cerne de uma política educacional que deixava claro que o modelo de formação do homem adotado era 'técnico', 'neutro', 'pragmático', voltado para o mercado, mero suporte para a 'modernização' do capitalismo.

A IV Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1967, tinha como meta a produção de uma política permanente de recursos humanos na saúde. No que tange ao tema recursos humanos, a IV Conferência se propunha a discutir o perfil do profissional demandado, assim como centrava fogo na necessidade de se tecerem estratégias de capacitação para os trabalhadores de nível médio e elementar da saúde.

Outro destaque foi a necessidade de formação profissional de nível médio e elementar, "os auxiliares de nível elementar devem ser preparados ao mínimo possível, pelos próprios órgãos interessados(...) e serem recrutados localmente..." (Brasil, 1967: 1006). Desse modo, com a argumentação de estar atento à diversidade das ações de saúde exigida para estes trabalhadores, é fortalecida a idéia de qualificação profissional descentralizada e mais voltada para os problemas locais.

Ressalta-se que a idéia de formação profissional dos trabalhadores de nível médio e auxiliar explicitada, naquele momento, se fortalece dentro da estratégia de substituição do profissional de ensino superior, em região onde faltam médicos e trabalhadores de nível superior (Brasil, 1967: 103).

Preparar os trabalhadores de nível médio e elementar da saúde para suprir a falta de profissionais de nível superior, no nosso entendimento, é um projeto que não contribui, efetivamente, para a melhoria nas condições de assistência à população. É diferente de um projeto que valorize e qualifique os trabalhadores de nível médio e elementar da saúde para atuarem nas equipes de saúde, mediante a premissa de que as tarefas, que por eles serão executadas, exigem um saber diferenciado do saber médico, quer na prevenção, quer na assistência realizada pelos serviços de saúde.

Cabe ressaltar, na década de 1970, a criação dos Programas de Extensão de Coberturas (Pecs). Segundo Corbo e Morosini, "Os Pecs que tiveram

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

maior expressão no país foram o Programa de Preparação Estratégica Pessoal da Saúde (Preps) e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass)” (Corbo e Morosini, 2004:159). O primeiro, criado pelo Ministério da Saúde em colaboração com o Ministério da Educação e Cultura e a Opas, tinha por objetivo preparar trabalhadores visando a um processo de extensão de cobertura adequado às diferentes necessidades de diversas regiões e definindo um processo de qualificação de trabalhadores de nível médio e fundamental (Silva e Dalmaso, 2002). O segundo programa citado objetivava a utilização de pessoal de nível auxiliar, recrutados nas comunidades locais (Souza, 1980).⁴

Dentre as leis adotadas pelo regime militar, no que tange à política educacional, destacam-se a lei n. 5.540, de 28 de novembro de 1968, que vai instituir a organização e funcionamento do ensino superior; os decretos-lei n. 5.379 de 1967, referentes ao Mobral e à legislação de financiamento do mesmo em 1970; e a lei n. 5.692/71 de Reforma de Ensino que fixa as Diretrizes e Bases do ensino de 1º e 2º graus.

Com a Lei n. 5.692/71, o antigo primário e o curso ginásial passaram a formar o 1º grau, visando atender crianças de 7 a 14 anos, e a obrigatoriedade escolar passa de 4 para 8 anos. O 1º e 2º grau passam a ter disciplinas de núcleo comum, obrigatórias, e uma parte diversificada, conforme necessidade da região. O núcleo comum era fixado pelo Conselho Federal de Educação. A referida Lei vai instituir o ensino profissionalizante compulsório no 2º grau, com base na chamada ‘qualificação para o trabalho’.

Cerca de 130 habilitações foram criadas para técnicos e auxiliares com o parecer 45/72. Em 1974, o número de habilitações do 2º grau já chegava a 158. As escolas normais foram desativadas, tendo o curso de formação de professores se transformado em mais uma das habilitações oferecidas dentro da mencionada Lei (Cunha, 1985).

Cada habilitação abarca um componente de educação geral e outro específico da categoria. Consta da Lei n. 5.692/71 que, de acordo com a carga horária do currículo, as habilitações de 2º grau poderão formar técnicos (habilitação plena) ou auxiliares (habilitação parcial) .

⁴ Sobre o histórico desses programas, ver Corbo, Morosini e Pontes, texto “A saúde da família: história recente da reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil”, no livro *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*, nesta coleção (N. E.).

HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Na saúde, para a formação de técnicos é, nesse momento, exigido um mínimo de 2.200 horas, “onde estão incluídas pelo menos 1.200 de conteúdo profissionalizante” e para os auxiliares, 2.200 horas, “...com pelo menos 300 horas de conteúdo profissionalizante(...)” (Nogueira & Santos, s.d.).

Ainda sobre a lei n. 5.692/71, estavam desenhadas como opções para o ensino de 2º grau na saúde: habilitações plenas, habilitações parciais e habilitações básicas.

a habilitação básica, formulada pelo parecer 52/74, é compreendida como o preparo propedêutico numa área específica de atividade. Refere-se, portanto, a uma ‘família de ocupações’ e oferece um currículo dotado de conhecimentos tecnológicos essenciais numa área de atividade como saúde humana, comércio, administração, mecânica, etc(...) o CFE adota uma classificação das habilitações em grandes grupos(...) na área da enfermagem, por exemplo, compõem habilitações afins, além de técnico: o auxiliar de enfermagem, secretária de unidade de internação, auxiliar de documentação médica, visitadora sanitária e outras. (Nogueira & Santos, s.d.: 5).

A lei n. 5.692/71 garante que as habilitações de 2º grau podem ser adquiridas através do exame de ‘suplência profissionalizante’. Como nos ajudam a entender Nogueira e Santos (s.d),

o exame de suplência profissionalizante confere diploma a quem tenha pelo menos dois anos de trabalho em instituições de saúde, com a condição de ser satisfeita a exigência de cumprimento de educação geral, por via regular ou supletiva(...) e, depende de autorização e reconhecimento por parte do sistema educacional(p.6)

Alvo de crítica, por representar o pensamento de uma ditadura, a lei 5.692/71 tem hoje expressiva literatura, quer por sua característica dual e classista, quer por traduzir uma crença infinita na tese desenvolvimentista da economia capitalista.

Nos espaços gerados pelas contradições existentes numa sociedade capitalista, educadores, comprometidos com a profissionalização dos trabalhadores da saúde inseridos nos serviços, vislumbraram brechas, na lei 5.692/71, através do ensino de suplência, para que se viabilizasse uma qualificação profissional por meio de centros formadores – as Escolas Técnicas do Sistema de Saúde – o que daria a esta qualificação uma característica de formação profissional.

Foi sob a égide desta leitura a contrapelo da lei 5.692/71 que foi criado, na década de 1980, o projeto Formação em Larga Escala e, com isto, grande parte das hoje denominadas Escolas Técnicas do SUS.

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

Na VI Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1977 (Brasil, 1977), transparecem, por um lado, o momento de reconstrução da sociedade e a organicidade dos movimentos sociais e, por outro, o agravamento do déficit previdenciário. A VI Conferência passa à história como um retrocesso em relação às ações de saúde. Ainda aqui, cabe ressaltar a maneira como as ações preventivas e educativas cedem espaço às formas privatistas e curativas na área da saúde, organizando interesses privados poderosos, que culminarão, sobretudo ao longo de toda a década de 1990, num processo que visa ao desmonte do Estado, no que ele tem, ou já pode ter, de garantia de um mínimo de direitos e de bem-estar para a população pobre.

A LDB 9.394/96, promulgada em 20 de dezembro de 1996, no que tange à organização dos níveis e modalidades de ensino, assim delibera:

Art. 21. A educação escolar compõe-se de: I - educação básica, formada pela educação infantil, ensino fundamental e ensino médio; II - educação superior." Prevê a referida lei que o ensino médio, assim que atendida "a formação geral do educando, poderá prepará-lo para o exercício das profissões técnicas.

Sob a égide da LDB 9.394/96, a educação profissional passa a ser regulamentada, a partir do decreto 2.208 de 17 de abril de 1997. A estrutura da educação profissional passa a ser estruturada nos níveis: básico, que independe da escolaridade do trabalhador; técnico para os que tenham concluído o ensino médio (podendo cursar o ensino médio concomitantemente ao técnico, mas, o aluno só podendo receber o certificado de conclusão da habilitação técnica depois que tiver concluído toda a educação básica); e tecnológico correspondente ao ensino superior da área tecnológica.

Alvo de debate e crítica, dentre elas a de que recompõe a dualidade do ensino, o decreto n. 2.208/97 diz em seu artigo 1º:

A educação profissional, prevista no art.39 da Lei 9394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), observadas as diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação, será desenvolvida por meio de cursos e programas de: I- formação inicial e continuada de trabalhadores; II- educação técnica de nível médio; e III- educação profissional tecnológica de graduação e de pós-graduação (Brasil, 1997)

O decreto n. 5.154/2004, que substituiu o decreto n. 2.208 aponta que cursos e programas de formação inicial e continuada de trabalhadores independente de escolaridade, poderão ser "ofertados segundo itinerários formativos"

HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

(Art.3º). O itinerário formativo é entendido, no referido decreto como “conjunto de etapas que compõem a organização da educação profissional em uma determinada área, possibilitando o aproveitamento contínuo e articulado dos estudos” (Art.3º, parágrafo 1º).

A educação técnica de nível médio, nos termos do decreto, será desenvolvida de forma articulada com o ensino médio, nas seguintes formas:

- I - Integrada, para quem já tenha concluído o ensino fundamental, com matrícula única para cada aluno;
- II - Concomitante, para quem já tenha concluído o ensino fundamental ou esteja cursando o ensino médio, na qual a complementariedade entre a educação profissional técnica de nível médio e o ensino médio pressupõe a existência de matrículas distintas para cada curso, podendo ocorrer: a) na mesma instituição de ensino; b) em instituições de ensino distintas;
- III - Subseqüente, para quem já tenha concluído o ensino médio (Decreto n. 5.154, de 23 de julho de 2004)

História das Instituições: marcos significativos na educação profissional em saúde

Ainda que pesem as contribuições dadas pela Santa Casa de Misericórdia, a LBA e outras instituições à formação de trabalhadores da saúde, neste momento do texto vamos nos deter a uma história recente engendrada pelas relações sociais hegemônicas e contra-hegemônicas estabelecidas. Nesta história, os atores principais são educadores da saúde e suas lutas por projetos a favor de instituições chamadas a responder à educação profissional de trabalhadores de nível médio e fundamental. Neste sentido, nos deteremos ao projeto de Formação em Larga Escala, aos Centros Formadores e Escolas Técnicas do SUS e ao projeto político e pedagógico da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz.

O Projeto de Formação em Larga Escala

O projeto Larga Escala, criado na década de 1980, e já mencionado anteriormente como o que possibilitou a viabilização de Escolas e Centros Formadores do SUS, possibilitou estratégias que conduziram à viabilização de escolas e

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

centros formadores do Sistema Único de Saúde (SUS). Surgiu devido à necessidade de promoção e melhoria da formação profissional de trabalhadores de nível médio e fundamental da saúde – que era realizada, majoritariamente, pelas instituições de saúde. Trata-se de um projeto de cooperação interinstitucional, oriundo do Acordo de Recursos Humano firmado entre o Ministério da Saúde, o MEC, o Ministério da Previdência e Assistência Social e a Opas, que tem por objetivo a formação profissional dos trabalhadores de nível médio e fundamental inseridos nos serviços de saúde (Pereira & Ramos, 2006).

O projeto Larga Escala é entendido pelo Ministério da Saúde como proposta que alia pontos positivos da formação profissionalizante realizada tanto pelos serviços de saúde quanto pelas instituições educacionais.

Trata-se de combinar num único mecanismo três elementos essenciais: a) O ensino supletivo, que confere flexibilidade em termos de carga horária, tempo de formação, corpo docente etc, e está dirigida a indivíduos (já admitidos, ou em processo de seleção), que realmente optaram pelo engajamento nesse setor de mercado de trabalho; b) O treinamento em serviço que proporciona melhor ajustamento entre o tipo de qualificação e as necessidades operacionais das instituições de saúde; c) O caráter de habilitação oficialmente reconhecida pelo sistema educacional, o que enseja o estabelecimento de padrões mínimos para o processo de capacitação, facilita a promoção profissional e o acesso a outros níveis de formação.” (Brasil, 1982: 19)

A descrição da metodologia do projeto Larga Escala apresenta a experiência do ensino supletivo como instrumento que valida as diferentes etapas de uma educação continuada. A proposta do Larga Escala afirma que é imprescindível para a implementação do projeto a existência de um centro formador, em cada estado, e que seja reconhecido pelo sistema de ensino. Estes centros de formação cumpririam duas funções: uma administrativa, fazendo registro de matrículas, emitindo certificados, dentre outras atividades – que forneceriam as condições formais de validade; e outra pedagógica, preparando os supervisores – instrutores da rede de serviços; elaborando e fazendo a seleção de material educativo, acompanhando e avaliando o aluno e o processo como um todo. Esse centro formador atuaria de maneira descentralizada, ou seja, “Uma escola aberta, que se estenderia ao local onde o aprendizado estivesse ocorrendo, extra-muros, para motivar o aluno, segui-lo e avaliá-lo ao longo de todo o processo dispensando, portanto, exames específicos de suplência.” (Brasil, 1982: 20). Esses centros formadores viriam a ser as Escolas Técnicas do SUS.

HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

As Escolas Técnicas/Centros Formadores do SUS

Até a década de 1980, as iniciativas em favor da profissionalização do nível médio da saúde eram pulverizadas e realizadas, com uma certa concepção de treinamento, configurando ações mecanicistas. Mesmo quando alguns desses treinamentos eram úteis (pela necessidade e/ou mesmo pelo empenho dos trabalhadores envolvidos), ainda restava resolver a questão da certificação, necessária no mercado de trabalho e requerida pelos trabalhadores da área. A questão da certificação se somava, portanto, à necessidade de melhorar o processo ensino-aprendizagem sem perder de vista a necessidade de melhores condições de realização das ações de saúde. Essas circunstâncias mencionadas levaram a enfermeira Izabel dos Santos (nome reconhecido na luta pela profissionalização dos trabalhadores de nível médio e fundamental da saúde) a estudar e investigar a legislação do ensino vigente na maior parte da década de 1970 e durante a década de 1980.

Eu comecei a me preocupar em analisar a legislação de ensino vigente. E a legislação era assim, toda estruturada para cursos formais regulares, e pelo menos, pelo jeito com que os gestores educacionais falavam, para que o pessoal do nível médio pudesse fazer curso, tinham que ser retirados durante um ano, ou então ficar trabalhando à noite, todas as noites durante um ano para poder fazer o curso. E aí o número de trabalhadores que podia fazer isso era muito pequeno(...) eu precisava de um pacto que pegasse toda a força de trabalho, e aí comecei a estudar a legislação(...) e ficava aquele problema na minha cabeça, a pergunta minha era essa: será que existe uma forma de flexibilizar essa legislação para eles poderem fazer os cursos em serviço? De aproveitar o próprio trabalho como uma forma de espaço educacional? Essa era a pergunta que fazia e saía perguntando a todo mundo. (Santos apud Pereira, 2002: 130)

A professora Ena Galvão, uma das pessoas de referência na luta pelas Escolas Técnicas do SUS, narra e reafirma a busca por brechas na lei de ensino, que tornaram legalmente possível a construção deste projeto de formação profissional.

Tinha-se a idéia de uma Escola. Uma pessoa do MEC tinha ajudado a elaborar o regimento, mas a Escola Técnica do Sistema de Saúde era muito diferente daquelas respaldadas pelos Conselhos de Educação. Eu, vinda do MEC trabalhar na equipe com a Isabel dos Santos e outros profissionais, custei também a aprender o que a saúde queria. No início tudo o que a Isabel dos Santos falava eu dizia assim: 'Não, a lei não permite'. E ela me deu uma bronca e disse: 'Eu sei, sei ler a lei, eu não estou precisando que alguém interprete a lei por mim, eu estou precisando de

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

alguém que me ajude a operacionalizar essa lei'. Eu falei: não. Você está precisando de um especialista não em lei; você está precisando de alguém em casos omissos e dúvidas suscitadas. Ela riu e disse: 'É isso mesmo que eu estou querendo.' (Galvão apud Pereira, 2002, p.130-31)

Os parâmetros da Escola Técnica pretendida eram outros, diferentes daqueles da escola regular. Aquele 'estudante-trabalhador' era completamente diferente de um aluno de escola regular. A faixa etária variada, o nível de escolaridade variado, geograficamente disperso dentro do serviço, sem a menor possibilidade de pagar um curso em (proponho adendar a preposição) que eles pudessem estar se qualificando. Este projeto singular de escola, inicialmente era pouco compreendido pelos Conselhos Estaduais de Educação. Segundo a leitura da professora Ena Galvão, a dificuldade inicialmente colocada pelo MEC para compreender o projeto das Escolas Técnicas do SUS se dava também em função do fato que

O MEC não tinha o mundo do trabalho incorporado na sua prática, faltava a experiência advinda do mundo do trabalho. Em tese o MEC tem a rede de escolas técnicas e agrotécnicas, mas elas são autarquias, são autônomas e, na maioria das vezes, desenvolvem as suas fórmulas, os seus currículos, suas metodologias. (Galvão apud Pereira, 2002: 131)

Fazer do Larga Escala uma política descentralizada através das Escolas Técnicas do Sistema de Saúde atuando nos serviços de saúde, não era um projeto de substituição ao ensino nas escolas técnicas 'regulares'. Nas palavras de Izabel dos Santos:

É uma política para os trabalhadores empregados. Nós não somos concorrentes das escolas que estão ainda preparando para o mercado, pois entendíamos que elas deviam continuar, porque é ótimo que os trabalhadores venham bem formados. Essas escolas do SUS eram voltadas para dentro do SUS, para as pessoas que trabalham nos serviços. (Santos, apud Pereira 2002: 131)

Para que fosse possível a implantação do Projeto Larga Escala, a lei n. 5.692/71, no que diz respeito à suplência, foi então trabalhada, de forma que viabilizasse possibilidades de certificação e funcionamento das Escolas Técnicas do Sistema de Saúde, garantindo a sua atuação em serviços de saúde:

Foi uma batalha feroz nos Conselhos Estaduais de Educação, batalhas de anos. Íamos lá, discutíamos, voltávamos(...) até que um dia perguntamos: por que não se coloca esse tipo de escola em caráter experimental? A lei 5692/71 permitia, e eles não podiam dizer não, e assim essas escolas foram sendo criadas, mas em caráter experimental. (Santos apud Pereira 2002: 132).

HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Esse processo de construção das escolas era muito controlado e exigia grande organização. Os Conselhos Estaduais de Educação exigiam relatórios parciais para que as escolas, depois de certo tempo, fossem consideradas regulares. Os trabalhadores que executavam os projetos apresentavam algumas dificuldades como a de elaborar relatórios e mesmo de conciliar a produção dos relatórios com a grande quantidade de trabalho exigido.

Os relatórios tinham que ser muito bem cuidados, e aí tinha Conselho Estadual de Educação que recusava o relatório(...) o que criava um problema social, os alunos não podiam receber os diplomas(...) foi preciso muita loucura mesmo para eu ter insistido nisso. Mas fomos, fomos, e todo mundo foi ganhando confiança, experiência e a questão da descentralização, a escola função foi se desenvolvendo(...) Havia um preconceito muito grande no sistema educacional sobre o ensino supletivo. Quando eu conversava com uma pessoa da educação geral, ela dizia que era escola de segunda qualidade, um atraso, cursos desclassificados(...) O parecer 699, o valor dele, quem descobriu fomos nós. O pessoal da educação tinha o maior preconceito. Eles não usavam o parecer 699 na sua plenitude, eles só tinham experiência como o exame de suplência, que era abominável mesmo, antidemocrático, e os educadores que tinham mais consistência teórica não queriam esse tipo de avaliação. (Santos apud Pereira 2002: 132).

Negando o exame de suplência, presente na 5.692/71, o projeto educacional instituído através das Escolas Técnicas do Sistema de Saúde, como parte da luta travada pela formação profissional dos trabalhadores de nível médio inseridos nos serviços de saúde, utilizava aspectos da qualificação para o trabalho contidos na lei, recuperando possibilidade de qualificação e propondo a avaliação no processo.

E assim foi, nós fomos negociando, negociando, até que o povo da educação foi aceitando, até que a gente estruturou uma escola, ela passou a funcionar, nós a colocamos como modelo nacional, e fomos deslocando os processos para junto dos serviços, junto do trabalho. Portanto, fomos considerando o espaço da assistência como um espaço de ensino também. Foi mudando o conceito de escola, sala de aula, e o espaço de prestação de cuidado, ressaltado também como um espaço educacional. (Santos apud Pereira 2002: 132.)

Além das dificuldades pela crítica feita por parte de profissionais da educação à 5.692/71, havia entraves postos pela burocracia, assim como os preconceitos de profissionais de nível superior da saúde em relação aos trabalhadores de nível médio e fundamental inseridos nos serviços de saúde. Este último aspecto é reforçado pela 'naturalização das ações' destes profissionais somada

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

à divisão social do trabalho, produzindo portanto preconceitos e outras formas de opressão e alienação

Algumas enfermeiras achavam que esses trabalhadores não tinham capacidade de aprender, que eles eram de uma natureza inferior, que não tinham capacidade de superar, enfim, pensamentos que só fazem acentuar a exclusão. Eu tentava fazer com que elas (as enfermeiras) entendessem. Mas, isso não foi fácil. Talvez tenha sido mais difícil convencer as enfermeiras do que o diálogo com a educação. Era difícil fazê-las acreditar que isso era uma questão de oportunidade, que os trabalhadores eram normais como outro aluno qualquer, que ele tinha sofrido um processo de exclusão, e que nós não éramos assim porque nós não tínhamos sido excluídos, nós tivemos chance de ir à escola. Foi muita luta para convencê-las, uma das coisas mais difíceis(...) e até hoje ainda é, apesar de ter melhorado muito. (Santos apud Pereira 2002: 133.).

No início, o projeto Larga Escala se voltou para o trabalho da enfermagem, que apresentava o maior número de trabalhadores pouco escolarizados, cuja condição gerava dificuldades e situações graves de erro, como, por exemplo, quanto ao medicamento a ser ministrado. A enfermagem é majoritária, mas outros setores da saúde, como o de laboratório (diagnósticos técnicos errados e manipulação errada do material coletado), foram percebendo a importância do trabalho do nível médio e fundamental e constatando a necessidade de promover a qualificação profissional dos trabalhadores envolvidos nas ações de saúde. Ou seja, quem puxou esse processo da luta pela formação foi a enfermagem, mas também outros setores foram percebendo, tomando consciência de que não podiam tratar aquele segmento como vinha sendo tratado

Como se os trabalhadores fossem descerebrados, que não tomavam decisão, era simplesmente aquela divisão rígida, divisão vertical técnica do trabalho, o cara do nível médio não podia falar, não podia desobedecer, era um taylorismo rigorosamente instituído, com supervisões perversas, autoritárias e nós fomos também discutindo com a supervisão sobre o processo pedagógico, o momento pedagógico e não de punição, enfim a discussão foi atravessando todos os conceitos com os quais a saúde vinha lidando com (Santos apud Pereira 2002: 134.)

À medida em que foi avançando e ganhando materialidade, esse processo de formação dos trabalhadores da saúde, foi-se colocando a necessidade de traçar estratégias metodológicas de ensino que ajudassem a transmissão do conhecimento, ao mesmo tempo aproveitando a experiência profissional cotidiana desses alunos-trabalhadores.

HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

A transmissão do conhecimento pura e simples não dava conta, pois esses trabalhadores apresentavam um déficit muito grande na educação geral, muitas vezes não entendiam o que se falava(...) Então a gente tinha que fazer um tipo de ensino que possa se ajustar a característica desse trabalhador, que era muito concreto (precisa cheirar, tocar, para melhor compreender) era preciso trazer para o concreto o conhecimento a ser transmitido, e aí sim, a partir daí ir teorizando com ele(...) Ajudar a fazer uma abordagem e ajudar para que eles (alunos-trabalhadores) entendam o que a gente diz. Nós temos que encontrar uma forma de alcançá-los. Agora, reprovar em massa não adianta. Pode até ser que na Universidade isso seja muito bonito, determinados professores que reprovam em massa os alunos. Mas aqui, reprovar em massa, significa deixá-los no trabalho produzindo práticas de risco para o usuário. (Santos apud Pereira 2002: 134)

Paulatinamente, foram sendo colocadas em prática técnicas que facilitassem a compreensão do conhecimento que estava sendo transmitido. No mesmo passo, o processo ensino-aprendizagem sendo realizado no cotidiano dos serviços se deparava com as deformações no processo de trabalho em saúde, oriundas das más condições dos estabelecimentos de saúde. Em relatos dos supervisores, encontra-se a preocupação com o ensino que se valia de simulações, promovendo condições ideais de trabalho durante o processo ensino-aprendizagem que se distanciavam daquelas encontradas realmente no dia-a-dia do serviço.

Tratava-se então de ensinar sem banalizar o conhecimento e promover a crítica ao 'improvisado' (como solução permanente) que na maioria dos casos se traduz em risco para o paciente e para o trabalhador da saúde. Na prática do ensino a crítica à simulação mencionada pode ser ilustrada por cenas como:

Quando estava ensinando, trazia uma bandeja artificial e ensinava tudo certinho, depois carregava a bandeja e o trabalhador ficava lá pra prestar o cuidado, com o material que tinha(...) então não deve-se fazer isso, e sim, usar o processo de formação como um processo de discussão de melhoria das condições dos serviços prestados à população. Se o hospital não tinha o material, tinha que ter, pois o paciente estava lá internado, então tinha que trabalhar junto com o processo de formação, com todo mundo ali, a busca de equipamento, o processo tecnológico. (Santos apud Pereira 2002: 135)

Formar profissionais de saúde não significa, em nenhum nível, a mera adaptação ao existente, com seus fetiches e formas de alienação. Ao invés da informação fragmentada e distorcida, dos fatos e dados parciais, postos fora de contexto, trata-se do trabalho paciente de criticar, mediar, construir uma per-

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

cepção crítica do profissional de nível médio que trabalha nos serviços de saúde. O que implica conhecimentos teóricos e práticos, culturais e técnicos, qualificando o trabalho e o cidadão, no contexto do respeito, da remuneração justa, da participação ativa no cotidiano dos serviços de saúde, na visão crítica qualificada em relação ao país e suas contradições.

As Escolas Técnicas trabalham com um mínimo de quadro fixo (profissionais da saúde atuando como docentes) e com ampla maioria de profissionais contratados, o que constitui, no nosso entendimento, um problema, pois se torna difícil, dessa forma, comprometer os docentes com um projeto pedagógico. Esse fato traduz mais uma negociação para tornar as Escolas Técnicas do SUS viáveis. Ou seja, essa condição é dada pelas circunstâncias econômicas e políticas, para 'baratear' o custo das escolas. Nesta negociação, o vínculo precário dos profissionais que atuam na docência não é o melhor para o processo ensino-aprendizagem, pois o quadro fixo de professores possibilitaria uma melhor qualificação desses docentes. Como nos alerta Santos:

As Escolas Técnicas funcionando com um quadro fixo mínimo foi uma estratégia que eu adotei diante da adversidade dos gestores. Quando os gestores ainda não estavam motivados para as escolas, o que eu fiz? Se eu fosse colocar uma escola completa, eles iam dizer que era cara, aí eu falava assim: você coloca um núcleo mínimo, um coordenador, e os docentes você paga os do serviço. Era também uma forma dos docentes ganharem mais dinheiro e você não tinha aquela estrutura pesada orçamentária, onde eles podiam me derrubar, derrubar o projeto, era mais uma estratégia conjuntural, pois eu sei que quando a gente tem um quadro de docentes mais fixo, você pode melhorar a qualidade deles. Ou seja, isso por um lado é vantagem, mas por outro(...) (Santos apud Pereira 2002: 136)

Em relação aos gestores, percebemos que a viabilização e o maior ou menor grau de sucesso das Escolas Técnicas do SUS, a maioria estaduais, dependerão da concepção e compromisso político em relação à saúde, seja em relação à assistência de qualidade para a população, seja em relação à formação e direitos dos trabalhadores de nível médio e fundamental, demonstrados pelas gestões.

Como processo político que é, a luta pelas Escolas Técnicas do SUS ganhou força quanto maior foi o compromisso do gestor com a saúde pública, e o entendimento de que uma assistência de qualidade passa necessariamente por uma melhor formação dos trabalhadores que ali atuam. Com o mesmo

HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

sentido, a luta pela profissionalização dos trabalhadores da saúde é também luta por um projeto político da sociedade. Nas palavras de Izabel dos Santos:

Na medida em que os partidos de esquerda foram ganhando prefeituras, eles foram colocando na sua pauta de governo os processos de profissionalização do pessoal de nível médio, isso ajudou muito ao projeto Larga Escala e portanto a instituição das Escolas Técnicas do SUS. Com as secretarias de esquerda, como a de São Paulo, com o PT, por exemplo, nós tivemos um ganho muito grande, que foi para a complementaridade da educação geral, como a Educação Fundamental era a nível municipal, você pegava uma Prefeitura do PT e as portas se abriam, tanto que na escola municipal de lá ela tinha um componente enorme de educação geral, para todos os trabalhadores independente da formação profissional, podia ser servente, técnico, vigia, eles deram muita força nisso, também em outros lugares fizeram isso. (Santos apud Pereira 2002: 136)

Em relação à organização dos Centros Formadores/Escolas Técnicas de Saúde do SUS, podemos observar que estes apresentam variações, embora, todos os centros de formação possuam: direção, secretaria escolar, departamento administrativo e financeiro 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.

As Escolas Técnicas do SUS/Centros de Formação são credenciadas pelos Conselhos/Secretarias Estaduais de Educação, como já mencionamos, para certificar os alunos-trabalhadores que freqüentam os cursos por elas promovidos. Algumas escolas formam também profissionais que ainda não estejam empregados no setor saúde. A maioria das Escolas Técnicas do SUS está lotada nas Secretarias Estaduais de Saúde.

Os docentes dos cursos ministrados pelas escolas são do quadro fixo de funcionários (mínimo) e convidados/cedidos, que recebem complementação salarial aquém do desejado. O corpo docente é formado por profissionais da saúde, sendo a maior parte enfermeiros, e os demais psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, com escolaridade até a graduação, existindo também minoritariamente profissionais com pós-graduação. O contingente de trabalhadores que passou pelo processo de profissionalização é significativo.

Nos últimos oito anos, passaram pelo processo de profissionalização aproximadamente 23 mil trabalhadores. Em 1997, esse processo contou

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

com a adesão de 2.077 profissionais de serviços de saúde que, após passarem por capacitações técnicas e pedagógicas, assumem temporariamente a função docente, tornando-se facilitadores do processo ensino-aprendizagem, participando da qualificação de trabalhadores de saúde como instrutores e supervisores das atividades teórico-práticas.” (Sório & Lamarca, 1998: 151)

Entendemos que um dos grandes ganhos promovidos pelas Escolas Técnicas do SUS é o fortalecimento da qualidade pedagógica e a preocupação com a certificação dos trabalhadores já inseridos na área da saúde, rompendo, portanto, com a idéia de que os serviços por si só, através da passagem de experiência entre os trabalhadores, ou através de meros treinamentos, bastariam.

As Escolas Técnicas do SUS e o Profae

Parte da história recente das ETSUS, e ainda em vigência, temos o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae). Não é objetivo deste estudo fazer análise e avaliação do referido Profae, visto que trata-se de projeto ainda existente. Porém não poderíamos deixar ressaltá-lo como um projeto significativo na história recente das ETSUS.

O PROFAE – Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem - é produto do Ministério da Saúde, através das Secretarias de Políticas de Saúde e de Gestão de Investimento em Saúde, “com apoio financeiro do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e do Ministério do Trabalho, através do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) “(Brasil, 2000: 3).O referido projeto foi, inicialmente, organizado em dois componentes: “Qualificação profissional e escolarização de trabalhadores da enfermagem” e “Fortalecimento institucional das instâncias formadoras e reguladoras de recursos humanos do SUS”. O guia geral do Profae destaca os objetivos de cada componente:

O objetivo do Componente I é melhorar a qualidade da atenção ambulatorial e hospitalar promovendo a complementação do ensino fundamental e da qualificação profissional dos trabalhadores empregados nos estabelecimentos de saúde (públicos, privados e filantrópicos). O Componente II destina-se a financiar atividades que objetivam viabilizar as ações previstas no Componente I e garantir a sustentabilidade de seus resultados, a longo prazo, mediante o desenvolvimento de atividades de fortalecimento institucional e desenvolvimento de expertises que possibilitem a instituição de processos permanentes de formação e regulação de recursos humanos de nível médio que atendam ao setor saúde. (Brasil, 2000: 3)

HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Desenvolvido em nível nacional, de forma descentralizada, a “Qualificação profissional e escolarização de trabalhadores da enfermagem” ficam a cargo de escolas autorizadas pelos Sistemas Estaduais de Educação.

Em relação ao componente II do Profae, voltado para o fortalecimento institucional de instâncias formadoras e reguladoras de trabalhadores do SUS, observamos que no seu projeto original, ele se organiza em quatro subcomponentes, a saber:

- Curso de Especialização para a capacitação de docentes da educação profissional de nível médio da área da saúde;
- Desenvolvimento e implantação de sistema de informação sobre a formação de auxiliar de enfermagem; desenvolvimento e implantação de sistema de competência do auxiliar de enfermagem;
- Modernização administrativa e capacitação técnico-gerencial das Escolas Técnicas de Saúde do SUS;

O Curso de Especialização para a capacitação de docentes da educação profissional de nível médio da área da saúde está sendo realizado com a metodologia da ‘Educação a Distância’, sendo realizado em nível nacional e executado por instituições de âmbito estadual ou regional que trabalhem com ensino em saúde. Atendendo à exigências do Ministério da Educação, desenvolvia atividades teóricas e práticas, abarcando estágio supervisionado, a ser feito com prática pedagógica realizada nos próprios cursos profissionalizantes.

A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Criada na década de 1980, mais precisamente em 1985, a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, uma das unidades técnico-científica da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), é certamente, outro marco, em nível institucional voltado à educação profissional técnica de nível médio na área da saúde.⁵

Assim como as ETSUS, a EPSJV nega, na sua trajetória, a naturalização das ações desenvolvidas pelos trabalhadores de nível médio e fundamental da saúde.

⁵ A respeito da história da criação da EPSJV, ver EPSJV (2006).

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

Afinada com o pensamento crítico e progressista das áreas da saúde, da educação, e do trabalho, a EPSJV pode ser considerada como instituição que luta a favor da formação dos trabalhadores, utilizando os espaços gerados pelas contradições em um sistema capitalista.

De inspiração predominantemente baseada em autores como Marx, Gramsci e de educadores atuais como Gaudêncio Frigotto, a EPSJV também é exemplo de tomar a história a contrapelo.

Trazendo para o cenário atual onde se engendra a relação trabalho, educação e saúde, a EPSJV busca incessantemente construir sua política e prática pedagógica baseada na concepção de politecnicidade. Nesta busca incessante, ressaltamos como eixo central o trabalho como princípio educativo, articulado com a pesquisa como princípio educativo, e a elegia da arte e do pensamento filosófico como inerentes à integração dos conhecimentos científicos, e destes com a vida cotidiana.

Temos como compromisso maior a educação profissional em Saúde, em nível técnico e de formação inicial e continuada, voltada para uma formação ética, política e técnica. Com essa finalidade, são realizados cursos e pesquisas, e traçadas cooperações técnicas em níveis nacional e internacional(...) A proposta de uma formação politécnica em saúde, qualificada e crítica, é construída em dois eixos principais: a formação de jovens e maduros trabalhadores do SUS e da C&T e a formação docente para a área de Educação Profissional... A EPSJV concebe a educação como um projeto de sociedade... é defensora de uma concepção politécnica que dialoga com as circunstâncias societárias atuais. (EPSJV, 2005: 7).

A EPSJV, conforme consta em documentos por ela produzidos, entende:

A educação profissional como parte significativa de um projeto nacional baseado em um conceito democrático de nação e de formação dos trabalhadores da saúde pautada pelas relações sociais(...) O que significa discutir e refletir formas de profissionalização em dimensões de legalização e valorização das profissões. Trata-se ainda da defesa de que para todo trabalhador deve ser garantida a Educação Básica. Este projeto nacional deve contemplar a defesa da Escola Pública. (EPSJV, 2005: 63)

A qualificação de um projeto nacional a favor da educação profissional em saúde é preocupação constante de educadores que fazem essa história. Nas palavras de André Malhão, atual diretor da Escola:⁶

⁶ As declarações de André Malhão foram coletadas em entrevista concedida à autora, realizada em março de 2007.

HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

É preciso aumentar o foco e a clareza de projetos como a assessoria e a consultoria às demais escolas técnicas, o fomento à pesquisa, e outros projetos que estão em curso, como a Biblioteca Virtual de Saúde, a Secretaria Técnica da Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde, a Cooperação Internacional nesta área, e em especial o mestrado de Educação Profissional em Saúde. (Malhão, 2007)

Professor desde os primeiros anos da EPSJV, Malhão, quando inquerido sobre o Politécnico de 2005, frente aquele implantado na década de 1980, afirma que:

A principal diferença reside no fato de que, hoje, o trabalho da EPSJV de apoio e consolidação da Educação Profissional deve ser compreendido nacionalmente e não apenas pela formação de técnicos de saúde em nível local. Enquanto em 1985 a intenção era fortalecer projetos que surgiam devido à transição para reabertura política, no momento atual, o Politécnico almeja expandir seu espaço. No entanto, acredito que o objetivo da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio continua sendo o mesmo de vinte anos atrás: a consolidação e fortalecimento de uma educação profissional em saúde politécnica, pública e estratégica. (Malhão, 2007).

Ainda sob a égide da lei 5.692/71, a EPSJV conseguiu evitar o aprofundamento da fragmentação dos conhecimentos que a referida lei induzia, não abrindo mão de ter no seu currículo conteúdos e práticas que articulassem a formação geral aos conhecimentos específicos.

Em história recente, a escola se deparou com o ideário das competências, que se fosse implementado na perspectiva do mundo da produção capitalista e de abordagem condutivista, traria um retrocesso ao projeto voltado à emancipação. Mais uma vez, a escola não compromete o seu projeto e consegue através de deslocamento de sentido, através das 'brechas', manter e avançar no seu projeto de educação politécnica traduzido para os dias atuais.

Protagonistas na defesa da escola pública voltada à formação de trabalhadores de nível médio e fundamental da saúde, as escolas técnicas e os centros formadores do SUS, junto com a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio têm construído caminhos significativos na história da formação dos trabalhadores da saúde nas últimas décadas.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Anais da 4ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1967.

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

- BRASIL. Ministério da Saúde. VI Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final. Brasília, 1977.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de RH. Recursos Humanos para Serviços Básicos de Saúde. Brasília, 1982.
- BRASIL. Decreto 2.208, de 17 de abril de 1997. Brasília, 1997.
- BRASIL. Decreto 5.154, de 23 de julho de 2004. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Geral do Profae. Secretaria de Gestão e Investimento em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da área de Enfermagem. Brasília, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de incentivo à pesquisa nas Escolas Técnicas em Saúde no âmbito do projeto Profae. Brasília: 2005
- CASTRO, N. A. Organização do trabalho, qualificação e controle na indústria moderna. In: *Coletânea CBE Trabalho e Educação*. Campinas: Papyrus, 1992.
- RAMOS, M.N. *A Pedagogia das Competências: autonomia ou adaptação?* São Paulo: Cortez, 2001.
- CATANNI, A. Trabalho e Tecnologia. *Dicionário Crítico*. Petrópolis: Vozes, 1997.
- CORBO, A. & MOROSINI, M. V. G. C. Saúde na Família: história recente da organização da atenção à saúde. In: *Textos de Apoio em Políticas de Saúde*. Série Trabalho e Formação em Saúde. RJ: Editora Fiocruz, 2005.
- CUNHA, L. A. Roda-Viva. In: *O Golpe da na Educação*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.
- DADOY, M. La Notion de Qualificacion chez George Friedmam. *Sociologie du Travail*, 1987.
- EPSJV. *Politécnico da Saúde: uma conquista da democracia*. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2006.
- EPSJV. Projeto Político Pedagógico. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2005.
- FREYSSENET, M. Paradigmas Tecnológicos e Políticas de Gestão. In: Anais do Seminário Internacional – Padrões Tecnológicos e Políticas de Gestão. São Paulo: USP, 1989.
- LITTLER, C. R. *The Development of the Labour Process in Capitalist Societies*, London: Heinemann, 1986.
- MACHADO, L.R.S. Qualificação do trabalho e relações sociais. In: FIDALGO, F. (Org.). *Gestão do Trabalho e formação do Trabalhador*. Belo Horizonte: Movimento da Cultura Marxista, 1996.
- NOGUEIRA, R. & SANTOS, I. *Formação de Pessoal de Nível Médio*. Brasília, s.d.
- PAIVA, V. *Educação Popular e Educação de Adultos*. São Paulo: Loyola, 1987.
- PEREIRA, I.B. Educação, Trabalho e Saúde: a formação dos profissionais de nível médio da saúde. 1996. Relatório de pesquisa. Escola politécnica de saúde Joaquim Venâncio, Fiocruz, convênio Fiocruz/Faperj.

HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

- PEREIRA, I.B. A Formação Profissional no Cenário do SUS, 2002. Tese de doutorado, Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica.
- PEREIRA, I. B & RAMOS, M. *Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006 (Coleção Temas em Saúde).
- PEREIRA, I. B. *Políticas de Saúde e Formação de Trabalhador*. Série Trabalho e Formação em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005
- PEREIRA, I.B. Desenhando trajetórias de formação na saúde: as escolas técnicas do SUS. 2006. Relatório de pesquisa. Escola politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fiocruz, convênio Fiocruz/Faperj.
- RAMOS, M. N. *A Pedagogia das Competências: autonomia ou adaptação?* São Paulo: Cortez, 2001.
- REZENDE, A.L. M de. *Saúde: dialética do pensar e do fazer*. São Paulo: Cortez, 1987.
- ROMANELLI, O. *História da Educação no Brasil*. 11 ed. Petrópolis: Vozes, 1989.
- SANTOS, I & CHRISTÓFARO, M. A.C. A formação do trabalhador da área da saúde. In: *Divulgação em Saúde para Debate*, 14: 49-52, ago.1996.
- SANTOS, J. A. A trajetória da educação profissional. In: *500 anos de Educação no Brasil*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.
- SAVIANI, D. *Pedagogia Histórico-Crítica*. 6. ed. Campinas: Autores Associados, 1997.
- SAVIANI, D. O choque teórico da politecnicidade. In: *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, Ano I, 1: 131-152, mar., 2003.
- SILVA, J.A ; DALMASO, A.S. W. *Agente Comunitário de Saúde – o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- SÓRIO, R. ; LAMARCA, I. Novos desafios das escolas Técnicas do SUS. In: Reforma, tecnologia e recursos Humanos. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, 8(2), 1998.
- SOUZA, J. H. A. O Modelo Piass sua programação e sua evolução para o programa nacional de serviços Básicos de Saúde. In: VI Conferência Nacional de Saúde. Anais. Brasília: centro de Documentação do MS, 1980.
- VILLAVICENCIO, D. Por una definición de la cualificación de trabajadores. Madri, *IV Congreso Español de Sociología*, 1992.