

MESA 4

TRABALHO E EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

TRABALHO E EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NO BRASIL

Júlio César França Lima

Em primeiro lugar, quero dar boa tarde a todos e agradecer o convite da Comissão organizadora para estar aqui como palestrante. O texto que me foi encomendado pela Comissão gira em torno da temática da conformação do campo da Educação Profissional em Saúde no Brasil, privilegiando principalmente o período da década de 1980 até os anos 2000. Porém, acabei ampliando, ou recuando, até os anos 1950, por considerar que esse é um marco para apreender essa conformação, dadas as mudanças que se operaram na sociedade brasileira a partir de então, particularmente nos serviços de saúde. Foram essas mudanças que aceleraram a necessidade de se pensar a expansão da formação dos trabalhadores técnicos para o setor.

Ao fazer isto, o texto ficou muito grande. Para a sua elaboração, eu me alimentei, em parte, da tese de doutorado que defendi em 2010, no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana (PPFH-UERJ). Fiz em parte alguns acréscimos e algumas mudanças. Não se trata, portanto, de uma reprodução literal do que escrevi em 2010. Vou pedir licença para ler uma síntese do texto que entreguei à Comissão para fazer parte do livro a ser publicado, para não ultrapassar o tempo de 40 minutos e para que vocês possam acompanhar minha exposição. Eu tento, fundamentalmente, destacar as questões centrais que procuro discutir nesse trabalho.

O texto está organizado em três partes. Na primeira, abordo a formação e consolidação da burguesia de serviços de saúde no país; o boom da regulamentação educacional nos anos 1970; e a polarização das qualificações em saúde. Na segunda parte, faço um diálogo entre o Projeto Larga Escala e a concepção politécnica de Ensino, nos marcos dos anos 1980. Na última parte, aponto as mudanças que ocorrem na área da saúde a partir da segunda metade dos anos 1990: a reorganização política e o fortalecimento da nova burguesia de serviços de saúde; a entrada da área da saúde na órbita da financeirização da economia. Fecho tratando das tendências atuais para a formação profissional em saúde.

Diferentemente do setor industrial, a rigor só podemos falar de Educação Profissional em Saúde, no Brasil a partir da segunda metade do século passado. Antes disso, a única iniciativa do estado brasileiro nesse campo, foi a abertura no antigo

Departamento Nacional de Saúde Pública, na década de 1920, da Escola de Enfermeiras, conhecida como Escola Ana Nery que, com a LDB de 1961, se transforma numa unidade de ensino superior da UFRJ. Além disso, em 1949, a Lei 775, oficializa a abertura de cursos profissionais para a formação de auxiliares de enfermagem. Na verdade, até o início da segunda metade do século passado, o que predomina, foi muito mais a formação prática, ou o aprender fazendo, do que o tempo de formação escolar, o que tivemos oportunidade de discutir em outro texto que vai ser publicado pelo nosso Laboratório, a partir de uma pesquisa que fizemos acerca da qualificação dos trabalhadores na área da saúde.

Por outro lado, considerando os serviços de saúde, o que predomina na primeira metade do século passado, foi uma prática médica autônoma, o monopólio das instituições religiosas e filantrópicas na assistência médica hospitalar, como as Santas Casas de Misericórdia. Os hospitais estatais existentes eram de pequeno porte, os hospitais privados eram poucos, a transferência de recursos públicos para esse setor era baixa e a base tecnológica existente também era estreita.

A partir dos anos 1950, a situação muda completamente por uma razão muito simples. Naquele momento, se inicia o processo de empresariamento do setor saúde, apoiado pelo estado brasileiro, através de financiamento baseado, sobretudo nos recursos previdenciários. Ao mesmo tempo, vão se instalando no país as indústrias farmacêutica e de equipamentos médicos. Ou seja, o setor saúde vai assumindo, na segunda metade do século passado, características nitidamente capitalistas. É o que alguns autores denominam como um período de capitalização da medicina, quando os interesses privados passam a predominar sobre o interesse público.

Entre 1950 e 1970 ocorrem três fenômenos associados. O primeiro, a formação e consolidação do que estou denominando de “burguesia de serviços” de saúde. No livro da Sonia Fleury e do Jaime de Oliveira - (Im)previdência social -, um clássico de 1986, os autores denominam de “burguesia empresarial nacional na área da saúde”, quando analisam também aquele período da Previdência Social. Isso tem a ver, tanto com a formação, quanto com a consolidação dessa fração burguesa, com a expansão dos serviços privados de saúde, através dos convênios-empresa, da contratação de hospitais privados e da abertura de cooperativas médicas, com o apoio do Estado, num primeiro momento, fundamentalmente através dos recursos previdenciários. Posteriormente, isso também se deu com o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social, criado para apoiar os programas e projetos de caráter social do segundo Plano Nacional de Desenvolvimento Social. Eu não vou entrar em detalhes sobre essas modalidades de expansão do setor privado porque isso já está suficientemente elaborado. Vários autores discutem esse período e definem as diferenças entre convênio-empresa, a contratação de hospitais privados e as cooperativas médicas. Elas não são as mesmas coisas, têm especificidades.

O segundo fenômeno que ocorre nesse período é o intenso processo de regulamentação educacional de diversas profissões técnicas, sob a égide da Lei 5.692, de

1971, que tornou a profissionalização compulsória sob inspiração da teoria do capital humano que está na base da formulação dessa legislação que reorganiza, à época, o 1º e 2º Graus de Ensino.

O terceiro fenômeno é a polarização das qualificações em saúde que se expressa, de um lado, na crescente absorção de médicos, e por outro, numa incorporação maciça de atendentes de enfermagem. A maioria dos estudos na área de saúde sempre privilegiou a discussão em torno da desqualificação dos trabalhadores técnicos de saúde, isto é, sempre denunciou a baixa escolaridade desses trabalhadores, tornando-se figuras paradigmáticas os atendentes de enfermagem, sempre vistos pelo ângulo da carência e da falta de qualificação profissional. Mais do que isso, esses estudos apontavam e consideravam que a escolarização/formação profissional seria suficiente para melhorar a qualidade da assistência. Nenhum estudo buscou conhecer ou se perguntou quem eram esses trabalhadores, de onde vieram, em que trabalhavam, como aprenderam, as relações de trabalho a que eram submetidos, e, eventualmente, quais as suas formas de resistência. Por outro lado, poucos valorizaram ou mesmo pesquisaram as tendências de aumento de escolaridade que, já nos anos 1970, estavam ocorrendo, sobretudo nas áreas de Enfermagem, Laboratórios Clínicos e Radiologia.

O empresariamento na saúde, à época, é concomitante com a emergência do capitalismo monopolista no país, da crescente oligopolização do mercado e da internacionalização da economia, com a conseqüente instalação de grandes empresas multinacionais, particularmente a indústria farmacêutica, de equipamentos médico-hospitalares, e da difusão do modelo de produção fordista. É um período que João Manoel Cardoso de Mello e Otávio Ianni definem como de industrialização pesada, principalmente entre 1956 e 1961, e de uma intensa urbanização no país. Nos anos 1970, a população urbana supera a população rural brasileira. Essas mudanças nas relações sociais determinaram e exigiam o aumento da escolaridade de um conjunto maior de trabalhadores para dominar novos códigos culturais e a cultura técnico-científica que foi se disseminando mais intensamente no conjunto das relações sociais, ainda que sob a ditadura, o arrocho salarial e a repressão aos sindicatos combativos.

Essa é a primeira questão que tento demarcar nesse texto, qual seja a de que nos anos 1970, do ponto de vista da Educação Profissional em Saúde, existiam dois movimentos contraditórios, resultado de um mesmo processo, do próprio desenvolvimento capitalista no país e/ou das mudanças que, então, estavam se operando nas relações sociais. Essas mudanças exigiam de um lado, o aumento da escolaridade de um número crescente de trabalhadores técnicos em saúde e da população em geral. De outro, incorporando uma massa de trabalhadores, na sua maioria mulheres sem formação profissional em saúde, como forma de baratear os custos dos serviços de saúde, sejam aqueles expulsos do campo que migraram para a cidade, ou decorrente das migrações internas provenientes de regiões menos desenvolvidas para os polos

mais dinâmicos da economia, como o Rio de Janeiro e São Paulo; ou ainda, por não terem sido incorporados no trabalho industrial.

Forneço no texto mais dados, inclusive quantitativos, sobre esse processo, apoiado em alguns trabalhos do Núcleo de Recursos Humanos da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Esse núcleo, na década de 1980, fez diversos estudos quantitativos sobre a força de trabalho em saúde, sob a coordenação, à época, do André Médici, Roberto Passos Nogueira e Elza Paim. Um estudo clássico da área de Educação de autoria de Otaíza Romanelli também aponta para esse aumento de escolaridade. Ela diz que diferentemente de outros ramos industriais, antes mesmo da Lei 5692/1971, o número de cursos e de matrículas de auxiliares de enfermagem, tanto no 1º ciclo, o antigo ginásial, como no 2º ciclo, atual Ensino Médio, estavam aumentando expressivamente quando comparado a outros setores. Ela só não define muito bem se ocorria em escolas públicas ou privadas.

Foi por causa desse contingente de trabalhadores sem qualificação profissional, principalmente os atendentes de enfermagem, mas não só, que foi criado o Projeto Larga Escala, em 1982. Trata-se de um projeto que se tornou referência político-pedagógica, de formação profissional na área, que cumpriu um papel importante ao denunciar e problematizar a recorrente prática de treinamento como forma principal de qualificação. Na verdade, a prática de treinamento foi uma recomendação aprovada na 3ª Conferência Nacional de Saúde, em 1963 e é referendada na 4ª Conferência Nacional de Saúde, em 1967. Além de problematizar essa prática, o Larga Escala responsabiliza o setor público e os gestores pelos riscos para a saúde da população e para a necessidade de solução da baixa escolaridade e qualificação desses trabalhadores técnicos. Deve-se a esse movimento a criação dos centros formadores que mais tarde serão denominados Escolas Técnicas do SUS.

Mas, a questão central que eu quero destacar aqui é que os centros formadores foram considerados como a solução e não como uma transição necessária para superar o problema da escolaridade e da formação profissional dos trabalhadores técnicos. Nos anos 1980, nos marcos da discussão em torno da integração ensino-serviço e da transformação dos próprios serviços de saúde em espaços pedagógicos ou de formação, o Larga Escala acabou não contribuindo e não participou da discussão sobre a natureza do ensino de 2º grau em nossa sociedade e da formação profissional realizada pelas escolas públicas e privadas, porque considerava a formação uma responsabilidade do setor de educação, não da saúde. Com isso, não participou do amplo movimento na área de educação que reivindicavam uma reforma educacional do segundo grau baseada na concepção de politecnicidade e abandona qualquer perspectiva de pensar outra forma de pensar a formação profissional em saúde ou mesmo regular a formação técnica em saúde, realizada pelas escolas públicas e privadas.

De todo modo, considero que o movimento que o Larga Escala fez para sua operacionalização, inclusive o acordo interministerial entre Ministério da Saúde, Mi-

nistério da Educação e Cultura, Ministério do Trabalho e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), contribuiu para inscrever na Constituição de 1988 que o SUS é o responsável pela ordenação da formação de recursos humanos em saúde. Mas, ao subestimar ou abandonar qualquer perspectiva de discussão sobre a concepção de formação profissional em saúde e a regulação da formação técnica em saúde, de maneira ampla, segundo os interesses do SUS, acabou colaborando indiretamente com os interesses do mercado educativo. A liberdade de mercado acabou imperando sobre a forma e o conteúdo da formação, ao mesmo tempo em que os interesses privados impediram ou criavam obstáculos para a abertura de Escolas Técnicas de Saúde no setor público. No primeiro relatório da Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, de 1986, estão descritos os obstáculos e a pressão do setor privado contra a abertura dessas escolas no interior do setor público. O Larga Escala também enfrentou críticas dentro do próprio setor saúde. Havia resistências à abertura dos centros formadores e não era difícil, de uma hora para outra, fechar um centro formador de um determinado Estado a bel prazer do gestor de plantão. Isso também está relatado no documento que a equipe do Larga Escala apresenta ao MEC, no final dos anos 1980.

Em razão das dificuldades para a sua implantação, o Larga Escala tenta criar em 1989, uma alternativa pública estruturante da formação técnica, quando propõe, junto ao MEC com aval do Carlos Santana, então Ministro da Educação, a abertura de Escolas Técnicas de Saúde, no âmbito das três esferas de Governo. Por exemplo, no interior dos antigos Centros Federais de Educação Tecnológica (CEFETs) e Escolas Técnicas Federais, com o financiamento, à época, do Programa de Expansão e Melhoria do Ensino Técnico (PROTEC), criado no Governo Sarney, mas que acabou extinto e não chegou a financiar a proposta. O documento apontava para a perspectiva de integração do ensino médio com a formação técnica, pautando-se a concepção de escola na “reflexão sobre o trabalho como princípio educativo e de criatividade, não se limitando ao exercício da mera reprodução de técnicas”. Eu retirei esse trecho do próprio documento.

Essa é a segunda questão que procuro demarcar no texto, ou seja, que a proposta do Larga Escala não é excludente com a perspectiva da formação integrada ou politécnica, tal qual a proposta apresentada ao MEC, no final da década de 1980. A experiência cubana de formação média em saúde já tinha demonstrado nos anos 1960 e 1970 que não eram opções excludentes. Cuba, logo após a revolução, também passa por um processo em que, diante da necessidade de formar um grande número de quadros em razão do êxodo de médicos e de profissionais de saúde após a revolução, teve que fazer cursos de formação rápida, de treinamento, para colocar profissionais de saúde nos postos de saúde, tanto no meio urbano, como no rural. Com o tempo vai criando aos poucos as Escolas Politécnicas, como as de enfermagem, das quais dou mais detalhes no texto.

Essa iniciativa do Larga Escala não se realizou na conjuntura dos anos 1990, após a eleição de Fernando Collor de Mello. A perspectiva então esboçada, de construir uma rede pública de formação profissional em saúde, exclusivamente através de Escolas Técnicas de Saúde vinculadas às Secretarias Estaduais de Saúde, ou às Escolas Técnicas Federais, não se realizou pelas resistências políticas no interior do setor saúde, pelos interesses do capital, ou do empresariamento da Educação Profissional em Saúde e, principalmente pelas profundas mudanças nas relações sociais que se verificam na sociedade brasileira na década de 1990.

De maneira geral, pode-se dizer que na década de 1990, tanto o Larga Escala, como a perspectiva politécnica, assim como o projeto do SUS Constitucional, sofreram um retrocesso importante com a entrada no país na órbita do capital financeiro, com a reforma do Estado a partir de 1995 e com a emergência da pedagogia das competências no Governo Fernando Henrique Cardoso. O Plano Real, além de consolidar a inserção do Brasil no circuito internacional de valorização financeira, habilita FHC junto à burguesia brasileira para conduzir a coalizão capaz de restaurar o poder de classe e superar a crise de hegemonia que estava instalada no país. Desse último ponto de vista, um colega nosso, André Martins, professor da Universidade Federal de Juiz de Fora que defendeu a tese publicada no livro “A direita para o social”, tem um artigo publicado no livro “A nova pedagogia da hegemonia”, organizado pela Professora Lúcia Neves que trabalhou conosco. O autor, ao estudar a reorganização política da burguesia e a redefinição das relações de poder no país desde o Governo Collor, detecta uma intensa mobilização política da fração não monopolista do capital, organizada à época na entidade denominada Pensamento Nacional das Bases Empresariais, criada em 1990, em torno da proposta de entendimento nacional formulada pelo governo federal.

Para André, essa fração “inaugurou um extraordinário processo de oxigenação da cultura e da ação política burguesa no país, fatores decisivos que serviram de base para a definição das novas estratégias burguesas de obtenção do consenso alguns anos mais tarde.” Essa fração não monopolista que vai concorrer depois às eleições da Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP), terá uma atuação política decisiva. Ela se baseia numa concepção política de que no mundo atual só há espaço para soluções negociadas, empenhando-se em difundir na sociedade e junto ao PT, a CUT e a Força Sindical, as ideias de que no lugar dos antagonismos de classe, devem prevalecer as diferenças de interesse e que o confronto político deve ser convertido em colaboração social.

O que isso tem a ver com a saúde? Tem a ver com o fato de que os empresários da saúde também se reorganizam politicamente nesse período, com a criação da Confederação Nacional de Saúde, em 1994, antes do início do primeiro Governo FHC. Enquanto entidade sindical de terceiro grau, passa a representar daí em diante, os interesses de todos os prestadores privados de saúde no país, tanto os lucrativos,

como filantrópicos, hospitais, clínicas, serviços de diagnóstico, imagem, fisioterapia, assim como, também, as operadoras de planos de saúde. Além do objetivo de manter a saúde financeira das empresas, essa associação foi sendo tecida, do meu ponto de vista, contra uma eventual estatização progressiva na área da saúde, tal qual apontada como possibilidade na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Por outro lado, essa associação, na minha análise, representa o esforço no interior dessa fração burguesa, de superar antigas disputas de interesses e divergências que marcaram, principalmente, as trajetórias da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) e a Federação Brasileira dos Hospitais (FBH), em nome de um projeto empresarial coeso para a área. Isso é demonstrado na tese de doutorado da Ialê Faleiros, denominada “Entidades empresariais e a política nacional de saúde – da cultura da crise à cultura da colaboração”, defendida em 2012. No livro da Sônia Fleury e Jaime de Oliveira, “(Im)previdência social”, está muito claro que havia divergências brutais entre essas entidades, inclusive com as cooperativas médicas. Todas elas se organizam nas décadas de 1960 e 1970, juntando-se nos anos 1990 em nome de um projeto comum.

Como representante máxima dos interesses sindicais patronais na área, a Confederação disputa na sociedade civil e no Estado, a leitura socializante da Saúde a favor da liberdade de mercado. Disputa também no interior do próprio bloco dominante seu espaço de atuação. Disputa em particular com a Confederação Nacional do Comércio (CNC), o controle da formação dos trabalhadores de saúde, com a proposta de constituição do Sistema S da Saúde, apresentada ao Senado em 2001. Dessa proposta também participa a Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), criada em 2001, que representa os interesses dos hospitais de elite, ou os top de linha, como o conjunto de hospitais privados, filantrópicos, reconhecidos em 2009, pelo Ministério da Saúde, como “hospitais de excelência a serviço do SUS”, na gestão do José Gomes Temporão. Diferente da Confederação, a ANAHP congrega e agrega a totalidade dos hospitais privados e empresas de plano de saúde de primeira linha.

Tanto a ANAHP, como a Confederação, são entidades que estão na base da organização do que estou denominando de “nova burguesia de serviços de saúde”. Os hospitais privados e filantrópicos de excelência a serviço do SUS localizam-se em sua maioria em São Paulo. Apenas 1 deles está em Porto Alegre-RS, o Hospital Moinho dos Ventos. Em São Paulo, temos o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, o Hospital do Coração, o Hospital Israelita Albert Einstein, o Hospital Samaritano e o Hospital Sírio-Libanês.

Eu me apropriei da expressão “burguesia de serviços de saúde”, de um trabalho de Armando Boito Júnior, publicado em 1999 no livro sobre a política neoliberal e o sindicalismo no Brasil. Nesse texto, ele não trata da burguesia de serviços de saúde, mas da burguesia de serviços que inclui indivíduos, instituições ou grupos, proprietários de escolas, de universidades, de hospitais e de empresas de convênio

médico. O autor ressalta que no contexto das políticas governamentais fortemente indutoras da privatização da esfera pública, a partir do Governo FHC, a nova burguesia de serviços aumenta o seu poderio econômico e fortalece a sua organização política, de forma a desempenhar uma função da qual o Estado pretendia se desvincular. Segundo Boito Jr., essa fração burguesa constitui “um subproduto necessário da redução dos gastos e dos direitos sociais”. Apesar de não ser uma fração hegemônica, ocupa um lugar singular no bloco de poder, na medida em que é favorecida por sua posição estratégica na política neoliberal. Isso significa que quanto mais a política neoliberal pressiona pela redução dos gastos sociais do Estado, mais ela se consolida, como também aumenta a sua legitimidade social com a degradação dos serviços públicos; beneficiando-se, de maneira geral, dos cortes nos gastos públicos.

Em síntese, com a superação da crise de hegemonia da burguesia e a rearticulação do seu poder de classe e considerando a complexa reconfiguração da relação público-privado no interior do SUS, principalmente a partir da aprovação da Lei das Organizações Sociais (OSs), em 1998, a racionalidade do mercado se impôs à ideia de um Estado que não abdicasse de ser o prestador direto de serviços de saúde, tal qual defendida pela Reforma Sanitária nos anos 1980.

Concomitante à reorganização política dessa fração burguesa, também se verifica a partir da segunda metade dos anos 1990, uma vigorosa reestruturação das empresas médicas que acompanham ao longo desse período, incluindo os anos 2000, a tendência internacional de financeirização, diversificação dos ativos; expansão da sua rede própria, etc. Antes desse período não era comum os planos de saúde ter hospitais próprios. Mas a Amil, por exemplo, expande a sua rede e aumenta a concentração de mercado através de fusões e incorporações. Aliás, a empresa é um caso emblemático dessa tendência internacional de financeirização porque, em 2007, ela lança as suas ações na Bolsa de Valores de São Paulo (Bovespa).

Os hospitais privados também passam por uma reestruturação, particularmente aqueles cujo projeto é se especializarem como hospital de ponta, com tecnologia sofisticada e atenção à saúde personalizada para quem tem capacidade de pagar ou tem seguro-saúde. Essa reestruturação envolve novas formas de organização do trabalho assistencial, a incorporação de novas tecnologias e acompanha a difusão do paradigma de acumulação flexível e das tecnologias de informação e comunicação no Brasil. O trabalho de Denise Pires é um dos poucos que discute a reestruturação produtiva avançando nessa discussão.

Como parte desse cenário, mais um dado desse avanço da financeirização e mercantilização na área da saúde é a tentativa do capital instalado no setor de alterar o artigo 199, da Constituição, que veta a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na Assistência à Saúde, no país. É o projeto de lei do Senado, no. 259, de 2012, em discussão com o apoio inclusive do Senador Humberto Costa. O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) lançou a pouco tempo uma nota

sobre isso. Diferentemente do setor de planos e seguros de saúde, aos quais é permitido abrir as suas ações na Bolsa de Valores por se considerar que não são prestadores diretos de serviço, os hospitais privados estão impedidos de fazê-lo por mandado constitucional. Só que essa restrição não tem impedido que a Rede D'Or, do Rio de Janeiro, e o Grupo Vita, de Santa Catarina, por exemplo, de se associarem a investidores estrangeiros por meio das transações com debêntures - nem me perguntem o que é isso, porque eu não sei exatamente qual é a diferença -, contando com o apoio da ANS, do Conselho de Defesa da Concorrência e da Secretaria do Direito Econômico, do Ministério da Justiça. Ligia Bahia acabou de publicar um artigo num livro da ENSP que discute isso.

Bem, quais são as principais características e tendências dessa nova burguesia de serviços de saúde, em particular, dos hospitais top de linha ou hospitais-empresas, também conhecidos como hospitais-hotéis? Eles se organizam na forma de um complexo assistencial em saúde, que agrega em torno de si serviços próprios e terceirizados, com atuação e especialização na área de alta complexidade, na multi-conveniência com planos de saúde, tal como, por exemplo, o hospital Sírio-Libanês de São Paulo, credenciado por quarenta e seis convênios internacionais, além dos nacionais. A incorporação do modelo de gestão baseado na governança corporativa é outra tendência, com a perspectiva de abertura do capital na Bolsa de Valores. As iniciativas baseadas no conceito de responsabilidade social, a busca pelo processo de acreditação e o desenvolvimento da pesquisa e de ações de ensino no interior dos hospitais-empresas, também estão presentes. Essa tendência à acreditação é muito forte. Visa agregar valor ao empreendimento e abrir novos nichos de mercado como, por exemplo, o turismo em saúde que se tornou uma moda.

Todas essas mudanças que passam a ocorrer no interior dos hospitais privados, nas empresas de planos de saúde, na relação público-privado no interior do SUS e, de maneira geral, nas relações sociais mais amplas, com a Reforma do Estado, a financeirização, etc, passa a exigir o aumento da escolaridade da população e dos trabalhadores técnicos em saúde. Não é por coincidência que um dos fenômenos mais relevantes no período recente, no campo da Educação Profissional em Saúde, é a incorporação acelerada de trabalhadores de enfermagem, com escolaridade equivalente ao Ensino Médio, tanto nos serviços públicos, como nos privados. Em outras palavras, durante 60 anos, no período que vai de 1923, ano da criação da Escola Ana Nery, a 1983, quando o Larga Escala começa a atuar efetivamente, o patamar de escolarização para o trabalho na área de enfermagem era de 4 (quatro) anos. No entanto, em 20 anos, de 1983 a 2003, em que pese um grande contingente de auxiliares de enfermagem ainda atuante no mercado de trabalho setorial, verifica-se não só a tendência de extinção desta categoria profissional, tal qual ocorreu com os atendentes, mas também o aumento do patamar mínimo de escolarização para registro no Conselho Profissional e para o ingresso no mercado de trabalho com a exigência do Ensino Médio.

Essas mudanças indicam que essa tendência de aumento de escolaridade vai progressivamente tornar o técnico de enfermagem e o enfermeiro de nível superior como as duas únicas categorias profissionais da área. O primeiro, teoricamente, responsável pelo trabalho simples e o enfermeiro pelo trabalho complexo. O Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores na Área de Enfermagem (PROFAE), que operou de 2000 a 2007, colaborou para a requalificação dos auxiliares para técnicos de enfermagem. Ele foi inicialmente elaborado com o objetivo de requalificar atendentes para auxiliares, mas acabou também assumindo a requalificação dos auxiliares para técnicos de enfermagem. Foi um projeto financiado com recursos do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), um projeto ambicioso de formação profissional em saúde de âmbito nacional, que ganhou repercussão internacional por sua concepção, seu formato de organização e pelos resultados que ele alcançou. O PROFAE bebeu da experiência do Projeto Larga Escala, utilizando-se das mesmas estratégias de integração ensino-serviço, descentralização dos cursos e articulação com o ensino supletivo na modalidade EJA.

Mas, ao contrário do Larga Escala, que buscava o compromisso financeiro do setor público com a oferta da formação através das Escolas Técnicas do SUS, o PROFAE se tornou um bom exemplo da organização da “competição administrada” dos serviços educacionais no interior do Ministério da Saúde, ao colocar as Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) como integrantes de um sistema de oferta competindo, indistintamente, com as escolas privadas, com base nas demandas do Ministério. Do ponto de vista da concepção educacional, tornou-se um dos principais veículos de difusão da pedagogia das competências, contribuindo para que a área de saúde incorporasse essa diretriz, mais do que outras áreas. A Professora Marise Ramos, aqui ao meu lado, num texto seu aponta para isso.

Mas, o PROFAE, na verdade, foi um projeto circunstancial e emergencial. Após a sua extinção, o Ministério da Saúde começou a discutir a ampliação da experiência para outras áreas, através do Programa de Formação da Área de Educação Profissional em Saúde, conhecido como PROFAPS. O que eu quero chamar a atenção é que, ao mesmo tempo em que o ministério começa a organizar o PROFAPS, apoia também a criação do Sistema S da Saúde, proposto pela Confederação Nacional de Saúde. O que é o Sistema S da Saúde? É o Serviço Nacional de Aprendizagem em Saúde e o Serviço Social da Saúde, similar ao Sistema S existente em outras áreas da economia, como comércio, indústria, transporte e agricultura. Segundo o relatório elaborado pelo Senador Sérgio Guerra, do PSDB de Pernambuco, em 2008, o Ministério da Saúde avalia que essa iniciativa contribui para a construção da relevância social da Saúde e oferece um instrumento importante para o cumprimento da missão constitucional do SUS. Esse projeto de lei foi arquivado no final da legislatura de 2010, sob pressão do Sistema SENAC e SESC. A estimativa de arrecadação naquele

ano, considerando o desconto de 2,5% sobre a folha de pagamento dos estabelecimentos de saúde era da ordem de 250 milhões de reais anuais. Ou seja, parece que a disputa entre a Confederação Nacional do Comércio e a Confederação Nacional de Saúde se dá fundamentalmente pelo acesso e controle desse fundo público, formado a partir das empresas de saúde e hospitais. As principais justificativas para a criação desse sistema, segundo a Confederação, é que a Saúde não é comércio e não há prioridade e investimento do Sistema SENAC e SESC em ações de saúde. Porém, quando vemos os cursos previstos pelo Sistema S da Saúde encontramos Auditoria e Faturamento Hospitalar, Hotelaria Hospitalar, Gestão dos Custos em Saúde e outros, como Laboratorista, todos de Graduação Tecnológica ou Cursos Superiores de Tecnologia. São cursos que, na sua maioria, potencializam, do meu ponto de vista, a realização da cadeia de valor das empresas de saúde e hospitais privados.

Aliás, essa é uma forte tendência a partir dos anos 2000. Com base no Censo da Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), verificamos a partir de levantamento que o Observatório dos Técnicos de Saúde fez nos censos, com a contribuição da equipe - Ana Margarida, Márcio, Lobo, etc., que nesse período explode a oferta de Cursos de Graduação Tecnológica em todas as áreas do conhecimento, mas essa expansão é muito mais expressiva na área da saúde. Entre 2001 e 2003, enquanto o total de Cursos Superiores de Tecnologia se expande em 22%, 42% e 79%, respectivamente, os de Tecnólogos em Saúde crescem 88,9%, 177% e 100%, respectivamente. Outro dado, é que no período de 1991 a 1999, a oferta de Cursos Tecnológicos na área de saúde se concentrava nas áreas de Equipamentos Médico-Hospitalares, Radiologia e Saúde Visual. A partir dos anos 2000, a oferta se ampliou para as áreas de Educação Física, Estética, Gestão em Saúde, Nutrição e Dietética, Reabilitação, Saúde Bucal, Saúde Pública e Segurança do Trabalho. Ou seja, essa expansão se deu, inclusive, à revelia do parecer do Conselho Nacional de Saúde, de 2002, sobre a não pertinência de Cursos Tecnológicos na área da saúde. O Conselho Federal de Enfermagem emitiu uma resolução proibindo Cursos Tecnológicos na Área de Enfermagem. Eu não sei se houve outro, acho que Odontologia também, mas não tenho certeza.

Essa é a terceira e última questão que eu demarco no texto, ou seja, as duas principais tendências que se esboçam para Educação Profissional em Saúde para o século XXI. Primeiro, é o aumento da escolaridade dos trabalhadores técnicos em saúde, tendo o Ensino Médio completo, como patamar mínimo, para o ingresso no mercado de trabalho setorial. Eu diria que, inclusive, os agentes comunitários de saúde, por sugestão da própria Organização Mundial de Saúde, no Relatório de 2006, devem caminhar para esse patamar de escolaridade, justificado pela necessidade de ter capacidade de comunicação ou de lidar com a questão da comunicação junto às comunidades. A segunda tendência é a abertura, ampliação e diversificação dos Cursos de Graduação Tecnológica na área de saúde sob a lógica do Sistema S

da Saúde. Caso o projeto de lei seja desarquivado e aprovado, visto tratar-se de proposta de formação profissional que se organiza, predominantemente sob a ótica do capital, irá, potencialmente, esvaziar ou mesmo extinguir a Rede de Escolas Técnicas do SUS, ou subordinar a atuação dessa rede aos imperativos do mercado privado de saúde. Obrigado.