

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

TEREZA MIRANDA RODRIGUES

Políticas de Educação Profissional em Saúde: Projeto Larga Escala e Educação
Permanente – uma análise comparativa

ITAJAÍ

2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

FICHA CATALOGRÁFICA

R618p Rodrigues, Tereza Miranda, 1955 -
Políticas de educação profissional em saúde [manuscrito] :
Projeto Larga Escala e educação permanente – uma análise
comparativa / Tereza Miranda Rodrigues. – Itajaí, 2009.
205 f. : il. (quadr.) + 1 CD-ROM.

Incluem anexos e apêndices.

Referências: p. 192-203.

Cópia de computador (Printout(s)).

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Itajaí, Programa de
Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho, 2009.

“Orientador: Prof. Dr. Guillermo Alfredo Johnson.”.

1. Ensino profissional. 2. Políticas públicas. 3. Administração de
pessoal. 4. Recursos humanos. I. Johnson, Guillermo Alfredo. II.
Título.

CDU: 658.3

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

TEREZA MIRANDA RODRIGUES

Políticas de Educação Profissional em Saúde: Projeto Larga Escala e Educação
Permanente – uma análise comparativa

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre no Programa
de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do
Trabalho, da Universidade do Vale do Itajaí –
UNIVALI.

Orientador: Prof. Dr. Guillermo Alfredo Johnson.

ITAJAÍ

2009

TEREZA MIRANDA RODRIGUES

POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE: Projeto Larga Escala e Educação Permanente – uma análise comparativa.

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre junto ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho, da Universidade do Vale do Itajaí.

Itajaí (SC), 07 de dezembro de 2009.

Comissão Examinadora

Prof. Dr. Guillermo Alfredo Johnson
Presidente/Orientador
UNIVALI

Prof^a. Dr^a. Silvana Nair Leite
Membro Interno
UNIVALI

Prof^a. Dr^a. Liliana Müller Larocca
Membro Externo
UFPR

SUMÁRIO

RESUMO	
ABSTRACT	
AGRADECIMENTOS	8
1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO	9
2 LISTA DE QUADROS	10
3 LISTA DE SIGLAS	11
4 INTRODUÇÃO	13
5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
5.1 EDUCAÇÃO E EDUCAÇÃO PROFISSIONAL	19
5.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE	32
5.3 PROJETO LARGA ESCALA (PLE)	40
5.4 POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (PNEPS)	45
5.5 PROBLEMATIZAÇÃO	51
5.5.1 Alguns apoios referenciais à problematização	62
5.6 PERCORRENDO UM ESPAÇO TEMPORAL: o contexto	64
5.6.1 Espaço temporal do PLE e da PNEPS	64
5.6.2 Espaço de transição	67
5.6.3 Espaço temporal da PNEPS	74
6 METODOLOGIA: explicando o processo vivido	78
6.1 ANÁLISE DOCUMENTAL: algumas considerações e primeiras impressões	79
6.2 ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA: algumas considerações e primeiras impressões	80
6.3 Sujeitos da Pesquisa	82
6.4 Procedimentos Éticos	83
7 RESULTADOS: explicando o método comparativo	84
7.1 APRESENTANDO OS DOCUMENTOS OFICIAIS	85
7.2 ANÁLISE COMPARATIVA: articulando documentos e vozes	88
7.2.1 BLOCO 1: discutindo as categorias relacionadas aos aspectos contextuais nos DO1, DO2, DO3, DO4 e DO5	88

7.2.2	BLOCO 2: discutindo as categorias relacionadas aos aspectos conceituais nos DO1, DO2, DO3, DO4 e DO5	108
7.2.3	BLOCO 3: discutindo as categorias relacionadas ao sistema de saúde nos DO1, DO2, DO3, DO4 e DO5	152
7.2.4	BLOCO 4: discutindo as categorias relacionadas à arquitetura institucional nos DO1, DO2, DO3, DO4 e DO5	164
7.3	O <i>FACIES</i> DOCUMENTAL: PLE e PNEPS	173
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	181
9	REFERÊNCIAS	192
	APÊNDICES (Todos em CD-ROM)	
A	BLOCO DE INFORMAÇÕES	
B	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
C	TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO DOS DADOS	
D	ANÁLISE DOCUMENTAL DO1	
E	ANÁLISE DOCUMENTAL DO2	
F	ANÁLISE DOCUMENTAL DO3	
G	ANÁLISE DOCUMENTAL DO4	
H	ANÁLISE DOCUMENTAL DO5	
I	INSTRUMENTO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	
J	ANÁLISE ENTREVISTA AS1	
L	ANÁLISE ENTREVISTA AS2	
M	ANÁLISE ENTREVISTA AS3	
	ANEXOS (Impressos: I II e III. Em CD-ROM: IV e V)	
I	PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 5, de 11 DE MARÇO DE 1980	
II	PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 3 de 25 DE ABRIL DE 1984	
III	RESOLUÇÃO CIPLAN Nº 15 DE 11 DE NOVEMBRO DE 1985	
IV	PORTARIA GM/MS Nº 198 DE 03 DE FEVEREIRO DE 2004	
V	PORTARIA GM/MS Nº. 1996 DE 20 DE AGOSTO DE 2007	

RESUMO

RODRIGUES, Tereza Miranda. Políticas de Educação Profissional em Saúde: Projeto Larga Escala e Educação Permanente – uma análise comparativa. Dissertação. Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho. Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí (SC), 2009.

Orientador: JOHNSON, Guillermo Alfredo.

No âmbito do Sistema Único de Saúde, criado num contexto de transformações e reformas nas políticas sociais brasileiras, uma das preocupações é a educação profissional de trabalhadores coerente com esse sistema. Nesse sentido duas importantes políticas, o Projeto Larga Escala (PLE) e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) são objetos de descrição e análise comparativa nesse trabalho. Implantadas em momentos diferentes pelo Ministério da Saúde, as duas políticas apresentam correlações e distanciamentos. O PLE, implantado em 1985, tinha como objetivo principal, qualificar principalmente os trabalhadores de nível médio e elementar da área da saúde. A PNEPS, implantada em 2004, objetiva a reorganização das práticas de formação, atenção, gestão, formação de políticas e participação da sociedade no setor saúde. Ambas são permeadas por uma concepção pedagógica emancipadora, a problematização. Esta pesquisa teve como objetivo geral analisar mudanças na concepção de formação profissional desenvolvida para os trabalhadores da área da saúde através de uma análise comparativa entre o PLE e a PNEPS. Como objetivos específicos foram estabelecidos: identificar as bases conceituais (homem, formação profissional, educação), princípios norteadores, intencionalidades e metas do PLE e PNEPS; contextualizar o PLE e a PNEPS em seus eixos socioeconômico e político, destacando a problematização como eixo norteador pedagógico; revisar os fundamentos teóricos para a problematização; e apresentar subsídios (síntese propositiva) para agregar às capacitações pedagógicas do Centro Formador de Recursos Humanos, contribuindo com a problematização na busca de um aprimoramento na concepção crítica da sociedade. A Análise Documental e a Entrevista Semiestruturada constituíram o percurso metodológico. A pesquisa evidenciou que apesar do caráter perene da concepção burguesa de educação no seu plano geral, há mudança na concepção da formação profissional desenvolvida para os trabalhadores da saúde nos contextos estudados. De uma concepção utilitarista na década de 1970 com os Programas de Extensão de Cobertura, passou para uma concepção socialista na década de 1980 com o PLE, chegando a uma concepção globalizada de educação com a PNEPS no 1º decênio do século XXI. As duas políticas convergem em muitos conceitos como, por exemplo, descentralização e se distanciam no que tange ao financiamento.

Palavras-chave: 1: Educação Profissionalizante; 2: Políticas Públicas; 3: Formação de Recursos Humanos.

ABSTRACT

RODRIGUES, Tereza Miranda. Policies of Professional Health Education: The Large-scale and Continuing Education Projects – a comparative analysis. Dissertation. Master's Degree Program in Health and Management of Work. University of Vale do Itajaí, Itajaí (SC), 2009.

Supervisor: JOHNSON, Guillermo Alfredo.

In the scope of Sistema Único de Saúde (the Brazilian national health system), created in the context of changes and reforms in the Brazilian social policies, one of the concerns is a professional education of workers that is consistent with this health system. In this respect, two important policies, the Large-Scale Project (PLE) and the National Policy for Continuing Education in Health (PNEPS) are described and comparatively analyzed in this work. Implemented at different times, through the Ministry of Health, the two policies have points in common and points of difference. The main objective of the Large-scale project, implemented in 1985, was to qualify high-school level workers in the area of health care. The National Policy on Continuing Education in Health, established in 2004, was a key strategy for the reorganization of training practices, health care, management, policy formation and public participation in the health sector. Both are permeated by an emancipatory pedagogical concept, problematization. The general objective of this study was to analyze changes in the design of professional training developed for workers in the health field, through a comparative analysis between the PLE and the PNEPS. Specific objectives were established: to identify the conceptual bases (man, professional training, education), guiding principles, goals and intentions; to contextualize the PLE and the PNEPS in social-economic and political terms, highlighting investigation as a pedagogical guideline; to review the theoretical foundations for the investigation; and to provide subsidies (propositional synthesis) for aggregating the pedagogical skills of the Human Resources Training Center, seeking to contribute to the investigation, in search of an improvement in the design critique of society. The methodological approach consisted of Document Analysis and semi-structured interviews. The research showed that despite the perennial character of the bourgeoisie constitution of education at a general level, there has been a change in the design of the training developed for health workers in the contexts studied. The utilitarian concept in the 1970s, with the increased coverage programs, moved to a socialist concept in the 1980s with PLE, reaching a global concept of education with the PNEPS in the first decade of the 21st century. The two policies are comparable in many aspects, such as their concept of decentralization, but differ in relation to financing.

Key words: 1: Professional Education; 2: Public Policies; 3: Training of Human Resources.

AGRADECIMENTOS

Deus, meu norte:

“Eu te amo, ó Senhor, força minha” (SALMOS: 18:1)

Prof. Dr. Guillermo Alfredo Johnson, meu orientador:

Obrigada pelo respeito, paciência e sutileza, estilo singular de um verdadeiro educador que objetiva o crescimento de seu educando. Pelo privilégio de contar com sua orientação dedico a você esta palavra:

“O Senhor, que fez o céu e a terra, te abençoe desde Sião” (SALMOS, 134:3)

Profª Drª Silvana Nair Leite: Agradeço pelas contribuições.

Profª Drª Liliana Müller Larocca: Agradeço pela participação e contribuições.

Profª Drª Águeda Lenita Wendhausen: Agradeço pela confiança.

Profª Drª Elisete Navas Sanches Próspero, coordenadora e professores:
Agradeço pelos ensinamentos.

Profª Drª Gladys Benito: Agradeço pelas palavras encorajadoras.

Equipe da secretaria da UNIVALI: Agradeço pela atenção.

Ena de Araújo Galvão, Rosângela Scucato, Erlene Tedeschi dos Santos:
Agradeço pelas experiências comigo compartilhadas.

UNESCO/MS/SGTES/DEGES/UNIVALI/SESA/CFRH: Agradeço pela oportunidade.

Meus filhos e meus pais: Agradeço pela paciência e apoio.

Irmãos: Agradeço pelas orações.

Ana, Arlete e Cláudia: Agradeço pelo companheirismo.

Paulo: Agradeço pela presteza.

Equipe do CFRH: Agradeço pelo carinho.

1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Políticas de Educação Profissional em Saúde: Projeto Larga Escala e Educação Permanente – uma análise comparativa.

1.2 Área de conhecimento: Ciências da Saúde

1.3 Subárea de conhecimento:

1.4 Grupo de Pesquisa: Educação na Saúde e Gestão do Trabalho.
Linha de Pesquisa: Formação de Recursos Humanos na Saúde.

1.5 RODRIGUES, Tereza Miranda (mestranda)

E-mail: terezamirod@yahoo.com.br

Telefone(s): (41) 3342-2293/8437-0249

1.6. JOHNSON, Guillermo Alfredo (professor orientador)

E-mail: guijohnson@uol.com.br

Telefone(s): (47) 3319-0931/ (48) 9122-5619

2 LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 –	Categorias relacionadas aos aspectos contextuais no DO1
QUADRO 2 –	Categorias relacionadas aos aspectos contextuais no DO2
QUADRO 3 –	Categorias relacionadas aos aspectos contextuais no DO3
QUADRO 4 –	Categorias relacionadas aos aspectos contextuais no DO4
QUADRO 5 –	Categorias relacionadas aos aspectos contextuais no DO5
QUADRO 6 –	Categorias relacionadas aos aspectos conceituais no DO1
QUADRO 7 –	Categorias relacionadas aos aspectos conceituais no DO2
QUADRO 8 –	Categorias relacionadas aos aspectos conceituais no DO3
QUADRO 9 –	Categorias relacionadas aos aspectos conceituais no DO4
QUADRO 10 –	Categorias relacionadas aos aspectos conceituais no DO5
QUADRO 11 –	Categorias relacionadas ao sistema de saúde no DO1
QUADRO 12 –	Categorias relacionadas ao sistema de saúde no DO2
QUADRO 13 –	Categorias relacionadas ao sistema de saúde no DO3
QUADRO 14 –	Categorias relacionadas ao sistema de saúde no DO4
QUADRO 15 –	Categorias relacionadas ao sistema de saúde no DO5
QUADRO 16 –	Categorias relacionadas à arquitetura institucional no DO1
QUADRO 17 –	Categorias relacionadas à arquitetura institucional no DO2
QUADRO 18 –	Categorias relacionadas à arquitetura institucional no DO3
QUADRO 19 –	Categorias relacionadas à arquitetura institucional no DO4
QUADRO 20 –	Categorias relacionadas à arquitetura institucional no DO5
QUADRO 21 –	O retrato dos documentos DO1, DO2 e DO3
QUADRO 22 –	O retrato dos documentos DO4 e DO5

3 LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEE	Conselho Estadual de Educação
CEME	Central de Medicamentos
CC	Comissão de Coordenação
CFE	Conselho Federal de Educação
CFRH	Centro Formador de Recursos Humanos
CGR	Conselho Gestor Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIES	Comissão de Integração Ensino Serviço
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CIRH/ CNS	Comissão Intersetorial de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNRH	Conferência Nacional de Recursos Humanos
CNRHS	Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde e/ ou Conselho Nacional de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DRH	Desenvolvimento de Recursos Humanos
EC	Emenda Constitucional
EPS	Educação Permanente em Saúde
EP	Educação Permanente
ESF	Equipe/Estratégia Saúde da Família
ET-SUS	Escola Técnica do Sistema Único de Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FSESP	Fundação Serviços Especiais Saúde Pública
GM	Gabinete Ministerial
GQT	Gestão da Qualidade Total
GTC	Grupo Técnico Central
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INAN	Instituto Nacional de Alimentação
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MEC	Ministério da Educação

MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MRS	Movimento da Reforma Sanitária
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB/SUS	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
NOB/RH-SUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEC	Programa de Extensão de Cobertura
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PAB	Piso de Atenção Básica
PLE	Projeto Larga Escala
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPI	Programação Pactuada Integrada
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica do Pessoal de Saúde
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PRONAN	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
RH	Recursos Humanos
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
RET-SUS	Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde
SEED	Secretaria de Estado da Educação
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SISNEP	Sistema Nacional de Informações sobre Ética e Pesquisa
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUDS	Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura
USAID	Agência do Governo Americano de Desenvolvimento

4 INTRODUÇÃO

O Centro Formador de Recursos Humanos (CFRH) é uma Escola Técnica de Educação Profissional e integra a Superintendência de Políticas de Atenção Primária em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Faz parte da Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS) criada pelo Ministério da Saúde (MS) como uma rede governamental para facilitar a articulação entre as 36 ET-SUS e fortalecer a Educação Profissional em Saúde (RET-SUS, 2008).

A missão do CFRH é

Formar e qualificar trabalhadores da área da saúde para que se tornem agentes de mudanças, mantendo e acessando postos de trabalho, sem perder de vista a visão de futuro, que é ser uma escola de referência, fomentando técnicas pedagógicas para outras escolas formadoras na área da saúde (PARANÁ, 1996, s/p).

O CFRH atua no cenário paranaense formando trabalhadores para a saúde desde 1954, quando foi criado como Escola de Auxiliares de Enfermagem Dr. Caetano Munhoz da Rocha, pela Lei Estadual Nº. 1945/54, de – Diário Oficial do Estado 09/07/1954. Foi a primeira escola criada no Estado apoiada na Lei Nº. 775 de 06 de agosto de 1949, que regulamentou o ensino da enfermagem no país.

O advento das Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1980 demandou outros profissionais de saúde para a organização dos serviços. Então pela Resolução Nº. 1.699/82, da Secretaria de Estado da Educação (SEED), passou a denominar-se Colégio Dr. Caetano Munhoz da Rocha/Ensino Supletivo de 2º Grau, e em 1984 passou a formar também o profissional Técnico em Higiene Dental.

Em 1989, foi transformado em Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha, pela Resolução Nº. 3.094/88, da SEED; e pela Deliberação Nº. 018/89, do Conselho Estadual de Educação (CEE), com autorização para atuar de forma descentralizada. Nesse período houve ampliação das atividades docentes para outros cursos (PARANÁ, 1988; PARANÁ, 1989).

Este CFRH, como os outros do país, é fruto da concepção pedagógica originária do “Projeto de Formação de Pessoal de Nível Médio em Larga Escala”, desenvolvido em decorrência Acordo Interministerial entre MS, Ministério da Educação (MEC), Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) instituído no âmbito da Cooperação Técnica OPAS-Brasil, em 1973. A Resolução CIPLAN (Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação) aprovou o PLE como estratégia prioritária para a

preparação de Recursos Humanos (RH) no âmbito das AIS, que buscavam a integração de serviços rumo ao SUS, e ratificou a participação Interministerial, das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), de Educação e da OPAS (BRASIL, 1985).

A efetivação dos Centros Formadores nos estados da Federação Brasileira requereu articulação setorial entre saúde e educação. Os cursos deveriam atender às necessidades de formação em seus *locus*, pelo princípio da descentralização. A enfermeira Izabel dos Santos falou de uma ‘escola função’ que vai até o aluno e transcende a ‘escola endereço’. Este conceito fundamentou a descentralização dos cursos levando a formação nos municípios mais distantes (CASTRO, SANTANA, NOGUEIRA, 2002).

O PLE inovou com o uso da problematização e da estruturação curricular integrada, voltadas à educação emancipadora de adultos, bem como à busca do desenvolvimento integral do indivíduo em suas dimensões técnica, política, pedagógica, social e humana.

A problematização era operacionalizada com a utilização do Método do Arco, criado por Charles Maguerez (BORDENAVE, 1989) que consta de um diagrama, numa sequência de passos, partindo da observação da realidade, identificação dos pontos chave, teorização, levantamento de hipóteses de solução e aplicação à realidade. O aluno usava a realidade para aprender e através de sucessivas aproximações ia fundamentando seu saber e se preparando para transformar a realidade estudada. Por tanto, a problematização pressupõe um aluno “Participante e Agente da Transformação Social” (BORDENAVE, 1989, p. 24).

Nessa perspectiva o docente, profissional de saúde da área específica da formação, precisava incorporar tais princípios em sua prática, fator que desencadeou a realização das capacitações pedagógicas, que os instrumentalizaram para atuarem na educação de adultos.

Desta forma, com os cursos ofertados abrangendo os mais remotos municípios distribuídos nas 22 Regionais de Saúde do Estado, o CFRH tem respondido as necessidades de formação dos trabalhadores atuantes nos quadros do SUS, desempenhando papel estratégico na implantação de Políticas Públicas de Saúde no Estado do Paraná, aplicando até hoje os princípios do PLE.

Suas ações são pautadas na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) Nº. 9.394/96, que em seu Capítulo III, do Título V, trata especificamente da Educação Profissional.

O PLE é uma referência histórica primorosa na educação profissional em saúde, influenciado pelo Movimento da Reforma Sanitária (MRS) que acarretou mudanças institucionais no país. Seus frutos, os Centros Formadores, continuam buscando e descobrindo caminhos para prosseguir.

Hoje, no cenário da educação profissional para o SUS está presente a PNEPS, instituída inicialmente pela Portaria GM/MS Nº. 198 de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004b). “O desafio desta Política está na adoção da Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e participação da sociedade no setor da saúde” (BRASIL, 2005a, p. 29). A mesma propõe que os processos educativos adotem a problematização da prática como estratégia pedagógica, contextualizando a formação às bases sociais, políticas e tecnológicas que sustentam os processos de trabalho em saúde sendo um de seus princípios a Aprendizagem Significativa (BRASIL, 2005a).

Atualmente a PNEPS está definida pela Portaria GM/MS Nº. 1996 de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre novas diretrizes e estratégias de implementação. São duas as instâncias para sua condução, os Colegiados de Gestão Regional (CGR) e as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES). A portaria orienta a construção dos Planos de Ação Regional de EPS (PAREPS) coerente com o Plano de Saúde Estadual (BRASIL, 2007).

A Educação Permanente (EP) é um conceito antigo no mundo da educação, advindo de questões vastas e diversas a respeito das ideias e métodos pedagógicos tradicionais (LENGRAND, 1970). O autor, em sua obra Introdução à EP, lembra que “o esforço educativo terá de ser continuado para muito além da idade escolar, a fim de poder garantir a distribuição dos conhecimentos e os tipos de formação [...]” (p. 16).

O conceito de EP é trazido para a área da saúde, visto as transformações que requerem novo olhar sobre os processos formativos.

Autores do setor apontam questões sobre a EPS, considerando o caráter dinâmico do campo da saúde, em que diferentes situações exigem do trabalhador habilidades que o sustentem no manejo das mesmas, como por exemplo:

“[...] a EP, em geral, valoriza uma metodologia construtivista, com base na prática e em problemas concretos” (CAMPOS, 2006a, p. 56).

Ao comentar o artigo “EPS: desafio ambicioso e necessário” de Ricardo Ceccim, Rovere lembra o caráter transformador da cultura construída em torno das políticas de saúde, a qual está intimamente relacionada à EPS, e que esta não deve ser considerada somente como uma nova metodologia, sendo *“al mismo tiempo método y contenido portador de nuevas formas de resolver los problemas de salud”* (CECCIM, 2005a, p. 170).

Com a PNEPS há um esforço para se “tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho” na superação de programas de capacitação e atualização de recursos humanos. “A EPS constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente” (CECCIM, 2005b, p. 976)

No Paraná a PNEPS foi implantada pela Escola de Saúde Pública do Paraná que estimulou e coordenou a constituição de 22 Polos Regionais de EPS, sendo um em cada uma das Regionais de Saúde do Estado. Estes Polos se organizaram e estão reunidos em 6 Polos Ampliados de EPS.

A aparente convergência entre as duas políticas, principalmente quanto à problematização e às expectativas com relação ao sujeito da aprendizagem me instigou a pesquisar e aprofundar meus apontamentos sobre ambas.

Considerei que as duas políticas constituem realidades, conhecimentos produzidos, portadoras de intencionalidade social e histórica, por isso passíveis de serem problematizadas. Amparei-me também em Cortella (2003) para o qual o conhecimento é dinâmico e “está impregnado de história e sociedade, portanto de mudança cultural” (p.127). O entendimento que todos os campos do conhecimento não são estáticos e são continuamente questionados, redimensionados e que “tudo é movimento em constante reconstrução, re-interpretação e recompreensão” (HENGEMÜHLE, 2007, p. 15) foi mais um fundamento em que justifiquei a pesquisa. A afirmação de Lengrand (1970) que “a querela dos antigos e dos modernos é

certamente uma das constantes da História” (p. 14), deu o sustento para olhar o PLE, não com saudosismo, mas buscando entender alguns de seus elementos no espaço da PNEPS. Hengemühle (2007) lembra que “como seres históricos que somos não podemos desprezar os conhecimentos historicamente construídos [...]” (p.17).

Em qualquer estudo sobre a realidade social torna-se imprescindível a evocação de fatos vividos, presenciados e compartilhados, uma vez que o conhecimento sobre o ‘ontem’ facilita o entendimento do ‘hoje’ para uma adequada construção do ‘amanhã’. Além disso, para se construir uma concepção crítica sobre a EP é necessário buscar suas raízes conceituais, localizando as perspectivas teóricas que a construíram para entender sua aplicabilidade no mundo da saúde. O sentido desse estudo esteve também ligado à minha história profissional, em que me vejo como sujeito produzido na cultura do PLE e produtor dela também, defensor de seus fundamentos, e que, no atual momento sinto necessidade de compreender melhor a EPS.

Procurei responder a questão de pesquisa:

Que concepções têm orientado os programas de formação profissional na área da saúde e em que implica sua aplicação prática?

Para isso estabeleci como objetivo geral:

Analisar mudanças na concepção da formação profissional desenvolvida para os trabalhadores da área da saúde, através de uma comparação entre o PLE e a PNEPS.

E, como objetivos específicos:

Identificar as bases conceituais (homem, formação profissional, educação), princípios norteadores, intencionalidades e metas do PLE e PNEPS.

Contextualizar o PLE e a PNEPS em seus eixos socioeconômico e político, destacando a problematização como eixo norteador pedagógico.

Revisar os fundamentos teóricos para a problematização.

Apresentar subsídios (síntese propositiva) para agregar às capacitações pedagógicas do CFRH, contribuindo com a problematização na busca de um aprimoramento na concepção crítica da sociedade.

Utilizei as técnicas Análise Documental e Entrevista Semiestruturada. Os documentos oficiais analisados foram: Portaria Interministerial N° 5 de 11 de março

de 1980; Portaria Interministerial Nº 3 de 25 de abril de 1984; Resolução CIPLAN Nº 15 de 11 de novembro de 1985; Portaria GM/MS Nº 198 de 13 de fevereiro de 2004 e Portaria GM/MS Nº 1996 de 20 de agosto de 2007. Participaram como entrevistados três atores sociais, expoentes das políticas em estudo no nível federal e estadual.

Procedi à análise comparativa das duas políticas discutindo seus princípios e conceitos, situando-as ao meio sócio, econômico e político e identifiquei o contexto histórico de sua formulação. Parti do pressuposto que a problematização é o ponto de intersecção de ambas, o que pude evidenciar; e revisei brevemente alguns referenciais teóricos.

Reconheci a concepção burguesa de educação e sua histórica dualidade entre conhecimento intelectual e prático, não centrada na pessoa humana. Na área da saúde a partir do PLE ocorreram mudanças trazendo a centralidade do sujeito como agente de transformação social através do conhecimento. Em termos comparativos gerais, o PLE voltava-se à formação de pessoal de nível médio para a saúde, enquanto que a PNEPS é mais ampla e estende-se à discussão para transformação das práticas, não só educativas, mas de atenção.

A partir da introdução o estudo está dividido em: fundamentação teórica; metodologia; resultados; considerações finais e referências.

5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para compreender a Problematização como eixo metodológico do PLE e PNEPS, bem como compreender a formulação de Políticas de Educação Profissional na área da Saúde, busquei, nesta pesquisa, compreendê-las no âmbito da Educação e da Educação Profissional, seus fundamentos teóricos e princípios norteadores.

5.1 EDUCAÇÃO e EDUCAÇÃO PROFISSIONAL

5.1.1 Aspectos relacionais entre conceitos

A educação, por sua ampla e profunda influência sobre a humanidade, é a prática mais humana, que desde o surgimento do homem distingue seu modo de ser cultural do modo natural de existir dos demais seres vivos (GADOTTI, 2006). Vem de mãos dadas com o trabalho, pelo qual o ser humano adaptou a natureza a si. Este “ato de agir sobre a natureza adaptando-a as necessidades humanas, é o que conhecemos pelo nome de trabalho” (SAVIANI, 1994, p. 152). Assim a educação é uma das dimensões da vida, importante para a participação social e indispensável para o acesso e permanência no mundo do trabalho (SAUPE, CUTOLO e SANDRI, 2007).

Tem estrita relação com os conceitos de democracia, cidadania e emancipação. E, como “visa à formação do homem integral, ao desenvolvimento de suas potencialidades, para torná-lo sujeito de sua própria história e não objeto dela” (GADOTTI, 2006, p. 18), cabe uma reflexão acerca das tantas contradições às quais a educação está circunscrita. Vejo aqui a necessidade de um breve olhar no passado; na formação da sociedade brasileira; e na formulação de políticas sociais, para pelo menos me aproximar dessa complexidade que é a educação e seus proclames.

O processo educacional começou nas comunidades primitivas como uma educação de todos, não existia a ideia de escola e sim de preparar o cidadão para a vida comum.

Durante certo tempo, mais precisamente entre a Antiguidade e a Idade Média, a educação sempre foi vista como algo para a contemplação¹. Porém não se pode esquecer que neste período também havia aqueles que precisavam ter

¹ Sobre contemplação consultar ARENDT Hannah. A vida do Espírito: O Pensar, O Querer, O Julgar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.

conhecimento para manter a sociedade contemplativa funcionando. Existiam então duas classes diferenciadas pela noção de propriedade privada, que surgira já na Antiguidade, separadas pela posse ou não de propriedades. Como a educação evoluiu atrelada à evolução da sociedade ela se adaptou a essa nova realidade e em função dessa divisão na Antiguidade surgiu a educação dualizada. A educação escolar², para os proprietários, minoria, classe ociosa, que não precisava trabalhar para sobreviver, por se beneficiar do trabalho da maioria não proprietária. E a educação no trabalho para os que serviam a classe proprietária e precisavam trabalhar, que aprendiam fazendo, agindo sobre a matéria, transformando, lidando com a própria realidade (SAVIANI, 1994). Nasceu aí a noção básica de educação profissional, que visava preparar o indivíduo para o trabalho.

Em sua trajetória até os dias de hoje a educação sofreu a influência das muitas correntes filosóficas que permearam o caminhar da humanidade. Entre elas, o Iluminismo no século XVIII, que na educação “representou o fundamento da pedagogia burguesa, até hoje insiste predominantemente na transmissão de conteúdos e na formação social individualista” influenciou o surgimento dos sistemas de educação no século XIX (GADOTTI, 2006, p. 90). Adam Smith em sua expressão: “será preciso ministrar educação apenas em conta gotas” para os trabalhadores; bem como Pestalozzi, ao dizer que “a educação popular deveria fazer com que os pobres aceitassem de bom grado a pobreza” (GADOTTI, 2006, p. 93) manifestaram claramente o princípio fundamental da concepção burguesa de educação, dualista: à classe dirigente a instrução para governar, à classe trabalhadora a educação para o trabalho.

No século XX o Positivismo, consolidou esta ideia trazendo a visão científica e o caráter conservador, presentes até os dias de hoje. Com o lema ordem e progresso, tornou-se uma ideologia da ordem e da resignação (GADOTTI, 2006). Para Durkheim, expoente positivista “a educação é a ação exercida pelas gerações adultas sobre as gerações que não se encontrem ainda preparadas para a vida social [...]” (LIBÂNEO, 2007 p. 77). Informa ainda Gadotti (2006), que essa corrente inspirou a Velha República e o golpe militar de 1964, mantendo a existência concreta das classes e influenciando nas políticas de educação.

² A palavra escola em grego significa o lugar do ócio.

Outro fator necessário ao entendimento das questões educacionais numa sociedade é o conhecimento dos aspectos estruturais da sua formação. Prado Junior (1999) alerta que é importante conhecer o processo histórico da formação da sociedade brasileira para compreender sua problemática atual na qual se insere a educação. A colonização do continente americano pelos europeus influenciou a formação da sociedade, cujo perfil foi se assemelhando ao de seu colonizador. Um dos fatores que originou a desigualdade social no Brasil foi o direito de propriedade, que, aplicado na colonização separou o grande proprietário, o colono europeu, da massa trabalhadora subordinada e sem propriedade, os escravos africanos e índios. A escravidão trouxe a ideia de homem como simples instrumento vivo de trabalho, ante a conformação da economia brasileira, voltada para o mercado externo. Afirma o mesmo autor que a utilização do escravo “nos vários misteres da vida econômica e social acaba reagindo sobre o conceito do trabalho, que se torna ocupação pejorativa e desabonadora” (p. 278).

A sociedade brasileira, complexa, díspar e repleta de conteúdo histórico, concebe educação e trabalho de forma muito peculiar. Com o trabalho escravo até 1888 e a proibição aos negros de frequentar a escola, acenava para o caráter excludente que perdurou por quase quatro séculos (SILVA, 2004). Essa valorização negativa do trabalho manual característico da escravidão constituiu-se em óbice no desenvolvimento do ensino técnico profissional na primeira República (HAIDAR e TANURI, 2004). Sem contar o persistente dualismo da educação, com as “escolas para os pobres e escolas para os ricos” (SILVA, 2004, p.175).

Influências à parte, muitos teóricos têm se preocupado com a educação, conceituando-a e aliando-a a finalidades como segue:

A educação está presente em todos os mundos sociais, da família à comunidade, “entre as incontáveis práticas do mistério do aprender; primeiro, sem classes de alunos, sem livros e sem professores especialistas; mais adiante com escolas, salas, professores e métodos pedagógicos” (BRANDÃO, 1983, p. 10).

“A educação é e sempre foi um duplo processo” (NUNES, 2004, p. 16). Significa para esse autor, primeiramente a atividade dos adultos, família e escola, junto à geração mais nova visando seu crescimento e desenvolvimento de habilidades. Em segundo lugar ela significa um processo de crescimento pessoal em que há metas e ideais de vida.

Em sentido amplo a educação diz respeito à existência humana, e que ela “é o processo pelo qual a sociedade forma seus membros à sua imagem e em função de seus interesses” (PINTO, 1993, p. 29).

A educação é considerada como “um processo de desenvolvimento, o ser humano se desenvolve e se transforma continuamente, e a educação pode atuar na configuração da personalidade [...]” (LIBÂNEO, 2007, p. 74). O autor informa que as concepções de educação, sejam as naturalistas, pragmáticas, espiritualistas, culturais, ambientalistas e interacionistas, carregam um teor sob uma visão individualista. Entretanto ele lembra que a educação transcende esse aspecto individual para inserir-se no complexo relacional social, econômico, político e cultural que caracteriza uma sociedade, sendo determinada por essas relações e/ou pela luta de classes.

Numa sociedade dividida em classes não se compartilham igualmente os interesses, as experiências e as atividades entre seus membros, por isso essa sociedade não é democrática, o que tem influência direta da educação dualista. Uma sociedade verdadeiramente democrática é igualitária na distribuição de trabalho e lazer (DEWEY, 2007).

Quanto à democracia, Adorno (2006) leva a entender que ela não deve ser apreendida como um sistema entre outros, uma possibilidade de escolha, e sim, deve ser estabelecida como experiência das pessoas, como um assunto próprio seu e como expressão de sua emancipação. Esta emancipação envolve decisão consciente e independente de cada pessoa em particular, e como ela é ainda demasiado abstrata e relaciona-se a uma dialética, precisa ser inserida no pensamento e também na prática educacional. O que não pode ser esquecido, lembra o autor, é que a organização do próprio mundo em que vivemos, a ideologia dominante e o movimento de adaptação existente são os problemas a serem enfrentados quando se fala em emancipação. Há então uma interdependência dos conceitos de democracia, emancipação e educação.

Nessas impressões de Adorno está implícita a questão da cidadania de um povo. Compreender o conceito de cidadania requer considerar as contradições do capitalismo, como por exemplo, as mudanças no mundo do trabalho e o desemprego estrutural (GEISLER, 2006). A autora afirma que a cidadania não é só um “conceito jurídico-legal, mas um fenômeno histórico-social” (p. 356).

Sem pretensões de aprofundamento conceitual, a reflexão aqui requerida tem o sentido de compreender a trama relacional entre todos esses aspectos e o que se objetiva na educação. Dessas poucas afirmações entendo que a concepção de educação tem fundamentos filosóficos a partir de um ideal humano numa sociedade, e que isso vai influenciar a proclamação e a implantação das políticas nesse setor, pois é necessário cumprir determinados fins.

Para Barros (2004) os objetivos específicos do ensino são determinados por outros mais altos e se relacionam com o próprio destino dos seres humanos. Deste modo a educação “ajuda a pensar tipos de homens. Mais do que isso ela ajuda a criá-los, através de passar de uns para os outros o saber que os constitui e legitima” (BRANDÃO, 1983, p. 11). Para este autor a educação tem uma força, expressa na participação do processo de produção de crenças, ideias, bens e poderes que constroem tipos de sociedades. Assim, à guisa dos interesses sociais, o fim da educação se desloca “num desmentido prático das pretensões teóricas de validade universal” (BARROS, 2004, p. 8). Este autor ainda nos diz que as múltiplas proporções de fins da educação “tem formalmente em comum a sua heteronomia, isto é, a subordinação da vontade do ser individual a um ideal exterior ao indivíduo que se educa” (p. 10).

No que se refere à formação da pessoa humana, um princípio importante a ser considerado é que “o homem é um ser que se transforma” (BARROS, 2004, p. 3). O mesmo autor se refere à transformação interior que faz do indivíduo um ser histórico e não apenas à transformação meramente exterior.

Sócrates, que foi essencialmente um educador “não pretende moldar espíritos segundo um ideal de validade perene. Quer, tão somente, que cada um descubra a sua face e seja capaz de realizar os próprios fins com autonomia” (BARROS, 2004, p. 10). Sob este foco a educação evidencia a dimensão, humana. Traz a ideia do ser como sujeito, portador de potencialidades a serem realizadas.

Considerando que as Políticas Públicas expressam compromissos políticos atrelados à produção histórica de saberes, é importante compreender o que se diz oficialmente em relação à educação. Asbahr (2006) refere, em Políticas Públicas em Educação, que “a presença do poder público se dá geralmente por meio de programas de governo, muitas vezes explicitados na forma de lei”. Refere ainda que

“o discurso oficial expressa uma determinada concepção de educação pública e de mundo, cuja relação com a realidade prática é dialética” (p. 15).

Germano (1994) adverte que a política educacional inscreve-se no âmbito da política social, que por sua vez está relacionada à correlação de forças na sociedade política e na sociedade civil. Lembra ainda que as políticas sejam econômicas ou sociais são estabelecidas em função da acumulação do capital.

Essas considerações sobre a questão política ajudam a compreensão acerca do que ocorre na prática do universo escolar, no qual há um hiato entre os valores e princípios proclamados e a sua real efetivação, no que diz respeito à constituição de sujeitos.

5.1.2 Leis e Políticas de Educação no Brasil

A história da educação no Brasil começa em 1549 com a vinda dos seis jesuítas que aportaram com o primeiro Governador Geral, Tomé de Souza. Orientados pela pedagogia católica os jesuítas exerceram o monopólio da educação até 1759 quando foram expulsos pelo Marquês de Pombal, ficando o ensino a serviço dos interesses civis e políticos do Império Luso (SAVIANI, 2008b; HAIDAR e TANURI, 2004).

Do período colonial ao imperial a educação sempre foi voltada ao preparo de estudantes pertencentes à classe dominante para os cursos superiores que eram ministrados exclusivamente na Europa. Proliferaram-se os estabelecimentos de ensino particular e não havia uma estrutura pública formal de sistemas de ensino.

No período republicano com as transformações sociais, econômicas e políticas e “as iniciativas pertinentes ao ensino profissional, especialmente o industrial e agrícola, são marcados por finalidades filantrópicas, de recuperação de órfãos, desvalidos e de membros das classes menos favorecidas” (HAIDAR e TANURI, 2004, p. 53). O ensino continua apresentando seu caráter dual, a escola primária e profissional é destinada ao povo e a escola secundária acadêmica é privilégio separado para a classe dominante.

Em paralelo havia um pensamento de esquerda no Brasil marcado pelo anarquismo, na última década do século XIX e nas duas primeiras décadas do século XX, e a educação foi alvo também desse movimento que via na educação a possibilidade de mudança na mentalidade das pessoas, necessária para a revolução social pretendida. Perdurou até o início da década de 1920 e após a constituição da

União Soviética em 1917 muitos de seus membros foram participar da fundação do Partido Comunista em 1922 (SAVIANI, 1991; GADOTTI, 2006).

Com a instituição do Estado Novo e o regime ditatorial do governo Vargas, em 1930, a burguesia urbano industrial chegou ao poder, e a formação e expansão da indústria nacional reclamaram da escola profissionais qualificados. A mudança no perfil produtivo pela passagem de sociedade agrária para sociedade industrial acarretou mudanças na preparação para o trabalho e isso mudou a configuração do ensino técnico na época. Constituíram-se escolas como o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial e o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial, como mecanismos de formação de mão de obra qualificada, voltadas para as populações mais carentes (SILVA, 2004).

Nesse início do século XX, um movimento efervescente que influenciou a educação foi o pensamento pedagógico da Escola Nova. No Brasil, intelectuais incorporaram os ideais desse movimento e em 1932 o Manifesto dos Pioneiros, assinado por 27 educadores, foi o primeiro grande resultado político em favor de um Plano Nacional de Educação (GADOTTI, 2006). De acordo com Saviani (2008b) após a promulgação da Constituição de 1934 a Escola Nova foi ganhando terreno predominando até cerca de 1960.

Entretanto, a Constituição de 1937 consagrou a orientação centralista do clima político da época e as ideias antiliberais e autoritárias, restringiu os deveres do Estado na manutenção do ensino e eliminou muitas das conquistas do movimento reformador, expressas na Constituição de 1934. Excluiu o princípio de que “a educação é direito de todos” e a considera como “o dever e o direito natural dos pais”, deixando imprecisa a atribuição do Estado em relação à educação (HAIDAR e TANURI, 2004, p. 60).

Vê-se assim como o Estado foi se afastando de seu papel junto à educação tendo como instrumento para isso as Cartas Magnas.

As autoras acima citadas ainda referem que o velho dualismo entre ensino popular e ensino de elites é mantido nas Leis Orgânicas do Ensino, de 1942 e 1946, promulgadas por iniciativa do então ministro Gustavo Capanema. Estas “Leis Orgânicas representam a definição perfeita de uma estrutura estratificada de ensino pós-primário” (Idem p. 61).

Essa rápida passagem sobre a história da educação permitiu inferir que a elaboração das políticas nessa área tem referência no conceito de homem e orienta quais atributos lhe são necessários ao momento sócio, econômico, político e filosófico. Isso ficou claro na Lei Orgânica do Ensino Secundário, do Estado Novo, que destinava esse ensino ao preparo de mentes condutoras, ou seja, daqueles que “deverão assumir as responsabilidades maiores dentro da sociedade e da nação, dos homens portadores das concepções e atitudes espirituais que é preciso infundir nas massas, que é preciso tornar habituais entre o povo” (Ibidem). É possível observar nesse texto dois tipos de homem: o portador do conhecimento e o subalterno, perfis clássicos da sociedade demarcada por classes e da educação dualizada. O Estado buscava então utilizar-se da Política Educacional para concretizar esses ideais.

Após a queda da ditadura Vargas em 1945, ocorreu a primeira redemocratização no país. A Constituição de 1946 retomou a orientação descentralizada e liberal da Carta de 1934. Depois de longa tramitação na Câmara Federal foi aprovada a LDB Nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961, que para Saviani (1999) foi fruto de conciliações. Nesse período foi criado o Conselho Federal de Educação (CFE).

Na década de 1960 sobreveio a internacionalização da economia com forte participação do Estado que passou a ocupar posição central na dinâmica de modernização, fase dos Anos Dourados/Milagre Econômico. A educação nesse contexto cristalizava os interesses econômicos.

Com o Regime Militar, instaurado em 1964 e a conseqüente centralização político administrativa, foram aprovadas as Leis Nº 5.540/68, do ensino superior, e Nº. 5.692/71, que reforma o ensino de 1º e 2º Graus (HAIDAR e TANURI, 2004; GERMANO, 1994; SAVIANI, 1999).

A Lei Nº. 5.692/71 marcou o período tecnicista da educação e o currículo dividido em áreas do conhecimento. Juntou o ensino primário e o ginasial – 1º Grau, e estabeleceu a obrigatoriedade de ensino de 2º Grau ser profissionalizante. Adotou pontos antecipados por Roberto Campos, em 1.969, para quem o ensino secundário deveria ser dotado de caráter instrumental e prático, voltado para o mercado de trabalho (GERMANO, 1994). Educação, essencial à economia desenvolvimentista marcada pela expansão industrial capitalista, era concebida como um instrumento

de desenvolvimento. Essa lei decorreu de acordos entre o MEC e a Agência do Governo Americano de Desenvolvimento (USAID), revelando a influência dos Estados Unidos da América na educação brasileira infundindo as ideias básicas da pedagogia tecnicista como a racionalidade, a produtividade e a eficiência (GERMANO, 1994; SAVIANI, 2008b).

Nesse período ocorreu também a profusão de técnicas de desenvolvimento da didática e o movimento metodológico das escolas.

Por não haver estrutura para operacionalização prática da Lei, e também por motivos afetos a interesses dos mantenedores de escolas de 2º Grau, especialistas da educação e educadores em geral, a Lei Nº. 7.044/82 cessou a profissionalização compulsória do 2º Grau (SILVA, 2004).

Na década de 1980 sucedeu-se a segunda redemocratização do Estado brasileiro. Souza (2006) afirma que “no plano político, lutava-se por uma nova Constituição que retirasse do cenário legislativo o que se denominava de entulho autoritário oriundo de mais de vinte anos de Ditadura Militar no Brasil” (p. 230).

A nova LDB Nº. 9.394, cujo 1º projeto foi introduzido na Câmara dos Deputados em 1.988, só foi aprovada em 20 de dezembro de 1.996. O ensino profissionalizante podia ocorrer paralelamente ou posterior ao ensino médio. Foi regulamentada pelo Decreto Nº. 2. 208, de 17 de abril de 1997, que foi revogado e substituído em 23 de julho de 2004, pelo Decreto Nº. 5.154, assinado pelo Presidente Lula. Por esse decreto as escolas têm autonomia para articular e até integrar os ensinos médio e técnico, conforme suas necessidades e objetivos (RET-SUS, 2004).

A formulação das políticas educacionais sempre esteve relacionada à organização econômica e social do país, necessário se faz transcender o olhar para além do aparente, pois há intencionalidades implícitas nos corpos textuais de leis.

A partir do entendimento que a sociedade brasileira, é uma “realidade dotada de conteúdo histórico-concreto, que encontra sua determinação na existência do modo de produção capitalista” (GERMANO, 1994, p. 150), torna-se indispensável compreender o processo de crise sistêmica do capitalismo e sua influência nas políticas ou reformas políticas no Brasil, especialmente relativas à educação e à educação profissional.

“A educação, tanto em seu sentido mais genérico de formação humana, quanto nas suas particularidades como formação profissional, não fica imune às deformações produzidas pelo capital” (RAMOS e PEREIRA, 2006, p.16).

Essa crise, a partir do início da década de 1970, gerou transformações no mundo da produção e do trabalho revelando as fragilidades do modo de organização do trabalho industrial baseado no taylorismo/fordismo (DELUIZ, 2001).

Lembre-se que sob a égide taylorista/fordista o que ocorreu quanto à qualificação para o trabalho foi uma tendência à desqualificação de uma grande parte de trabalhadores, em virtude da divisão de tarefas e da polarização entre o trabalho manual e intelectual (JOHNSON e ESPÍNDOLA, 2005). Ainda conforme Ramos e Pereira (2006), o taylorismo foi um aliado poderoso da ideia de um trabalhador disciplinado e adestrado. Para estas autoras, a fragmentação e a parcelarização de tarefas acarretou em várias profissões a desqualificação para o trabalhador.

Além desta desqualificação, a crise capitalista modificou o mundo do trabalho. Johnson e Espíndola (2005) informam que a automatização das linhas de produção e a informatização da gestão, do planejamento e do controle, requisitaram modificações na qualificação da força de trabalho. Foi surgindo “uma agressiva concepção privatista e elitista de educação, de seu conteúdo, de sua gestão e do caráter seletivo/excludente relativamente às classes sociais populares” que o neoliberalismo passou a impor a partir do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional (p. 198).

Introduzia-se uma concepção empresarialista de educação, fortemente influenciada pelos pressupostos da teoria do capital humano, ou economia (liberal) da educação (GERMANO, 1994).

Souza (2006) aponta uma perspectiva macro social da educação e em torno da visão que foi sendo tecida sobre ela na sociedade, quando refere que “a lógica neoliberal impera no campo educacional, tratando a educação como um serviço prestado da mesma maneira que a venda de produtos e bens de consumo” (p. 240). Para a mesma autora o Estado assim se desobriga ou se desresponsabiliza de determinados serviços educacionais, delegando-os ao chamado terceiro setor.

Novas exigências do trabalho passam a requerer “não só uma flexibilidade técnico-instrumental, como também a flexibilidade intelectual, tendo em vista as

necessidades de melhoria contínua dos processos de produção de bens e serviços” (DELUIZ, 2001, p. 7). Nessa ótica, destaca a autora, habilidades como capacidade de diagnóstico e de solução de problemas, trabalho em equipe, enfrentamento de situações em constantes mudanças, por exemplo, passam a ser exigidas dos trabalhadores em sua performance de trabalho.

Silva (2002) esclarece a redefinição da educação em termos de mercado a partir de um projeto neoliberal global, inaugurado em países centrais como Estados Unidos da América e Inglaterra, com os governos de Ronald Reagan e Margareth Thatcher respectivamente. Um dos elementos centrais desse projeto, diz ele, é a “redefinição da cidadania pela qual o agente político se transforma em agente econômico e o cidadão em consumidor” (p.15). O autor apresenta a noção neoliberal de educação baseada no conceito de gestão da qualidade total (GQT). Centrada no discurso das excelências da livre iniciativa, da modernização e dos males da administração pública essa retórica desloca o discurso da igualdade para a desigualdade, da justiça para a injustiça, “tornando quase impossível pensar numa sociedade e numa comunidade que transcendam os imperativos do mercado e do capital” (p. 21). Continua informando o mesmo autor que essa lógica neoliberal redefine o significado de termos como direitos, democracia, cidadania, estreitando e restringindo o “campo do social e do político, obrigando-nos a viver num ambiente habitado por competitividade, individualismo e darwinismo social” (p. 22). A estes conceitos aliam-se os de competência, habilidade e gestão, voltados às necessidades da indústria e do comércio, o que vai então nortear a elaboração de políticas públicas de qualificação profissional, reforçando divisões existentes e criando novas desigualdades (SILVA, 2002; JOHNSON e ESPÍNDOLA, 2005).

Penso ser necessário compreender melhor o significado do termo competência ao contexto educacional brasileiro e concordo que “é preciso considerar que o conceito de competência, por seu caráter polissêmico, tem ensejado múltiplas interpretações, e nem sempre com a necessária clareza epistemológica, o que por si só já demanda cuidados” (KUENZER, 2000, p. 16). Segundo esta autora, as demandas do mundo do trabalho vêm deslocando o conceito de formação profissional dos modos de fazer para a articulação entre conhecimentos, atitudes e comportamentos, com ênfase nas habilidades cognitivas, comunicativas e criativas. Já não se trata mais de apenas aprender conhecimentos e

modos operacionais, mas de saber, saber fazer, saber ser e saber conviver, o que integra saberes cognitivos, psicomotores e sócio afetivos. Essas colocações de Johnson e Espíndola, Deluiz, Silva e Kuenzer expressam resumidamente como se orientou a introdução da ideia de competência na formação profissional desenvolvida no Brasil.

Ainda lembra Dadico (2006), que a educação brasileira “vinculada ao mercado só se presta à reprodução da informação técnica, mínima necessária, não ao desenvolvimento do homem” (p. 44) por mais que em discursos se proclame uma formação mais abrangente, que resulte num sujeito enquanto um ser autônomo, pleno em sua capacidade de crítica e discernimento.

Saviani (2008a) em seu prefácio à 30ª edição de *Escola e Democracia* menciona que no seio da redemocratização da década de 1980, se esperava que o quadro das transformações políticas propiciasse o desenvolvimento de uma escola pública universalizante, com ensino de qualidade para toda a população brasileira. Para ele essas expectativas não foram contempladas. O que ocorreu foi a implantação de políticas educacionais de caráter neoliberal, nos governos de Fernando Collor e Fernando H. Cardoso. Reconhecia-se a importância da educação, mas reduziam-se os investimentos na área, apelando-se para a iniciativa privada e organizações não governamentais, como se a responsabilidade do Estado em matéria de educação pudesse ser transferida para uma etérea boa vontade pública. Esse ‘lamento’ do autor decorre dos desdobramentos incoerentes do projeto original da LDB Nº 9.394/96 que tratava da organização do ensino médio sobre a base da politecnicidade e buscava uma formação básica que superasse a dualidade histórica da educação brasileira, entre cultura geral e cultura técnica.

Este conceito, ao contrário de múltiplas técnicas, é fundamentado na concepção de educação socialista, do início do século XX, apropriado por Saviani e reafirmado por teóricos como Gaudêncio Frigotto, Lucília Machado, Acácia Kuenzer, José Rodrigues (CIAVATTA, 2005). Com a adoção da politecnicidade no projeto original de LDB se pretendia a incorporação de processos de trabalho reais, no ensino médio, que possibilitasse a assimilação prática dos princípios científicos que constituem a base da produção moderna e não apenas a assimilação teórica (FRIGOTTO, CIAVATTA e RAMOS, 2005).

Gadotti (2006) informa que a defesa da educação pública e gratuita, foi feita por Marx e Engels, em seu Manifesto do Partido Comunista (1847-1848), sendo um dos princípios a “educação politécnica que leva à formação do homem omnilateral, abrangendo três aspectos: mental, físico e técnico, adequados à idade das crianças, jovens e adultos” (p. 121). Esse é o sentido de politecnicidade introduzido nas discussões na década de 1980 com o primeiro projeto de LDB, que intencionava romper a tradicional dicotomia com uma formação humana em sua totalidade. “Em termos epistemológicos e pedagógicos, esse ideário defendia um ensino que integrasse ciência e cultura, humanismo e tecnologia, visando ao desenvolvimento de todas as potencialidades humanas” (FRIGOTTO, CIAVATTA e RAMOS, 2005, p. 35). Esse projeto, de acordo com Ciavatta (2005) foi fruto de debates intensos nos anos de 1980 em defesa da escola pública. Apesar disso não logrou êxito, tendo sido aprovada a Lei Nº 9.939/96, que sob o ideário da produtividade exacerbada da década de 1990 trouxe para a educação profissional/ensino médio a ideia do desenvolvimento de competências.

Hoje, o conceito de politecnicidade está na pauta de educadores que discutem a educação básica de nível médio integrado, ou seja, o ensino médio integrado ao ensino técnico.

Essas breves observações a respeito da educação nos lembram que o Estado brasileiro sempre a regulou através de leis. É possível apreender que além da visão de uma educação a serviço da sociedade, reprodutora de comportamentos, ela pode objetivar pensamento crítico. Deste modo torna-se imperativo pensar em como transformar políticas públicas educacionais em práticas políticas que facilitem o alcance do ideal de um ser pensante e crítico.

Entretanto “a escola não é nem a causa nem o instrumento da divisão da sociedade em classes; é sua consequência. Alterações nos métodos e nas técnicas escolares ou na democratização do ensino não alteram esse quadro” de acordo com Jesus Palácios, apresentado por Gadotti (2006, p. 190).

Isso conchama a criticidade aos educadores. Formar cidadãos e educar para a emancipação só é possível numa plena democracia. Sem pessimismos, é mister atuar porque:

É necessário superar o atraso educacional “independentemente das necessidades do mercado de trabalho. É um direito e uma conquista que já se

universalizou em muitas nações, inclusive em países com níveis de renda muito mais baixos que o do Brasil” (JOHNSON e ESPÍNDOLA, 2005, p. 202).

Os espaços gerados pelas contradições do sistema capitalista devem ser aproveitados e a qualificação profissional pode desenvolver concepções que realmente instrumentalizem o trabalhador no seu processo de trabalho e nas demais dimensões da vida cotidiana de modo a possibilitar a não adequação ao existente, longe daquela formação que adentra e disciplina apenas (RAMOS e PEREIRA, 2006).

Sendo assim a educação pode “prover aos indivíduos a apropriação de saberes pelos quais podem compreender as relações reais de poder, atuando na formação política das classes dominadas [...]” instrumentando-os a uma práxis política (LIBÂNEO, 2007, p. 81).

5.2 SUS E FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE

5.2.1 Breves considerações

O SUS já ultrapassou 20 anos de existência e apesar de dificuldades no campo do financiamento, da formação dos trabalhadores da saúde, entre outras, pode ser considerado uma grande obra societária em prol da saúde da população. Como um dos maiores sistemas de saúde públicos do mundo, constitui e garante a assistência integral e totalmente gratuita para a totalidade da população brasileira, num projeto ousado para um país de diversidade de contextos (MALHÃO, 2008).

Este sistema é fruto de uma construção coletiva, a partir da década de 1970, como enfrentamento às dificuldades do Sistema Nacional de Saúde (SNS). Nunes (2007) informa que uma nova identidade para a saúde pública brasileira foi se concretizando no interior de espaços de trabalho como escolas, universidades, associações profissionais, centros de estudos e serviços de saúde.

Já no final dos anos de 1970, sob o governo do último presidente militar, João Figueiredo, o Brasil passava pela segunda redemocratização iniciada no governo anterior, os sindicatos conquistaram alguma autonomia e o país foi marcado por greves. Moradores de periferias lutavam pela melhoria de suas condições de vida. A Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), o Centro de Estudos em Saúde (CEBES) e atores do MRS buscavam respostas para o dilema da política de saúde nacional (BERTOLLI FILHO, 2004). A participação da

sociedade foi muito importante para a concretização de intenções no campo da saúde.

Segundo Nunes (2007), as discussões sobre o sistema de saúde vigente à época, trouxeram para o âmbito do MS e das SES as propostas de Atenção Primária à Saúde (APS), recomendadas na Conferência de Alma-Ata, em 1978. Após sua adoção pelo governo brasileiro, lembra a autora, processos organizativos e políticos culminaram no novo sistema de saúde na década de 1980.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi realizada entre 17 e 21 de março de 1986 e contou com a participação de usuários. Referendou as bases doutrinárias deste novo sistema, o que foi aprovado em 1990 pelo Congresso Nacional (Idem). Foram debatidos nessa Conferência três temas principais:

- A saúde como dever do Estado e direito do cidadão;
- A reformulação do SNS;
- O financiamento setorial.

Esta Conferência apresentou grandes pilares para a reorganização do sistema de saúde, entre eles um conceito de saúde mais abrangente, descrita no relatório final como “resultante de condições sócio-econômicas como alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso a posse de terra e a serviços de saúde” (POLI, 2008, p. 11).

Vasta legislação fundamenta o SUS, sendo a Constituição Federal de 1988, a Lei Nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990 e a Lei Nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, as principais. De forma complementar foram criadas as Normas Operacionais Básicas (NOB): NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/92, NOB-SUS 01/93, NOB-SUS 01/96, que regularam a descentralização, definiram os mecanismos de financiamento, trouxeram avanços na construção de Sistemas Municipais de Saúde e estruturação da gestão compartilhada. Porém, permaneceram desafios à consolidação do SUS, pelo que foram editadas as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) após debates no Conselho Nacional de Saúde (CNS), para atualizar a regulamentação da assistência à saúde. Com a NOAS-SUS 01/01, e uma edição aperfeiçoada em 2002, a NOAS-SUS 01/02, se definiu a regionalização da assistência na busca de maior e melhor acesso às ações e serviços de saúde, propondo para isso o Plano Diretor Regional (PDR) (PIMENTA, 2007?).

De acordo com a Lei Nº. 8.080, em seu artigo 4º, § 1º e 2º o SUS consiste num “conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. Inclui as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para a saúde, e garante também, neste sistema, a participação complementar da iniciativa privada (BRASIL, 1990). Neste sentido a saúde passou de uma discussão técnica para uma decisão política, pela qual o governo implantou um sistema visando contemplar todos os cidadãos.

As décadas de 1980 e 1990 foram repletas de inovações e transformações no sistema de saúde brasileiro, configurando-se como anos paradigmáticos para a saúde pública do Brasil em função dos princípios do SUS, ou seja, da universalidade de acesso, integralidade da atenção à saúde, equidade, participação social e descentralização (MACHADO, 2006). Diz esta autora que a municipalização representa uma transformação definitiva neste sistema e identifica três movimentos neste processo.

Primeiro, ocorreu a expansão do setor saúde tanto no âmbito público como no privado. De 13.133 estabelecimentos de saúde no final da década de 1970, passou para 67.612, em 2002, o que gerou a absorção de mais de dois milhões de empregos.

Em segundo, houve um encolhimento da rede hospitalar. O volume de leitos, de 443.888 unidades em 1976, teve um crescimento lento, chegando em 2002 a 471.171 leitos.

O terceiro movimento caracterizou-se por uma expansão, sem precedentes, de empregos de saúde na esfera municipal, “invertendo definitivamente a vocação da assistência no País” (MACHADO, 2006, p.13). Em 1976, o setor público municipal contava com apenas 25.854 empregos em relação ao setor público federal e estadual, que contavam com 98.528 e 60.094, respectivamente. Em 1990 ocorreu a grande mudança, quando a esfera municipal assumiu a liderança dos empregos, totalizando quase 800 mil em 2002. Os municípios então precisaram ampliar sua rede de atendimento e se adequarem à nova realidade: ser o maior empregador em saúde do país. Campos et al (2006c) informam que o processo de concepção e

implementação do SUS vem mostrando um duplo desafio, tanto o de implantar um modelo de saúde universal, descentralizado, com atenção integral, gestão única e participação social, como o de identificar, incorporar e manejar tecnologias da área da Medicina, numa atenção preventiva, com transformações no papel e na função do Estado.

Nessa ótica o SUS se caracteriza por uma concretização contínua, em marcha, de produção social da saúde, que não se iniciou em 1988, nem tão pouco tem data para ser concluído. Resulta de propostas defendidas nos últimos anos pelo conjunto da sociedade e por muitos anos estará sujeito a aprimoramentos (BRASIL, 2005b). Desta forma, uma obra grandiosa que é o SUS vem sendo feita e se configura na APS e Saúde da Família. Muitos passos já foram dados na direção de um melhor padrão de saúde para a população brasileira. O principal deles é o enfrentamento que a saúde e a doença são processuais e dependentes de muitos fatores, e não apenas do biológico (BERTOLLI FILHO, 2004).

Hoje, a APS, como marco doutrinal deste sistema, não é um universo simplificado de atenção e requer conhecimentos mais complexos para resolver os problemas, para concretizar o direito à saúde e os princípios do SUS.

Muitas coisas são necessárias para a consolidação do SUS, entre elas, atenção especial às necessidades educacionais de seus trabalhadores. Estes constituem o próprio sistema, assim, a qualidade da prestação dos serviços de saúde está diretamente relacionada na vinculação e na confiança que eles podem estabelecer com os usuários. Propostas educativas que lhes permitam refletir sobre sua prática podem potencializar sua atuação.

5.2.2 Políticas de formação dos trabalhadores da saúde

A criação do SUS, uma política pública social, seu caráter permanente de reestruturação e conseqüentemente mudanças nos modelos de gestão, traz como uma das preocupações a educação profissional de trabalhadores coerente com esse sistema. Nesse sentido capacitações, treinamentos, cursos e até processos formativos mais estruturados e contínuos constituem as ações educativas direcionadas aos profissionais de saúde.

De acordo com os Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico, do Ministério da Educação, doze subáreas compõem

a área profissional da saúde. São elas: Bodiagnóstico, Enfermagem, Estética, Farmácia, Hemoterapia, Nutrição e Dietética, Radiologia e Diagnóstico por Imagem em Saúde, Reabilitação, Saúde Bucal, Saúde Visual, Saúde e Segurança no Trabalho e Vigilância Sanitária (RET-SUS, 2008).

A educação profissional promovida pelas ET-SUS centra-se na Formação Inicial Continuada e na Educação Profissional Técnica de Nível Médio. Criadas a partir da década de 1980, essas escolas vieram com o objetivo de profissionalizar os trabalhadores empregados nas instituições de saúde, que não possuíam qualificação específica para as funções que exerciam (GALVÃO et al, 2006). A Rede, englobando os Centros Formadores foi instituída pela Portaria Nº. 1.298, de 28 de novembro de 2000, vinculada às instâncias gestoras do SUS (BRASIL, 2000).

O Projeto de Formação de Pessoal de Nível Médio em Larga Escala, na década de 1980 e o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (PROFAE), nos anos 1990 são dois marcos importantes da Educação Profissional em Saúde (RET-SUS, 2008). De modo semelhante à educação profissional em outras áreas, historicamente a educação profissional em saúde vem se configurando à luz do modo de produção do país. “Há uma redefinição simultânea do objeto, da atividade do trabalho, dos meios do trabalho, do saber e da educação na formação/qualificação dos profissionais da saúde” (RAMOS e PEREIRA, 2006, p. 22). Pensar na história da educação dos trabalhadores da saúde em especial os de nível médio e fundamental requer que se pense nos mundos do trabalho, da saúde e da educação, que foram se cruzando de maneira difícil e contraditória. A naturalização do trabalho dos profissionais de saúde tem levado a “realizações de meros treinamentos para que esses trabalhadores desempenhem suas funções” (Idem, p. 24).

O trabalhador de nível médio e fundamental da área da saúde, além de receber salários baixos, trabalhar em ambientes empobrecidos, ainda sofre a pressão de ter que se adaptar “às novas tecnologias e às mudanças que estão ocorrendo no mundo do trabalho” (Idem, p. 25).

A qualificação dos trabalhadores da área de enfermagem, universo expressivo nos serviços de saúde teve como marco a criação da primeira escola de enfermagem Florence Nightingale, na Inglaterra, na segunda metade do século XIX. Anteriormente a isso não havia um ensino sistematizado e sim treinamentos práticos

em orfanatos, hospitais e até nas residências dos pacientes. Florence redefiniu o cuidado de enfermagem com a tríade Ideal, Ciência e Arte. Entretanto havia limites como a divisão técnica do trabalho de enfermagem corrente com a divisão social do trabalho à luz da economia capitalista. Com isso às *ladies*, burguesas, cabiam as atividades intelectuais e os postos de comando, enquanto que às *nurses*, oriundas da classe popular, cabiam o cuidado e o trabalho manual e as funções submissas (RAMOS e PEREIRA, 2006; TREZZA, SANTOS e LEITE, 2008).

No Brasil, em 1901, foram criadas a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, no Rio de Janeiro, no Hospital dos Alienados e a Escola de Enfermeiras do Hospital Samaritano. Em 1902, em São Paulo, foi criada a Escola de Parteiras e em 1923, a Escola de Enfermagem Ana Nery. Em 1930 foi criado o Ministério da Educação e da Saúde e instituída a Inspetoria do Ensino Profissional e Técnico (RAMOS e PEREIRA, 2006).

Para a qualificação dos profissionais de saúde em 1942 foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), transformado em Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) em 1960. Na década de 1970 foram implantados os Programas de Extensão de Cobertura (PEC) que se constituíram como experimento para o aperfeiçoamento dos princípios e normas que hoje fundamentam o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF). O visitador sanitário, na época, era quem realizava atividades na comunidade, visitas domiciliares e também trabalhava com a enfermagem nas unidades de saúde, informam as autoras.

A implantação dos PEC teve relação direta na questão do preparo dos trabalhadores da área da saúde. Derivada da III Reunião Especial dos Ministros de Saúde das Américas realizada em Santiago do Chile em 1972, evento em que se elaborou o II Plano Decenal de Saúde das Américas, a adoção destes PEC vinha atender a necessidade de incorporar grupos populacionais de comunidades carentes que até então era excluída do consumo de serviços de saúde. De acordo com as propostas deste Plano Decenal, para os PEC, foi organizado o Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) que objetivava a utilização de pessoal de nível auxiliar, recrutado nas comunidades locais. Foi então necessária uma estratégia de preparo desse pessoal e a resposta para isso foi a criação do Programa de Preparação Estratégica do Pessoal de Saúde (PPREPS). A

equipe que desenvolveu esse programa era composta por representantes do MS, MEC, e OPAS, cuja base legal se apoiava num acordo interministerial. As políticas de RH assumiram um papel de destaque no MS com a criação do PPREPS, que, coerente com as diretrizes do II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND 1974-1979), buscou reformular as práticas de gestão e de capacitação por meio de seus três amplos objetivos: preparação massiva de pessoal de nível médio e elementar; constituição de dez regiões docente-assistenciais de saúde (Projetos Integração Docente-Assistencial/PIDA); e o estabelecimento de uma base operacional nos estados, os órgãos ou núcleos de RH como instâncias estaduais para condução descentralizada das políticas e programas nessa área (RAMOS e PEREIRA, 2006; NUNES, 2007; ALVES e PAIVA, 2006).

Ramos e Pereira (2006), historicizando a formação profissional de trabalhadores da saúde de nível fundamental e médio, citam a qualificação de atendentes, no Rio de Janeiro, como por exemplo, o Curso de Primeiros Socorros na Legião Brasileira de Assistência. Cursos com este teor foram criados pelo Ministério do Trabalho, preocupado com a segurança e a saúde do trabalhador com relação a acidentes de trabalho. Havia também o Treinamento em Serviço na Pro Matre, feito por freiras. As autoras referem o Treinamento em Serviço na Santa Casa de Londrina, de 1950 a 1975, para preparar atendentes, sendo que o conteúdo era técnico, como preparo de bandejas de cirurgia, esterilização de material, administração de medicamentos, admissão dos pacientes. Ressaltam ainda que na década de 1950 a regulação do trabalho em saúde se dava majoritariamente através das instituições médicas. Com a LDB Nº. 4.024/61, o curso de enfermagem passou a ser de nível superior e quatro categorias compunham o exercício da profissão: “atendente de enfermagem (a maioria sem ter passado por qualquer qualificação profissional), auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro” (RAMOS e PEREIRA, 2006, p. 32).

A 3ª CNS (1963) sinalizou a necessidade de programas de capacitação para os trabalhadores desta área. Acrescentam as autoras que o Plano Nacional de Saúde buscava uma racionalidade no setor; apontava como imprescindível uma política de recrutamento, seleção e preparo de pessoal técnico; e já visualizava um ensino descentralizado como o melhor caminho para a qualificação desses trabalhadores.

A 4ª CNS, em 1967, almejava no campo da formação de trabalhadores, a produção de uma política permanente de RH na saúde. Pôs em discussão o perfil profissional demandado bem como a necessidade de estratégias de capacitação e de formação profissional para o pessoal de nível médio e elementar da saúde (RAMOS e PEREIRA, 2006).

Em 1975, a 5ª CNS incorporava em suas discussões a preocupação “com o indivíduo e com a formação de RH de qualidade” (NUNES, 2007, p. 28).

Na 6ª CNS, em 1977, segundo Ramos e Pereira (2006), transparecem tanto a organicidade dos movimentos sociais como o agravamento do déficit previdenciário. A Secretaria de RH do MS, após a 7ª CNS, retrata a preocupação com a formação dos trabalhadores de nível médio e elementar da saúde e em 1982 produz documentos criticando os treinamentos realizados pelas próprias instituições empregadoras.

Em 1986 a 8ª CNS apresentou um conjunto articulado de informações para a área de RH em saúde. Esse tema espelhava as transformações e crises advindas das diversificadas e desarticuladas políticas de saúde e educação. Além disso, “configurava a crise econômica e social que se apoiava no setor saúde como importante gerador de empregos” (CAMPOS, PIERANTONI e MACHADO, 2006d, p. 9). Foram estabelecidos na 8ª CNS, princípios e propostas a serem aprofundados na I Conferência Nacional de RH para a Saúde (CNRHS). Nesta, informam os mesmos autores, o tema central, Política de RH Rumo à Reforma Sanitária Brasileira (RSB), foi desenvolvido em cinco temas, a saber, valorização profissional, preparação de RH, órgãos de desenvolvimento de RH para a saúde, organização dos trabalhadores de saúde e relação dos trabalhadores de saúde com usuários do serviço.

A 9ª CNS em 1992 reafirma a necessidade de uma política de RH para o SUS, a definição de uma política de formação e capacitação, além de apontar outras questões a respeito deste tema. Dizem os autores, acima citados, que no relatório final dessa conferência há um vasto conjunto de indicativos para a área educacional na saúde. Eles destacam a criação da Comissão Intersectorial de RH do CNS (CIRH/CNS) e a conformação da NOB/RH-SUS, que baliza essa política no sistema.

Para a reafirmação dos princípios do SUS foi criado o PSF, cuja demanda de pessoal preparado culminou na implantação, a partir de 1997, dos Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da

Família, pelo MS. Estes Polos, conjunto articulado de instituições voltadas ao desenvolvimento de pessoal para a implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) eram constituídos por Instituições de Ensino Superior e Escolas de Saúde Pública das SES. Em 2000 a avaliação da atuação dos mesmos mostrou alguns dilemas relacionados às diretrizes educacionais para a saúde e a institucionalização do ensino (CAMPOS et al, 2006c).

A 11ª CNS, em 2000, reafirma os princípios e as diretrizes da NOB/RH e recomenda a 3ª CNRH. Em 2003, a 12ª CNS, reafirma a 3ª CNRH e a Política de Gestão do Trabalho e da Educação para a Saúde. “A 3ª Conferência representa uma inflexão para o campo do trabalho e do trabalhador da área da saúde consolidando as ações da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação (SGTES), criada em 2003 [...]” (CAMPOS, PIERANTONI e MACHADO, 2006d, p. 12).

Em fevereiro de 2004, pela Portaria Nº. 198 se instituiu a PNEPS “como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, [...]” (BRASIL, 2004b; CAMPOS et al, 2006c, p. 43).

É evidente a importância da qualificação e formação dos trabalhadores da área da saúde à medida que se ampliam os serviços. Para Pinheiro et al (2003) o advento da tecnologia na saúde e a dinâmica socioeconômica levam o processo de trabalho em saúde a sofrer “uma oscilação de movimentos e uma variedade de demandas nos serviços de saúde que surgem com as diferentes necessidades da população” (p. 50).

Assim, é interessante volver o olhar para a profissionalização em busca de consonância com o desenho organizacional do novo modelo de atenção, a APS/Atenção Básica.

5.3 PROJETO LARGA ESCALA

O Projeto de Formação de Pessoal de Nível Médio em Larga Escala foi desenvolvido na década de 1980 em decorrência do Acordo Interministerial MS/MEC/MPAS/OPAS, instituído no âmbito da Cooperação Técnica OPAS-Brasil, em 1973. A Resolução CIPLAN Nº. 15 de 11/11/85 aprovou o PLE como estratégia prioritária ao preparo de RH no âmbito das AIS, que buscavam a integração de serviços rumo ao SUS e ratificou a participação Interministerial das SES, de Educação e da OPAS (BRASIL, 1985).

As décadas de 1960, 1970 e 1980 foram marcadas pela reação de grupos mobilizados, como o MRS, que buscaram recuperar a democracia e plantar nova proposta de saúde. Este movimento se destacou ao envolver vários setores da sociedade na luta pela reorganização da saúde, a partir da compreensão da saúde como um direito a ser contemplado nas políticas públicas. Dessa movimentação derivou a criação do CEBES, em 1977 e da ABRASCO, em 1979 (NUNES, 2007). A sociedade brasileira vivenciou significativas mudanças que marcaram a redemocratização do país pós 1964.

Havia também o aumento dos serviços de saúde que demandava trabalhadores qualificados. Ramos e Pereira (2006) lembram a luta de educadores da saúde por projetos a favor de instituições que respondessem pela educação profissional dos trabalhadores de nível médio e fundamental.

No campo educacional na década de 1970 vigorava a pedagogia tecnicista, perpetrada pelo regime militar “inspirada na assessoria americana através dos acordos MEC-Usaid, centrada nas idéias de racionalidade, eficiência e produtividade” oficializada pela Lei Nº 5.692/71 (SAVIANI, 2008b, p. 90). Educadores que não aceitavam essa educação empreenderam crítica ao regime militar com base na concepção crítico-reprodutivista de educação, que foi sistematizada no início dessa década por Bourdieu, Passeron, Althusser, Baudelot e Establet entre outros teóricos franceses. Seu caráter crítico estava no fato de considerar os determinantes sociais da educação, mas ao mesmo tempo era reprodutivista, pois apresentava a educação como reprodutora das relações sociais vigentes. Saviani (2008b) em sua análise crítica a essa concepção concluiu-a como mecanicista, não dialética e a-histórica. Apesar disso, diz o autor, a visão crítico-reprodutivista teve um papel importante para o país por ter impulsionado a crítica ao regime autoritário e à sua pedagogia tecnicista. Eventos como o Seminário de Educação Brasileira em 1978 em Campinas e a Conferência Brasileira de Educação em 1980 foram palco dessas discussões. Neste período Saviani introduzia a Pedagogia Histórico-Crítica tentando ultrapassar a visão crítico-reprodutivista de educação. Isso não ocorreu sem críticas ou objeções.

Em meio a ânimos exaltados no mundo da saúde e da educação surgiu o PLE. Trouxe profundas alterações na política de formação e capacitação do pessoal da saúde visando a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população

(GRYSCHEK, 2000). Foi influenciado pelo movimento da RSB. Este Projeto, de inclusão social, tinha como objetivo principal qualificar pessoal de nível médio e elementar, engajado no setor saúde e que não teve oportunidade de formação anterior. Segundo Ramos e Pereira (2006), este projeto “surgiu devido à necessidade de promoção e melhoria da formação profissional de trabalhadores de nível médio e fundamental da saúde” (p. 37). Esta formação, segundo elas, era realizada pelas próprias instituições de saúde, como as Santas Casas de Misericórdia e a Legião Brasileira de Assistência.

O PLE, com base em diversas correntes pedagógicas, trouxe a problematização, modalidade de ensino mais apropriada aos alunos adultos há algum tempo afastados dos bancos escolares. A pedagogia do Larga Escala foi considerada como uma pedagogia leve e doce, um exercício de paciência diante das limitações de cada pessoa na aprendizagem (CASTRO, SANTANA e NOGUEIRA, 2002).

O Projeto preconizava a estruturação curricular integrada, para uma formação integral profissionalizante, favorável a integração ensino-serviço, envolvendo alunos, profissionais e gestores na reorganização deste serviço. Ocorre assim a utilização do “processo de formação como um processo de discussão de melhoria das condições dos serviços prestados à população [...]” (SANTOS *apud* RAMOS e PEREIRA, 2006, p.52).

Davini (1989a) refere-se ao currículo integrado como “um plano pedagógico e sua correspondente organização institucional que articula dinamicamente trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade” (p. 45).

Profissionais de saúde da área específica da formação atuavam na função de instrutor-supervisor e mediante capacitações pedagógicas eram instrumentalizados para atuar na educação de adultos. Estas capacitações, à luz da problematização oportunizavam a vivência dos docentes com os conteúdos de natureza pedagógica articulados às questões do serviço.

Ocorreu assim a revisão de conceitos intrínsecos ao ensino e à aprendizagem. A proposta de Capacitação Pedagógica para instrutor-supervisor, do MS, produziu importantes impactos por sua concepção educacional essencialmente democrática, uma vez que buscava resgatar o conceito de cidadania entre os trabalhadores, levando à reflexão e crítica na reformulação de sua prática

profissional (SILVA, 1989). Mudou o fazer do professor ao requerer a incorporação dos princípios da problematização. Ser docente passa a ser uma função e não apenas um cargo (CASTRO, SANTANA e NOGUEIRA, 2002). Sua atuação é no sentido de ser um facilitador do processo ensino-aprendizagem.

Para efetivação deste Projeto foram criados os Centros Formadores nos estados sob intensa articulação entre saúde e educação. Ramos e Pereira (2006) lembram a citação de Santos: “assim foi, nós fomos negociando, até que a educação foi aceitando [...]” (p. 49). A existência destes centros nos estados era condição indispensável, assim como o reconhecimento dos mesmos pelo sistema de ensino estadual. Na luta pela criação dos Centros Formadores, a enfermeira Izabel dos Santos teve papel fundamental. Investigou atentamente a questão legal do ensino vigente, buscando espaços onde pudesse inserir a escola que atendesse as necessidades de formação para a saúde. O parecer Nº. 699/72 contemplou essa necessidade e assim foram criados os Centros Formadores. Esse parecer detalhava os principais aspectos da Lei Nº. 5.692/71 a respeito do ensino supletivo, na busca da escolarização para quem dela estava privado.

Desta forma, apesar do caráter tecnicista da referida lei, para que o PLE fosse possível, ela foi trabalhada para viabilizar a certificação e funcionamento dos Centros Formadores. As primeiras escolas criadas à luz do Projeto foram a dos Estados do Piauí, Alagoas, Belo Horizonte, Rondônia e Rio Grande do Norte (RAMOS e PEREIRA, 2006).

No estado do Paraná o processo de implantação do PLE ocorreu nos anos de 1985/86 pela Secretaria de Estado da Saúde e do Bem-Estar Social/Fundação de Saúde Caetano Munhoz da Rocha/Centro de Desenvolvimento de RH. Na época, a enfermeira Ana Maria Bittar era a Coordenadora Estadual do Projeto. Este processo culminou na transformação do então Colégio Dr. Caetano Munhoz da Rocha/Ensino Supletivo de 2º Grau em Centro Formador de RH “Caetano Munhoz da Rocha”, pela Deliberação Nº. 018/89, do CEE. Consta no artigo 2º desta deliberação que este Centro Formador “oferecerá cursos de 1º e 2º graus profissionalizantes, na modalidade supletiva, com o fim de formar a força-trabalho no setor da saúde do estado do Paraná” (PARANÁ, 1989).

Os cursos destes centros deveriam atender às necessidades de formação em seus *locus*, através de descentralizações, ou seja, descentralizar a execução

curricular, mantendo na sede a Secretaria Escolar (administração escolar). O Centro Formador obteve a autorização para atuar desta forma através da deliberação acima citada, expressa no artigo 3º: “Para atender os objetivos do Centro, os cursos poderão ser ministrados, além de no local da sede do Centro, nas Regionais de Saúde do estado” (PARANÁ, 1989).

Como explica a enfermeira Izabel dos Santos, em entrevista a Janete Lima de Castro, em 2002, “a escola em vez de ser uma escola endereço, passa a ser uma escola função”, ou seja, vai onde o aluno está, em seu município e em seu ambiente de trabalho. Ainda para Santos, “nessa concepção de escola função é que se baseia toda a descentralização dos cursos, a busca de atender as necessidades do cliente trabalhador e do cliente gestor dos municípios mais distantes” (CASTRO, SANTANA e NOGUEIRA, 2002, p. 60). No relatório do Parecer Nº. 003/89, que trata da aprovação do Regimento Interno do CFRH, há a referência acerca da adequação desta instituição à sua nova característica de escola função (PARANÁ, 1989).

Os Centros Formadores passam a ter a função administrativa, como registro de matrículas, certificação; e pedagógica, no preparo dos instrutores-supervisores da rede de serviços, de material didático, e, acompanhamento do processo de formação (RAMOS e PEREIRA, 2006).

Inicialmente o PLE se voltou para o trabalho da enfermagem pela grande quantidade de trabalhadores pouco escolarizados e pela complexidade de ações, como administração de medicamentos. À medida que o projeto era operacionalizado, profissionais de outros setores da saúde perceberam a importância da qualificação profissional dos trabalhadores envolvidos nas ações de saúde, informam as autoras.

Esse Projeto trouxe mudança conceitual que referenda as ações educativas até hoje na formação de profissionais de saúde, não meramente adaptados ao existente, mas como indicam Ramos e Pereira (2006), trata-se de “construir uma percepção crítica do profissional de nível médio que trabalha nos serviços de saúde” (p. 52).

O PLE se constitui numa referência histórica primorosa na educação profissional em saúde. Acarretou mudanças institucionais no país, e seus frutos, os Centros Formadores buscam avançar. Ainda que pesem críticas pertinentes sobre sua concepção esse Projeto é aliado importante contra a naturalização das ações de

saúde feitas por trabalhadores de nível médio e fundamental (RAMOS e PEREIRA, 2006).

5.4 POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A EP é um conceito antigo na eira educacional, advindo de questões vastas e adversas a respeito das ideias e métodos pedagógicos tradicionais (LENGRAND, 1970). O autor lembra que “o esforço educativo terá de ser continuado muito para além da idade escolar, a fim de poder garantir a distribuição dos conhecimentos e os tipos de formação [...]” (p. 16). Ele ainda refere que:

“As transformações que se produzem nos princípios e nas estruturas do Estado tem como efeito que os cidadãos são chamados a tarefas e responsabilidades novas”, que só poderão assumir com competência desejável se tiverem recebido formação conveniente (LENGRAND, 1970, p. 20).

Em longo prazo, a EP pressupõe uma transformação profunda do conjunto do sistema educativo, com objetivo de uma sociedade mais eficiente, mais aberta, em que o homem é respeitado em suas dimensões e aspirações (LENGRAND, 1970).

Knechtel (2001) informa a origem remota da EP e sua presença na vida do homem “como conjunto de modalidades de desenvolvimento do saber elaborado”, ao longo de toda a existência humana (p. 78). A autora, reportando-se à evolução da EP refere princípios iluministas para uma educação integral, total e humana. Ela completa dizendo que a EP se propõe em sua tradição iluminista, iniciada por Rousseau e Kant, reforçada por princípios pedagógicos elaborados por Pestalozzi e Grundvig, transformar o homem e a mulher em cidadãos do mundo, pessoas responsáveis e autônomas que ao se formarem e aprimorarem, formam, reformam e aprimoram o mundo em que vivem.

Em 1968, ano do evento Maio de 68, em que estudantes se rebelaram em vários países principalmente na França, com o lema *imaginação no poder e é proibido proibir*, a 15ª Conferência Geral da UNESCO “analisando a crise da educação, propôs uma nova orientação chamada EP: os sistemas nacionais de educação deveriam ser orientados pelo princípio de que o homem se educa a vida inteira” (GADOTTI, 2006, p. 271). Sob um conceito extremamente amplo de educação, esse princípio da EP foi retomado como conceito-chave no Ano Internacional da Educação em 1970 para orientar as políticas educacionais dos países membros, complementa o autor.

Para a UNESCO a EP pode ser concebida como uma aprendizagem contínua cuja duração se confunde com a vida acadêmica e profissional (LOPES et al, 2007). Estes autores destacam como objetivos da EP numa organização: fazer parte de todos os momentos da carreira profissional; extrapolar o ambiente da sala de aula; embasar suas ações nas necessidades da população e não apenas no sistema escolar; e reconhecer a possibilidade da participação de vários sujeitos sociais no processo educativo.

De acordo com Lengrand (1970) a educação não é acrescentada à vida, pois não pertence ao domínio do ter e sim ao do ser; devendo favorecer o ser humano a prosseguir a aprendizagem e a formação ao longo de sua vida, e possibilitar que ele se torne o agente e o instrumento do seu próprio desenvolvimento pela diversidade do autodidatismo. Penso que sutilmente se coloca no indivíduo a responsabilidade sobre sua educação parecendo desvinculá-lo da instituição escolar.

O conceito de EP foi introduzido na saúde a partir de estudos desenvolvidos no âmbito da OPAS na década de 1970. A Organização “percebendo a formação inadequada das equipes de saúde frente à realidade dos serviços, introduziu o debate para a construção de um novo modelo pedagógico para a mudança das práticas de saúde” (LOPES et al, 2007, p. 149). De acordo com os autores a proposta de EP foi disseminada na América Latina visando desenvolver a relação entre trabalho e educação, a partir do princípio que a identificação de necessidades e a busca de solução para problemas encontrados geram conhecimento. Nesta experiência é válido e reconhecido todo o saber já consolidado, independente de sua origem ou do modo como foi adquirido. “A atividade do trabalhador pode ser o ponto de partida de seu saber real, determinando, desta maneira, sua aprendizagem subsequente” (Ibidem).

No Brasil, Galvão et al (1991), em seus estudos sobre EP para a OPAS, na busca de reconceituação dos processos de capacitação de pessoal empregado nos serviços de saúde, referem a importância da análise de algumas categorias relacionadas aos processos educativos, como: o contexto onde ocorrem, a identificação das necessidades de aprendizagem, o próprio processo educativo, a monitoria e o seguimento dos mesmos. Na sequência a estes estudos foram elaborados outros documentos para orientação das políticas de EP na perspectiva da transformação das práticas que vigoravam na época.

Haddad, Roschke e Davini (1994) informam sobre a controvérsia acerca do termo EP, referida na bibliografia como sendo alfabetização de adultos, capacitação profissionalizante, atualização profissional. Os mesmos autores definem a EPS como a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços, com a finalidade de melhorar a saúde da população.

No âmbito do SUS o conceito de EP aparece num dos seus alicerces normativos, a NOB/RH-SUS:

EP: constitui-se no processo de permanente aquisição de informações pelo trabalhador, de todo e qualquer conhecimento, por meio de escolarização formal ou não formal, de vivências, de experiências laborais e emocionais, no âmbito institucional ou fora dele. Compreende a formação profissional, a qualificação, a requalificação, a especialização, o aperfeiçoamento e a atualização. Tem o objetivo de melhorar e ampliar a capacidade laboral do trabalhador, em função de suas necessidades individuais, da equipe de trabalho e da instituição em que trabalha (BRASIL, 2005c, p. 32).

Ceccim (2005a) coloca a EP como uma vertente pedagógica que ganhou o estatuto de política pública apenas na área da saúde, por isso a designa EPS. Para ele, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas, a EP insere-se na construção de relações e processos que vão desde o interior das equipes, às práticas organizacionais, até às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais. Isto se aproxima com o que lembra Lengrand (1970) sobre a EP: a possibilidade de “mobilizar todos os setores da atividade humana para assumirem responsabilidade de educação” (p. 112). Este autor destaca que o papel desses setores, como por exemplo, a indústria, o comércio e outros, não está restrito à preparação profissional, mas está no âmbito de “uma concepção larga e interdisciplinar do processo educativo, de harmonia com os princípios de uma EP” (p. 112), ou seja, uma globalização da ação educativa.

Essa Política, apresentada pelo MS por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), foi aprovada em setembro de 2003, pelo CNS como a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a EPS. Logo depois foi instituída pela Portaria GM/MS Nº. 198 de 13 de fevereiro de 2004, expressando o compromisso do MS com a formação de trabalhadores para o sistema.

A leitura crítica dos diversos programas, capacitação e formação de RH na saúde existentes até então, constituiu a base de sustentação da mesma. A EPS se constitui como eixo transformador do sistema no que se refere à articulação entre Educação e Saúde e seu objetivo central é a transformação da organização do trabalho e das práticas profissionais a partir das necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde. Essa transformação das práticas significa “romper com a lógica centralizada e descendente da oferta de cursos padronizados, com carga horária, conteúdo e dinâmica definidos centralmente [...]” (CAMPOS et al, 2006c, p. 43).

Esforços devem ser feitos visando a educação em serviço como recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde, para superar a maneira tradicional de se organizar *menus* de capacitações e treinamentos pontuais e promover o ordenamento do processo formativo e da EPS. Para essa política os espaços, contextos e relações de trabalho em saúde constituem questões desafiadoras, requisitando do trabalhador habilidades desenvolvidas pela problematização. A capacidade de compreensão, assimilação, análise, ordenação dos conhecimentos; o manejo eficiente da relação concreto-abstrato, geral-particular, associação do saber com a ação; e a capacidade de reflexão e de organização do trabalho são princípios da EP (LENGRAND, 1970). Estes princípios são comuns à problematização e sustentam as ações de EPS.

Quintana, Roschke e Ribeiro (1985?) destacam a necessidade de outra visão acerca da instituição de saúde para a efetivação da EP. Para os autores, essas instituições são resultado de uma construção social e histórica, o que está estritamente relacionado à visão de gestão. Significa que, para alguns a gestão está limitada à noção física em detrimento da noção social, referente às experiências ali vividas. Em EP é essencial entender a instituição de saúde como espaço de relações e acontecimentos; de trabalho e de educação; conectados à natureza cultural, econômica, técnica e ideológica. Lembram ainda os autores acima citados a questão do poder institucional representado de várias formas. Para eles a EP se constitui em instrumento pedagógico de transformação do trabalho e do desenvolvimento permanente dos trabalhadores nos planos individual e coletivo, com o objetivo da melhoria da qualidade do serviço que se oferece à população. Especificam os autores essa qualidade como cômputo integral ligado a

determinados processos de trabalho, se constituindo em condição complexa, resultante das formas pelas quais acontece a produção de serviços.

A consolidação da EPS requer ações no âmbito da formação técnica, graduação e pós-graduação, da organização do trabalho, da interação com as redes de gestão e de serviços de saúde e do controle social do setor (BRASIL, 2005a). “Enquanto organizações inteligentes e abertas à mudanças as instituições de educação formal poderiam reconsiderar seus planos educativos [...]” (QINTANA, ROSCHKE e RIBEIRO, 1985?).

Segundo Ceccim (2005a), a EPS pode corresponder à Educação em Serviço, Educação Continuada e à Educação Formal de Profissionais: Educação em Serviço, quando conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica são submetidos a um projeto de mudanças institucionais; Educação Continuada quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras; Educação Formal de Profissionais quando permeada pela multiplicidade de realidades e vivências profissionais e pela pactuação de projetos que integrem trabalho e ensino.

Ceccim e Feuerwerker (2004) referem o Quadrilátero da Formação em que formação, atenção, gestão e controle social se integram nas discussões e orientações sobre EP, implicando na “construção e organização de uma gestão da educação na saúde integrante da gestão do sistema de saúde” (p. 41).

A EPS propõe que as ações educativas adotem a problematização da prática como estratégia pedagógica, contextualizando a formação às bases sociais, políticas e tecnológicas que sustentam os processos de trabalho em saúde (BRASIL, 2005a).

Campos et al (2006c) destacam como pressuposto pedagógico da EPS a aprendizagem significativa, isto é, o aprendizado tem sentido para o sujeito, por isso as propostas de capacitação devem ser estruturadas a partir da problematização dos processos de trabalho. Ceccim (2005b) enfatiza que “a aprendizagem significativa transcende da implicação ensino-serviço para a problematização do instituído, fórmulas e modelos – ruptura, e, experimentação – vivência” (p. 982).

Essa aprendizagem é motivada pelo desejo ativo do educando pela apropriação de novos saberes e práticas (BRASIL, 2005a). Trata-se de uma química simples que articula três finalidades substantivas sendo: os critérios de mudança para as transformações e a definição de prioridades; a análise dos problemas da

prática, que determinam o conteúdo do programa educativo; e as propostas de ação. Estabelece assim a relação teórico-prática, ou seja, entre o saber e sua finalidade social e institucional (QUINTANA, ROSCHKE e RIBEIRO, 1985?).

Lembra Ceccim (2005a), a importância da contextualização na análise de problemas institucionais, e a EP pode nortear as iniciativas de desenvolvimento dos profissionais e as estratégias de transformação das práticas de saúde. Isso requer dos profissionais experiências como:

- Detectar desconfortos, ou seja, a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho.

- Problematizar, isto é, dialogar com as práticas e concepções vigentes de forma concreta.

- Construir novos pactos de convivência e práticas que aproximem os serviços de saúde dos conceitos de integralidade, humanização, equidade e demais marcos da reforma do sistema de saúde.

Quintana, Roschke e Ribeiro (1985?) atentam para a distinção entre a proposta pedagógica da problematização e a metodologia de solução de problemas. Para eles, a problematização aponta para a transformação de sistemas de comportamento da organização e dos grupos a partir da tomada de consciência por parte dos sujeitos, de suas múltiplas dimensões e de seu próprio papel no processo. A solução de problemas opera sobre a análise de momentos caracterizados como problemas semiestruturados, de solução probabilística e ajustados à racionalidade técnica.

Em termos operacionais os Polos de EPS foram criados para a articulação interinstitucional na gestão da educação em serviço, isto é, promover relações orgânicas entre estruturas de gestão da saúde, instituições de ensino, órgãos de controle social e serviços de atenção (BRASIL, 2005a). Ceccim (2005b) informa que esses Polos, em dezesseis meses após a publicação da portaria ministerial, conseguiram “aglutinar 1.122 entidades segundo as bases locais com que se organizaram [...]” (p. 975).

Campos et al (2006c) referem os Polos de EPS como espaços de diálogo e negociação entre o SUS e instituições formadoras, o *locus* de identificação de necessidades, construção de estratégias e políticas de formação e desenvolvimento.

Lugar de debate e decisão política, envolvendo diversos atores sociais, como dirigentes, trabalhadores, estudantes e usuários.

Atualmente a PNEPS está definida pela Portaria GM/MS Nº. 1996 de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para sua implementação. São instâncias para sua condução, os CGR, de pactuação permanente e co-gestão e as CIES intersetoriais e interinstitucionais. São reafirmados os princípios da EPS como orientadores da construção dos Planos Regionais de EPS.

A EP se configura numa bandeira que porta a necessidade de transformação nos serviços de saúde e implica em transformação cultural. Propõe avançar para um programa educativo integral, com a revisão crítica da cultura institucional, a apropriação ativa do saber científico e o fortalecimento dos objetivos de equipe (QUINTANA, ROSCHKE e RIBEIRO, 1985?). Essa é a relevância do conceito de EP ser trazido para a área da saúde que, ante transformações, requer novos rumos para as práticas educacionais.

Não obstante essas considerações creio ser oportuno colocar o pensamento crítico de Saviani (2007) sobre a EP, apenas com o intuito de reflexão. Em breve retrospectiva sobre a trajetória da educação na sociedade capitalista, o autor constata que a escola e a educação “traduzem a versão dominante, [...], e as mudanças são feitas em relação à sua maior ou menor capacidade de atender aos interesses dominantes”, portanto trata-se da recomposição dos mecanismos de hegemonia (p. 223). O autor informa o surgimento, depois da Segunda Guerra, dos meios de comunicação de massa, numa educação cujos recursos não dizem respeito à escola, trazendo uma gama de modalidades de atividades educacionais além da escola. Numa concepção ampla de educação, consiste em alcançar vastas camadas populacionais, e superar o anacronismo da escola tradicional e as limitações da Escola Nova, trata-se da EP. Considerando a intenção de manter interesses hegemônicos, o que aparece agora é o fenômeno da desescolarização, modismo oriundo dos Estados Unidos e sem sentido na realidade brasileira.

5.5 PROBLEMATIZAÇÃO

Presente nas duas políticas sob análise neste trabalho, a problematização constitui recurso pedagógico inovador na educação de adultos, numa perspectiva emancipadora. Para Freire (2005) a educação problematizadora propõe a reflexão

sobre os homens em suas relações com o mundo, identificando-se com o movimento permanente em que se acham inscritos, negando o homem abstrato, isolado e solto, da educação bancária.

Busca o desenvolvimento integral do indivíduo em suas dimensões técnica, política, pedagógica, social e humana. Vê o “homem como sujeito de sua própria educação, situado NO e COM o mundo” (SAID, 1995 *apud* ANESI, 1998 p. 39). O ser sujeito “descobre que não só está na realidade, mas também que está com ela” (FREIRE, 1979, p. 62).

Quintana, Roschke e Ribeiro (1985?) lembram a primazia do sujeito na produção do sentido da experiência da aprendizagem, ele não pensa só e pelas condições sócio-institucionais, está em confronto com o pensamento de outros. Sob este aspecto de comunhão Freire (2005) coloca que o diálogo “é o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos [...]” (p. 91).

Há muitas denominações para a problematização, como metodologia, pedagogia, técnica/método de ensino, proposta pedagógica, até é confundida, às vezes, com Aprendizagem Baseada em Problemas. Essencialmente, trata-se de uma modalidade de ensino dialogal em que o ser que aprende é considerado nas suas dimensões e suas experiências são valorizadas, não sendo visto como um objeto e sim como sujeito. Inspirada nos pressupostos das teorias pedagógicas progressistas, dentre elas, da teoria progressista libertadora, vem sendo utilizada por professores que, interessados numa educação mais consequente, articulam-na à análise das realidades sociais.

Para Libâneo (1996), o termo progressista refere-se às “tendências que partindo de uma análise crítica das realidades sociais, sustentam implicitamente as finalidades sócio-políticas da educação” (p.32). Diz ele ainda que numa sociedade capitalista é difícil a institucionalização da pedagogia progressista, por isso ela se constitui um instrumento de luta dos professores ao lado de outras práticas sociais.

Segundo Gadotti (1979), em prefácio à obra de Paulo Freire, “numa sociedade dividida em sociedades antagônicas não há condições para uma pedagogia dialogal”, citando o interior da escola, a sala de aula como lugares onde se pode estabelecer o diálogo (p. 12). A teoria progressista libertadora tem como inspirador e divulgador Paulo Freire. Essa teoria pressupõe o questionamento da realidade das relações dos seres humanos entre si e com a natureza, busca o

desvelamento da realidade social de opressão e visa à transformação, o que constitui seu caráter crítico. Como diz Freire (2005) “o que antes já existia como objetividade, mas não era percebido em suas implicações mais profundas e, as vezes, nem era percebido, se destaca e assume o caráter de problemas, portanto, de desafio” (p. 82).

Os conteúdos, denominados temas geradores, são extraídos da problematização da prática de vida dos alunos, emergindo assim do saber popular (LIBÂNEO, 1996). O método fundamenta-se no diálogo, grupo de discussão em que educador e educando são mediados pelo objeto a ser conhecido e o que é aprendido decorre do nível crítico de conhecimento construído a partir da compreensão, reflexão e crítica, acrescenta o mesmo autor.

Segundo Freire (2005) a problematização supera o intelectualismo alienante e a falsa consciência do mundo.

A problematização baseia-se na Epistemologia Genética de Jean Piaget, importante linha teórica de aprendizagem. Esta teoria tem no construtivismo sua ideia central e representa a vertente cognitivista da Pedagogia Renovada, que é uma manifestação da Teoria Liberal, uma das correntes do pensamento pedagógico. As teorias cognitivistas realçam a aprendizagem na perspectiva do papel do sujeito. A corrente liberal é uma manifestação característica das sociedades cindidas em classes e abrange tendências pedagógicas tanto conservadora (tradicional; tecnicista) como renovada (progressivista; não diretiva). A Pedagogia Renovada ou Pedagogia Nova ou Escolanovismo surgiu no final do século XIX como um movimento de crítica à Pedagogia Tradicional. Propõe um ensino que valoriza a auto-educação, destaca o aluno como o sujeito do conhecimento, a experiência baseada na ação, um ensino centrado no aluno e no grupo. Advoga um tratamento diferencial ao aluno considerando as diferenças individuais (LIBÂNEO, 1996; SAVIANI, 2008a). Entretanto Saviani (2008a) em seu estudo sobre as teorias educacionais inclui a Pedagogia Nova no grupo das Teorias Não Críticas, que consideram a autonomia da educação em relação à sociedade e procuram compreendê-la a partir de si mesma.

A despeito destas considerações os princípios de Piaget são requeridos na problematização devido a relevância do entendimento acerca do processo ensino-aprendizagem, que envolve as formas de pensar e conhecer do educando.

Davini (1989b) explica que a questão central que deve preocupar o educador é o como se aprende, mais do que o como se ensina. A compreensão dessa questão é fundamental, orientadora do ato educativo e pode levar a uma aprendizagem verdadeira.

Piaget explica que o indivíduo, desde criança, desenvolve formas de ação, ou seja, esquemas de assimilação (ou estágios) para conhecer alguma coisa. Com início a partir do nascimento e culminando na idade adulta, ocorre uma construção e reconstrução contínua das estruturas mentais. Há uma evolução e “uma verdadeira transformação progressiva que vai desde os esquemas de assimilação mais simples aos mais complexos, desde os mais concretos aos mais abstratos” (DAVINI, 1989b, p. 29).

São os esquemas de assimilação:

a. Sensório Motor – 0 a 2 anos: a criança percebe o ambiente e age sobre ele. O sujeito conhece através da manipulação concreta de objetos materiais.

b. Perceptivo – 2 a 7 anos: ocorre o desenvolvimento da capacidade simbólica. No entanto, o sujeito não pensa além do que vê.

c. Lógico concreto – 7 a 12 anos: o sujeito já descreve características diferentes sobre o objeto. Contudo não pode pensar sem ver.

d. Lógico abstrato – após os 12 anos: o sujeito abstrai e pensa livre das limitações da realidade (DAVINI, 1989b).

Libâneo (1996) informa que “o ensino baseado na psicologia genética de Piaget tem larga aceitação na educação pré-escolar” (p. 26). Entretanto os fundamentos piagetianos sobre a construção do conhecimento são aplicados na educação de adultos. Aqui, se faz uma aproximação com a área pedagógica, pois Piaget não aplicou isto ao ensino, esta transição é feita pelos educadores.

Na formação de trabalhadores da área da saúde esses fundamentos têm sustentado a problematização e o trabalho do educador, pois quando este detecta dificuldades na aprendizagem do educando, usa o conhecimento sobre os referidos esquemas para subsidiar e encaminhar soluções.

Outro princípio considerado na educação de adultos e na problematização é a força padrões culturais. Segundo Davini (1989b) “estes têm fundamental importância, já que conformam no sujeito os esquemas de percepção e de pensamento sobre a realidade, esquemas que são incorporados a ele desde a

infância” (p. 30). Estes esquemas são construídos através da história de um determinado grupo social. Esse princípio aplicado na prática pedagógica leva à reflexão sobre como os trabalhadores de saúde concebem o processo saúde-doença, conclui a autora.

As ideias de Vygotsky, pensador bielo-russo, também orientam a problematização. Conforme seus ensinamentos o aprendizado é essencial para o desenvolvimento do ser humano e se dá, sobretudo pela interação social. De acordo com Oliveira (1997) a relação do indivíduo com o mundo é mediada por instrumentos e símbolos desenvolvidos no interior da vida social e sua inserção “num determinado ambiente cultural é parte essencial de sua própria constituição enquanto pessoa”. Ela aponta ainda que para Vygotsky o aprendizado “sempre envolve a interferência, direta ou indireta, de outros indivíduos e a reconstrução pessoal da experiência e dos significados” (p. 79) e o indivíduo aprende quando as informações fazem sentido para ele. Este fundamento é a base para que na problematização se considere o saber que o aluno traz consigo para a construção do conhecimento articulando-o com a realidade social.

Em linhas gerais a problematização se apóia nos seguintes princípios:

1. Mediação, pelo educador, da relação entre educando e conteúdo.
2. Construção do conhecimento a partir dos conhecimentos preexistentes do sujeito que aprende daquilo que é significativo e concreto para ele.
3. Respeito aos diferentes ritmos de aprendizagem, aos esquemas de assimilação.
4. Valorização de como se aprende e não somente como se ensina.
5. Consideração aos padrões culturais.
6. Estimulação à construção coletiva do saber.
7. Status do professor não difere do status do educando.
8. Aprendizagem ocorre através de sucessivas aproximações ao objeto que se aprende.
9. Articulação entre trabalho e ensino, prática e teoria, promovendo o exercício dialético.
10. Desenvolvimento de habilidades intelectuais desde observação até extrapolação.

Para Quintana, Roschke e Ribeiro (1985?) a problematização vai muito mais além da solução de problemas, buscando uma reorientação dos padrões de pensamento, avaliação e ação coletivas, pois:

1. Predomina a categoria de conflito mais que a racionalidade técnica; atendo-se a resolução técnica desde que esteja encaixada na análise do conflito.
2. Trabalha-se ao mesmo tempo com o manifesto e o latente, com o objetivo e o subjetivo.
3. Centra-se na equipe de saúde e na missão da organização, contextualizando a prática; não descarta o desenvolvimento individual, mas privilegia o avanço coletivo em função da organização.

O resultado esperado com o uso da problematização é a formação de profissionais críticos, com qualidade política para gerar impacto na comunidade, capazes de atuar num SUS histórico e dinâmico, colaborando para seu fortalecimento e que sejam participantes da transformação do perfil de saúde no país.

A problematização parte do pressuposto que num mundo dinâmico de mudanças rápidas, o que se espera do educando-trabalhador não são apenas conhecimentos, ideias, comportamentos corretos, mas “sim o aumento da capacidade do aluno – Participante e Agente da Transformação Social – para detectar os problemas reais, buscar para eles soluções originais e criativas” (BORDENAVE, 1989, p 24). Ele refere as consequências do uso da problematização tanto em nível individual como social e que a transformação individual não ocorre de forma separada da transformação social. Socialmente, para o autor, um dos aspectos mais relevantes é a potencialização da capacidade crítica do indivíduo, que conhecedor de sua própria realidade pode reagir à valorização excessiva do forâneo e até resistir à dominação por classes e países. Assim ele pode ultrapassar o estado de alienação e imitação, lembrado por Freire (1979) em que “o ser alienado não olha para a realidade com critério pessoal, mas com olhos alheios” (p.35) o que o leva a aceitar soluções importadas sem reluzi-las sociologicamente.

Com a problematização o educando usa a realidade para aprender e pelas sucessivas aproximações ao objeto vai fundamentando seu saber se preparando para transformar essa realidade. O aluno, segundo Berbel (1998) é levado ao

exercício da “cadeia dialética de ação – reflexão – ação”, ou seja, a relação prática – teoria – prática, “tendo como ponto de partida e de chegada do processo de ensino e aprendizagem, a realidade social” (p. 144). A autora afirma ainda que o propósito maior da problematização é o preparo do ser humano à uma atuação consciente e intencional para transformação de sua realidade, sempre para melhor, “para um mundo e uma sociedade que permitam uma vida mais digna para o próprio homem” (Ibidem).

Paulo Freire (1979) lembra a importância da educação para a mudança social e enfatiza que “quando o homem compreende sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções” e pode desta forma transformá-la (p. 30).

Hengemühle (2007) defende que a problematização leva a formação de mentes investigativas que buscam compreender e solucionar problemas com base em conhecimentos teóricos e argumentos fundamentados. O autor ainda afirma que com a problematização há a criação de “um movimento instigador entre a realidade, a teoria e a realidade re-compreendida” (p. 190), em que o educando se vê imerso em exercícios mentais superiores, como argumentar, analisar, compreender. Lembra ainda, que estão envolvidos saberes e não saberes, caos e ordem no exercício do espírito perquiratório do aluno, e que o ser reflexivo pode ressurgir com maior plenitude.

Segundo Ceccim (2005a) “problematizar é colocar questões às perguntas em lugar de respostas, tornar a reflexão uma prática de pensamento [...] e exercer a análise das práticas como dispositivo de mutação singular [...]” (p. 175). Ele complementa dizendo que a invenção de problemas leva a implicação ativa no mundo, ao acolhimento da alteridade, do estranhamento e das incertezas, de forma que o mundo e o indivíduo se tornam uma “obra de arte - invenção permanente; esculpir o tempo” (Ibidem). O autor fortalece seu pensamento citando a referência do filósofo Deleuze: “a arte é o destino inconsciente do aprendiz” (Ibidem).

De acordo com Vasconcelos (1999) a problematização parte de uma crítica do ensino tradicional e propõe um tipo de ensino identificado com: problematizar a realidade e buscar soluções aos problemas detectados e isso possibilita ao educando o desenvolvimento de seu raciocínio crítico.

Resumindo, a problematização considera o aluno um ser que pensa, percebe sua realidade, sabe que pode interferir e age. Assim potencializa suas capacidades de olhar e ver, identificar situações-problema, levantar hipóteses de solução, avaliar sua aplicabilidade, promover e gerar mudanças e transformação social.

A problematização é operacionalizada pelo **Método do Arco**, criado por Charles Maguerez (BORDENAVE, 1989). Este arco consta de um diagrama numa sequência de passos, partindo da observação da realidade, identificação dos pontos chave, teorização, levantamento de hipóteses de solução e aplicação à realidade, para uma construção de conhecimentos vinculados à realidade social do aluno.

1. Observação da Realidade: Com a seleção de determinado aspecto da realidade os alunos são levados a observá-la e percebê-la. Utilizam-se diversos instrumentos como filmes, fotos, notícias, etc. que são explorados através de perguntas de diferentes níveis cognitivos. Assim o educador percebe os saberes dos educandos, pois eles expressam suas ideias, imagens, valores, sentimentos, percepções sobre a realidade estudada, numa leitura sincrética da mesma (BORDENAVE, 1989).

Segundo Berbel (1998) as observações feitas pelos educandos lhes permitem “identificar dificuldades, carências, discrepâncias, de várias ordens, que serão transformadas em problemas, ou seja, serão problematizadas” (p. 142).

Para Hengemühle (2007), o professor traz situações e problemas significativos aos alunos para começar a aula. Diz ele também que a partir de um tema significativo podem-se explorar situações e problemas com os educandos.

Essa fase tem sua relevância no fato de que a compreensão sobre a complexidade da realidade em sua totalidade; sobre o fazer do homem concreto; sobre o processo histórico e dinâmico da realidade; é o que leva o homem a comprometer-se com ela (FREIRE, 1979).

2. Análise dos Pontos-Chave: Os alunos são levados a perceberem mais, decompõem a realidade em seus elementos, discriminam problemas, suas causas e determinantes, desenvolvendo habilidades mentais.

Para Bordenave (1989), nesta análise “os alunos separam, no que foi observado, o que é verdadeiramente importante do que é puramente superficial ou contingente” (p. 25), ou seja, identificam os pontos chave do problema ou assunto em estudo.

Berbel (1998) informa que neste momento os educandos percebem os problemas de ordem social e suas variáveis menos diretas, menos evidentes e mais distantes (p. 143).

Segundo Hengemühle (2007), as situações problemas, visíveis para os educandos, são significativas e provocadoras para eles (p. 201).

A discussão ocorre na ordem crescente das dificuldades. O homem vê a realidade de dentro, separa-a em partes, se apropria do contexto e sai da posição de apenas estar aderente a ele (FREIRE, 1979).

3. Teorização: Os conhecimentos científicos explicam os problemas. Esta fase compreende operações analíticas da inteligência e o educando passa das operações concretas para as operações abstratas, informa Bordenave (1989), ancorado em Piaget.

Para Berbel (1998) a teorização “é a etapa do estudo, da investigação propriamente dita” (p. 143). As informações obtidas nesta fase são tratadas, analisadas e avaliadas quanto à possibilidade de resolução dos problemas em estudo, diz a autora.

De acordo com Hengemühle (2007), a teoria é a referência à compreensão e solução das situações-problema.

Adaptando nessa fase as Fichas Auxiliares de Freire (1979), a teorização utiliza-se de instrumentos para facilitar, fechar, sistematizar e construir o saber sobre o tema, o assunto, a realidade discutida.

4. Formulação de Hipóteses de Solução: É nesta fase que a vivência das etapas anteriores sustenta os educandos para as propostas de solução dos problemas estudados. O educador provoca-os através de tempestade cerebral e ao fazê-lo já pode avaliar tanto o crescimento deles como perceber também se está problematizando adequadamente.

Segundo Bordenave (1989) “é aqui onde deve ser cultivada a originalidade e a criatividade na inventiva para que os alunos deixem sua imaginação livre e se acostumem a pensar de maneira inovadora” (p. 25). Eles confrontam as hipóteses de solução com as limitações da realidade, ou seja, a confrontação real-ideal, num exercício dialético.

Berbel (1998) lembra que nesta etapa do arco as hipóteses apontadas pelos alunos são “fruto da compreensão profunda que se obteve sobre o problema, investigando-os de todos os ângulos possíveis” (p. 144).

Nesta fase, segundo Hengemühle (2007) o aluno pode se posicionar criticamente analisando e propondo soluções para os problemas com argumentos teóricos (p.134).

Aqui ocorre o entrechoque das contradições, é onde se manifesta a visão mais crítica do educando. Novamente adaptando os ensinamentos de Freire (1979) neste momento os exercícios feitos possibilitam a fixação do novo, isto é, do conhecimento construído, visando sua aplicação prática.

5. Aplicação à Realidade: O aluno se volta à realidade observada para realizar ou executar os projetos ou propostas viáveis visando transformá-la. Assim ele exerce sua competência técnica e cidadania. Bordenave (1989) informa que nesta fase “o aluno pratica e fixa as soluções que o grupo encontrou como sendo mais viáveis e aplicáveis” (p. 25).

Esta fase ultrapassa o exercício intelectual, o componente social e político estão mais presentes. Há um compromisso dos alunos com o seu meio. Neste, fizeram observações e para este retornam com resultados de seus estudos, visando alguma transformação (BERBEL, 1989).

Hengemühle (2007) refere-se a esta fase como compreensão e/ou reconstrução da realidade. Para ele representa a “compreensão, reconstrução da realidade, momento do sentido mais pleno do ato de estudar, pois a teoria mostra-se útil, significativa” (p. 137).

Esta é a fase da síntese propriamente dita. A análise crítica permite a compreensão contextualizada da estrutura social. O homem/educando/trabalhador, um ser de práxis, ao responder aos desafios com os quais se deparou, pode empreender esforços de mudanças, pode criar o mundo histórico-cultural (FREIRE, 1979).

Para Bordenave (1989) todo esse caminhar pedagógico constitui razão da supremacia da problematização em relação a outras Pedagogias. Ele refere ainda que o objetivo fundamental da ação educativa é desenvolver a personalidade integral do aluno, sua capacidade de pensar e raciocinar, bem como seus valores e hábitos de responsabilidade, cooperação, etc.

Para Berbel (1998) a problematização é uma “metodologia, entendida como um conjunto de métodos, técnicas, procedimentos” ou ainda “atividades intencionalmente selecionados e organizados em cada etapa, de acordo com a natureza do problema em estudo e as condições gerais dos participantes” (p. 144).

Hengemühle (2007) lembra a importância da problematização para o exercício das mentes no sentido de os indivíduos, quando necessário, serem capazes de acionar conhecimentos compreendidos, fundamentar suas convicções e responsabilizar-se por seus atos.

Para Freire (2005) a educação problematizadora constitui-se num quefazer humanista e libertador, e sua importância “está em que os homens submetidos à dominação lutem por sua emancipação” (p. 86).

O êxito no uso da problematização está relacionado à incorporação de seus princípios pelo docente, pois requer atitudes pautadas na horizontalidade relacional, diferente, muitas vezes, de suas heranças pedagógicas, provavelmente oriundas de métodos tradicionais em sua formação.

Bordenave fala de um tipo de professor que tem uma visão estrutural da sociedade, que “considera o aluno, as matérias a ensinar, e a si mesmo, como partes inseparáveis de um contexto societal” e “que a opção metodológica feita pelo professor pode ter efeitos decisivos sobre a formação da mentalidade do aluno, de sua cosmovisão, de seu sistema de valores e, finalmente, de seu modo de viver” (BORDENAVE e PEREIRA, 1997, p. 68).

Lengrand (1970) lembra que a missão essencial do educador é ajudar o educando a tornar-se mais ele próprio, fornecendo-lhe os instrumentos da consciência, da reflexão e da expressão, tanto do pensamento como dos sentimentos.

Freire (2005) lembra que a questão a ser enfrentada pelos educadores para o agir problematizador é que “[...] faltando aos homens uma compreensão crítica da totalidade em que estão, captando-a em pedaços nos quais não reconhecem a interação constituinte da mesma totalidade, não podem conhecê-la” (p. 111). É necessário que o docente reflita sobre sua prática pedagógica para que seu trabalho seja significativo junto aos educandos, por conseguinte, junto à sociedade.

Não obstante cabe lembrar que Silva (2002) adverte sobre a possível armadilha que espreita o discurso construtivista da educação, citando Corazza

(1994) para a qual há uma conveniente compatibilidade entre o sujeito pressuposto no discurso neoliberal de reestruturação da produção e o tipo de eu subjacente às propostas do construtivismo pedagógico: “autônomo, racional, participativo, responsável” (p. 19). Neste sentido autonomia, flexibilidade e habilidade para resolver problemas integram o perfil do novo cidadão ante os arautos da GQT na Educação com a subscrição de um construtivismo pedagógico.

5.5.1 Alguns apoios referenciais à problematização

Não desconsiderando as advertências acima e entendendo que a atitude do educador rege o ato educativo, apresento alguns pensadores que trazem princípios da problematização em seus postulados. Esta apresentação tem por base a obra de Gadotti (2006).

1. WLADIMIR ÍLITCH ULYANOV-LÊNIN (1870-1924) líder da Revolução Russa (Socialismo) “atribuiu grande importância à educação no processo de **transformação social**” (p. 121) implantou as ideias socialistas na educação.
2. MOISÉS MIKHAYLOVICH PISTRAK (1888-1940) (Socialismo) um dos primeiros educadores da Revolução Russa: a importância da **aprendizagem para a prática** de uma determinada ação; o **professor era um conselheiro** (horizontalidade na relação); **métodos ativos** e veiculados ao trabalho manual como, por exemplo, o **trabalho agrícola**; a ida do aluno à fábrica, para compreender a totalidade do trabalho; o programa de ensino devia possibilitar ao aluno a percepção e a compreensão do real (p. 123).
3. ANTON SEMIONOVICH MAKARENKO (1888-1939) (Socialismo, mas teve influência da Escola Nova) com princípios democráticos, preconizava a **educação do indivíduo e do cidadão**; o professor devia ter simplicidade e verdade nas relações humanas, enfrentar o conflito com a **reflexão** e ter empatia e **aceitação dos limites do educando** (p.128).
4. JOHN DEWEY (1859-1952) (escolanovista) o ensino devia dar-se pela ação (diferente de Herbart); educação e **reconstrução da experiência concreta**; relação entre experiência concreta de vida, problemas e educação; o pensar se dá em cinco passos: **uma necessidade sentida, a análise da dificuldade, as alternativas de solução do problema, experimentação de várias soluções, ação como prova final**. Educação como processo (p. 143).

5. CARL ROGERS (1902-1987) (antiautoritário) entre os princípios que o autor propõe estão: **a aprendizagem é facilitada quando o aluno participa responsabilmente do seu processo; a atitude do facilitador favorece a aprendizagem do aprendiz** (p. 183).
6. HENRY GIROUX (1943-) (socialista democrático) Propôs a Teoria da Resistência e da Pedagogia Radical. O professor radical deve começar a partir de suas próprias perspectivas sociais e teóricas em relação à sua **visão da sociedade, do ensino e da emancipação**, isto é “enquanto professores nós precisamos buscar em nossas próprias histórias e tentar entender como as questões de classe, gênero e raça deixaram sua marca sobre como nós agimos e pensamos” (p. 199).
7. FRANCISCO GUTIÉRREZ (1928-) (espanhol, estudioso da Pedagogia da Comunicação, pensador latino-americano) **Os conhecimentos surgem das necessidades e circunstâncias reais dos educandos e de seu relacionamento com a semiótica social** (p. 217).
8. MARIA T. NIDELCOFF (1937-) (argentina, trabalhou na formação do professor-povo) **O professor deve ser crítico** e perceber que conforme sua concepção de sociedade e das relações humanas ele pode ser omissivo ou ativo. Deve saber que a forma como trabalha e os conhecimentos que seleciona pode favorecer a ignorância e a derrota, ou, **favorecer o despertar e a crítica** (p. 221).

Destaco ser apenas uma aproximação, carece, portanto de estudos posteriores. Vasconcelos (1999) já mostrou que a problematização “pressupõe fundamentos de várias correntes filosóficas, entre as quais a fenomenologia, o existencialismo e o marxismo” (p. 42).

5.6. PERCORRENDO UM ESPAÇO TEMPORAL: o contexto

A análise do percurso histórico de políticas como o PLE e a EPS conclama que se considere “de saída, o seu contexto de criação e desenvolvimento” (ALVES e PAIVA, 2006, p. 12). Nesta breve retrospectiva eu tomei como referência o autor Jairnilson Paim, reconhecido estudioso da saúde coletiva.

5.6.1 Espaço temporal do PLE e da PNEPS

O surgimento do PLE não foi descolado de fatos antecedentes. Em março de 1980 estava em curso o Estado Militar sob o governo de João Batista Figueiredo (1979-1985). O regime, que passava por uma crise político-ideológica e fiscal, contracenou com a reabertura democrática, na qual teve centralidade o setor saúde, sob a militância de atores do MRS, na luta pelos ideais democratizantes da RSB. Esse movimento, conforme alguns autores se formara nos meados da década de 1970, para outros seu marco inicial foi a 8ª CNS em 1988. Seus militantes atuavam em defesa da saúde, sendo inicialmente integrado por intelectuais das universidades e profissionais da área da saúde, e aos poucos foi agregando e mobilizando significativos segmentos e múltiplas forças da sociedade civil e do aparelho de Estado. Estrategicamente o movimento “inicia os anos 80 propondo como linha tática a ocupação dos espaços institucionais e a formulação/implementação ativa de políticas de saúde frente à crise previdenciária do Estado” (FALEIROS et al, 2006, p. 41). Suas proposições visavam à reforma do setor, com a construção de uma nova política de saúde, democrática, com base em elementos essenciais como a descentralização, universalização e unificação, características, portanto, de um projeto contra-hegemônico. Apesar de embates e contradições na implementação da RSB ao longo das décadas, o movimento colocou em cena uma experiência histórica inovadora, que ainda está em curso na atualidade. A década de 1980 constitui referencial histórico importante marcado por duas ideologias, a dominante, legitimada pelo regime militar, repressiva, mas em declínio devido às crises econômicas e suas repercussões, e a ideologia marxista, pela qual se orientavam os militantes do MRS, que faziam oposição ao regime. O fato de alguns destes atores ocuparem posições no aparelho estatal podia ser considerado um triunfo, entretanto tinham que atuar ladeados pelas forças conservadoras. Aqui não se vê ainda uma

nítida relação com o PLE, mas integrantes do MRS em ações futuras irão desempenhar papel decisivo em sua aprovação.

Em abril de 1984, precisamente desde os últimos meses de 1983, o país vivia a agitação do movimento das “Diretas Já”, um dos maiores movimentos cívicos de sua história. Os governadores de estado já haviam sido eleitos diretamente em 1983 e tomado posse, após quase vinte anos de eleições indiretas controladas pelo regime militar, representando grande conquista do povo brasileiro no plano político (SAVIANI, 2008a). Nesta época, ainda sob o governo militar de João Batista Figueiredo, processava-se a transição do regime militar para a democracia representativa formal.

Na área da educação havia um clima de grande efervescência, com ampla mobilização dos educadores e intensos debates pedagógicos, numa expectativa de substantivas mudanças na educação brasileira ante o quadro de transformações políticas que se desenhava naquele momento (SAVIANI, 2008a). Na área da saúde, acontecia em 1984, o V Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, para embasar uma Política de Saúde para o Governo de Transição Democrática (PAIM, 1986).

O ano de 1985 correspondia ao percurso da Nova República, sob o governo José Sarney (1985-1989), que completaria a transição democrática, iniciada pelo governo militar de Ernesto Geisel. Este novo cenário veio ser favorável politicamente para a RSB, que já se institucionalizava pela atuação estratégica de seus atores, entre 1985 e 1987, em postos da burocracia técnica estatal, como por exemplo, Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Hésio Cordeiro, no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e, Eleutério Rodrigues Neto, como Secretário Geral do MS. Identificados com políticas democratizantes promoveram aceleração das mudanças na área da saúde, determinando ações rumo à reorganização dos serviços. Época dos desdobramentos das AIS, implantadas em 1983, propostas pelo Plano Nacional de Administração da Saúde Previdenciária, o plano do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), criado em 1982. (Este plano também é citado como Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social). “As AIS foram expandidas e fortalecidas em termos orçamentários e consideradas como uma estratégia-ponte para a reorientação das

políticas de saúde e para a reorganização dos serviços” (PAIM, 2008, p. 97). Podia-se observar então, segundo o autor, o estímulo à integração das ações de saúde, o apoio à descentralização gerencial, o planejamento na prática institucional e abertura à participação popular, consolidando-se os ideais do movimento reformador. Entretanto, permaneciam também no sítio político, segmentos dissidentes do regime anterior, ou seja, duas forças, progressistas e conservadoras, cujos interesses eram opostos, estatizantes de um lado e privatistas de outro. Além de conferir um caráter heterogêneo ao governo Sarney, figurava como fonte de conflitos e discordâncias no âmbito do Estado com implicações no campo da saúde, e era neste clima que as AIS se configuravam como a forma de viabilização concreta das políticas de saúde da Nova República. Nessa época, Carlos Sant’Anna era o Ministro da Saúde, Waldir Pires o Ministro da Previdência e Assistência Social, Marco Maciel o Ministro da Educação e Cultura, e Renato Archer, o Ministro da Ciência e Tecnologia, ministério que havia sido recentemente criado.

No campo socioeconômico este período caracterizava-se pelas consequências do ápice e decadência do milagre econômico, que eram enfrentadas já no final da década de 1970, quando se encerrava o período de altas taxas de crescimento. Isso veio nos anos de 1980 requerer ajustes na economia levando a uma arriscada política de endividamento externo. “Em 1980 iniciava-se o ajuste econômico que importaria anos de depressão entre 1981 e 1983 e uma década de desempenho pífio, a chamada década perdida” (ALVES e PAIVA, 2006, p. 30).

Em 13 de fevereiro de 2004, seguia em curso o segundo mandato do presidente eleito diretamente Luiz Inácio Lula da Silva, do Partido dos Trabalhadores (PT). (Governo Lula I: 2003-2006; Governo Lula II: 2007-2010). O governo vem, desde então, implementando políticas públicas derivadas do governo anterior, sob os arautos neoliberais. Segundo comentaristas políticos, o governo Lula oriundo de um partido oposicionista ao governo, ao assumir a presidência da República, externou sua posição de extrema direita, ou seja, abraçou sem restrição a opção neoliberal, proclamada nos anos 1990 pelo ex-presidente Fernando Collor de Melo. Este pensamento predomina em ações focalizadas como o Programa Bolsa Família, levando a uma cidadania invertida (PAIM, 2008).

Para entender este momento cabe uma breve retrospectiva do contorno político e seus reflexos na área da saúde.

5.6.2 Espaço de transição

5.6.2.1 Governo José Sarney (1985-1989)

Com a morte de Tancredo Neves, em 1985, seu vice, José Sarney, assumiu o Governo de Transição Democrática (1985-1989). Sob este governo, forças de esquerda progressista, não sem alianças com a direita conservadora, puderam incluir na Carta Magna (1988), elaborada no Congresso Nacional Constituinte, importantes mudanças para o sistema de saúde brasileiro, como por exemplo, o conceito ampliado de saúde e saúde como direito do cidadão e dever do Estado, entre outras, discutidas na 8ª CNS (1986), marco político ideológico do RSB (PIMENTA, 2007?). No entanto, mesmo numa conjuntura democrática, a RSB enfrentava, pela complexidade de sua abrangência, impasses, tanto em seu processo de construção como na sua condução, caracterizando o que se chamou de dilema reformista. O arsenal teórico-conceitual da RSB não conseguia contornar os obstáculos relativos à aplicação prática de seus princípios, resultando distorções em sua implementação. Esta implicava em lidar com o problema da crise fiscal do Estado, “e com um conjunto de dispositivos jurídicos e administrativos que compunham a sua ossatura e com uma cultura política assentada no clientelismo, fisiologismo e patrimonialismo” (PAIM, 2008, p. 176).

O constrangimento da economia pela dívida externa comprometia o financiamento dos serviços públicos, e com esse reflexo na saúde seria impensável a RSB. Os arranjos da descentralização iniciada com as AIS em 1984 não deixavam de ser um avanço, e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 representava uma possibilidade de passagem de políticas racionalizadoras para políticas democratizantes na saúde. Nesse período (1987-1988) surgiram os Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) caracterizando o movimento pela municipalização em defesa do SUS. Nos encontros realizados pelo CONASEMS tanto eram debatidas as questões da saúde como se faziam denúncias acerca das distorções entre discurso e fatos concretos na tentativa de conter retrocessos na efetivação da RSB. Destes eventos resultavam Cartas, contendo a posição política dos gestores municipais nos diferentes momentos do SUS, como a Carta de Olinda, 1988; a Carta de Curitiba, 1993, e outras (PAIM, 2008; PIMENTA, 2007?).

5.6.2.2 Governo Fernando Collor de Melo (1990-1992)

Com a eleição de Fernando Collor de Melo, no segundo turno em 1989, grupos contrários à RSB é que se tornaram os responsáveis pela implantação do SUS (PAIM, 2008).

A partir de conjunturas internacionais, configurou-se novo contexto econômico, político e ideológico, sob domínio do pensamento neoliberal, influenciando as políticas na lógica da defesa do mercado e da redução da presença do Estado. Assim “o Brasil da era Collor foi tributário de primeira hora dessas novas condições internacionais” (FALEIROS, 2006, *apud* PAIM, 2008). Consequentemente influenciou o processo da RSB. Alcení Guerra assumiu o MS, e Reinhold Stephanes a Secretaria Executiva do MS. Visualizando-se a possibilidade de políticas racionalizadoras, os pobres e descamisados seriam alvo de uma medicina simplificada e de baixo custo. Com inflexão privatizante este governo demonstrava interesses em reverter as conquistas sociais garantidas na Constituição Federal de 1988, inclusive o SUS (PAIM, 2008). Assim, ao sancionar a Lei Orgânica da Saúde (LOS) Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, o Presidente Collor vetou questões fundamentais como o financiamento e o controle social. Após mobilizações, a LOS foi complementada pela Lei Nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, contemplando a participação popular e o controle social através das conferências e conselhos de saúde e orientando as transferências intergovernamentais de recursos financeiros da saúde. Contudo, a publicação da NOB/91 pelo presidente do INAMPS, órgão incorporado ao MS, responsável pelo repasse de recursos financeiros, que mantinha a lógica de financiamento anterior ao SUS, com pagamento através de convênio e por produção, veio subverter a Lei Nº. 8.142/90, trazendo dificuldades na construção do SUS no Governo Collor, reforçando o modelo médico hegemônico, contrário aos ideais reformistas. Contraditoriamente aos preceitos da Constituição e com relação ao acesso às ações de saúde, o Governo Collor reduziu os recursos comprometendo o nascimento do SUS, que ocorreu em meio a um caos e sucateamento dos serviços públicos (PAIM, 2008; PIMENTA, 2007?). Em 1992 o quadro político de saúde reforçava um projeto conservador caracterizado por expansão da assistência médica supletiva, o que significava o apoio ao modelo médico assistencial privatista; controle burocrático da RSB; “municipalização

discriminatória; implantação distorcida do SUS; privilegiamento da lógica da produtividade nos serviços públicos [...]” (PAIM, 2008, p. 191).

Como indicador da força do CONASEMS, e com o apoio do Ministro da Saúde Adib Jatene, foi realizada em agosto de 1992 a IX CNS com o tema *Municipalização é o Caminho* apontando a necessidade de avanço da municipalização, contribuindo também para a elaboração da NOB/93. Nessa época foi instalado o CNS, que trouxe a experiência dos distritos sanitários (PAIM, 2008).

A conjuntura de desgaste culminou com o processo de *impeachment* do Presidente Collor, em final de 1992, que renunciou para evitar a cassação e a perda de seus direitos políticos.

5.6.2.3 Governo Itamar Franco (1992-1994)

Iniciou-se em 1992 o governo de Itamar Franco, vice-presidente de Collor, que mesmo em meio a grave crise fiscal e política do Estado Brasileiro, permitiu retomar certos aspectos da RSB (PAIM, 2008; PIMENTA, 2007?). Jamil Haddad e depois Henrique Santilo eram os Ministros da Saúde. A edição da NOB 01/93 apoiada pelo CONASEMS, com suas propostas de diferentes condições de gestão (incipiente, parcial e semiplena), buscava a municipalização plena e a expressão dos conselhos de saúde, transcendendo a visão do município como mero prestador de serviços. O documento trouxe uma concepção abrangente de descentralização: “transformação que envolve redistribuição de poder e de recursos, redefinição de papéis das três esferas de governo, organização institucional, reformulação de práticas e controle social” (PIMENTA, 2007?, p. 15). Apresentou também nova sistemática de repasses de recursos e de uma política de RH para o SUS como desafios para sua consolidação; estabeleceu a criação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT), reforçando o papel dos COSEMS e do CONASEMS. Configuravam-se perspectivas favoráveis à sintonia entre as esferas de gestão. Contudo não estava valorizada a questão da integralidade nem se investiu no redirecionamento do modelo de atenção, que permanecia centrado em procedimento (PIMENTA, 2007?).

Fato agravante neste período foi o sequestro de recursos da saúde pelo Ministério da Previdência, sob o comando do Ministro Antônio Brito, apoiado pelo Ministro da Fazenda Fernando Henrique Cardoso. Com isso os recursos da seguridade social não eram mais transferidos para a saúde ‘MS/SUS’ e seriam

destinados somente para custear a Previdência Social. Ocorreu então uma das maiores crises de financiamento para o SUS, prejudicando a governabilidade dos gestores municipais frente ao setor privado. No caso, o repasse dos recursos para pagamento dos serviços contratados pelo município em gestão semiplena, deveria ser feito diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais, conforme determinação na NOB 01/93 (PIMENTA, 2007?; PAIM, 2008). De proporção alarmante a crise acabou levando as Santas Casas a suspender o atendimento aos usuários do SUS e ao desativamento de leitos hospitalares (PIMENTA, 2007?). Aliado a esse fator estava a inflação, galopante, ao chegar a 80% ao mês.

Compreender os óbices da RSB, num Estado patrimonialista e numa sociedade como a brasileira, implica compreender o caso da extinção do INAMPS, objeto de embates no Congresso Nacional, em que o ponto de resistência encontrava-se no setor privado através de alianças entre auditores e auditados. A sigla SAS que identificaria práticas institucionais nos governos seguintes, como Secretaria de Assistência à Saúde ou Secretaria de Atenção à Saúde, seriam a face do INAMPS como o 'morto vivo' na conformação dos modelos assistenciais do SUS. Paradoxalmente, enquanto o MS extinguiu o INAMPS reforçando a doutrina original do SUS, o Ministério da Previdência conivente com as forças econômicas implodiu impunemente o conceito de Seguridade Social (PAIM, 2008).

Embora marcado pela 'ciranda financeira', pela implantação do Plano Real para o ajuste macro econômico, o governo Itamar foi o que declarou 'a ousadia de cumprir a lei' e produziu fatos políticos relevantes. A extinção do INAMPS, a interlocução com movimentos sociais, a edição da NOB 01/93 avançando a descentralização, a criação do PSF e ainda o início da discussão sobre a Reforma Psiquiátrica, medicamentos genéricos e regulação do sistema de assistência médica suplementar foram feitos de seu governo (PAIM, 2008).

5.6.2.4 Governo Fernando Henrique Cardoso – 1º Mandato (1995-1998)

Em 1995 Fernando H. Cardoso assumiu a presidência da República dando continuidade à implantação do modelo neoliberal. Como desdobramentos do Plano Real eclodiram políticas no âmbito dos dois grandes projetos deste governo: o ajuste macroeconômico e a Reforma de Estado. Isto gerou desajuste social e

implementação tortuosa do SUS. O CEBES alertava sobre as ameaças deste governo ao SUS, e isto foi anunciado também pelo CONASEMS e pela ABRASCO (PAIM, 2008). Adib Jatene no MS e diante da crise financeira do setor saúde engendrou debate político culminando na criação da contribuição provisória sobre movimentação financeira em 1996, que por não consistir na solução do problema, acabou gerando saída do ministro neste mesmo ano. Carlos César Silva de Albuquerque foi o novo ministro trazendo a visão gerencial e administrativa para a saúde (PIMENTA, 2007?; PAIM, 2008).

Compunha o núcleo do poder Paulo Renato – Ministro da Educação, Antonio Kandir – Ministro do Planejamento, Bresser Pereira – Ministro da Administração e Reforma do Estado e o senador José Serra (PAIM, 2008).

Com o desmonte do conceito de Seguridade Social e em um ano de Plano Real a crise no sistema público de saúde era o grande problema, favorecendo a assistência médica supletiva (PAIM, 2008). A RSB precisava avançar, questões como o financiamento e a repercussão das políticas econômicas sobre a saúde da população denotavam a necessidade de debates. Foi então realizada em setembro de 1996 a X CNS. Breve trecho da Carta desta Conferência denuncia os efeitos da relação entre economia e política sob a influência de países e organismos internacionais:

[...] esta nefasta política que produz dependência e endividamento interno e externos, empobrecimento, desemprego, quebra de direitos trabalhistas, exclusão social, violência, doença e morte. Sob o discurso da modernização estabelece-se, de fato, o Estado mínimo para as políticas sociais, e o Estado máximo para o grande capital financeiro nacional e internacional [...]. (CARTA da 10ª CNS, 1996, *in*: PAIM, 2008, p. 207).

Também houve a publicação da NOB 01/96, com estabelecimento de duas condições de gestão plena: da atenção básica e do sistema municipal de saúde. Como mudanças no financiamento foram criados o Piso de Atenção Básica (PAB) proporcional à população e o financiamento para os PSF/ACS. A Atenção Básica, prioridade no discurso, recebia recursos menores (R\$10,00/hab/ano) que os destinados aos serviços consumidores de alta tecnologia, o que dificultava sua reorganização, mesmo que obtivesse os acréscimos dos componentes da parte variável do PAB (PIMENTA, 2007?).

Na realidade brasileira o SUS se expressava de distintas formas: o SUS formal – legislação e normas em vigor; o SUS democrático, para pobres – ações de saúde primitivas, focalizadas; o SUS real – refém dos engodos da área econômica,

do clientelismo e da inércia burocrática (PAIM, 2008). Em 1997 esse governo intensificou a privatização de estatais e deu impulso às Reformas Previdenciária, Administrativa e Tributária, em busca do Estado mínimo. Entretanto mantinha a função de regulação do Estado.

Em 1998, último ano deste mandato, José Serra assumiu o MS.

Em 03 de junho de 1998 foi aprovada a Lei Nº 9.656, sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, passando a regular o Sistema de Assistência Médica Supletiva.

Avanços vinculados ao SUS, como por exemplo, 78% de cobertura vacinal de rotina de menores de um ano, no final desse 1º mandato sugeriam conquistas, tanto do governo de Fernando H. Cardoso, como da RSB, embora não representassem a totalidade das mudanças preconizadas por ela (PAIM, 2008).

5.6.2.5 Governo Fernando Henrique Cardoso – 2º Mandato (1999-2002)

Programa Avança Brasil, com meta de implantação de 20.000 equipes de saúde da família até 2002. A Lei Nº 9.651 de 28 de janeiro de 2000 criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar para regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades de assistência suplementar à saúde. Esta lei reforçou a lei que havia sido criada em 1998.

A aprovação da EC-29/2000 (Emenda Constitucional) objetivava equacionar a instabilidade do financiamento, um dos maiores problemas do SUS. Em 2001 foi editada a NOAS, tendo como instrumentos normativos a Pactuação Programada Integrada (PPI), PDR e Plano Diretor de Investimento (PIMENTA, 2007?).

Fatos político-institucionais relevantes deste segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso, de acordo com Paim (2008) foram:

- criação da Agência de Vigilância Sanitária;
- implantação do Sistema de Informação do Orçamento Público em Saúde;
- adoção do Cartão SUS em alguns municípios;
- implementação do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde;
- atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
- aprovação da Lei dos Medicamentos Genéricos (Lei 9787/99);
- aprovação da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, em 2001.

Em junho de 2000 foi realizado o *Seminário Nacional Reformas do Estado, Saúde e Equidade no Brasil*, cujo documento final “registava a atuação do Ministério Público na implantação da RSB” (PAIM, 2008, p. 226). Realizada também a 11ª CNS com o tema: *Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na atenção à Saúde, com Controle Social*. Para fortalecer a atuação dos delegados nesta conferência, a ABRASCO produziu documento registrando que a RSB, neste momento caracterizava-se como uma promessa não cumprida, ante o quadro sanitário por sua vez decorrente de ajustes econômicos e que era necessário rever e renovar compromissos na busca de seus princípios. Para Paim (2008), a RSB que ocorria era mais do sistema do que de saúde, pois mesmo havendo expansão dos serviços municipais com todo seu corolário, não se alcançava ainda o cumprimento de diretrizes como a universalidade e a equidade. A despeito disso para o olhar internacional, o Brasil ocupava uma posição de destaque. “A 54ª Assembléia Mundial da Saúde, em 2001, situava a política de saúde brasileira à frente das adotadas pela Organização Mundial da Saúde, servindo de referência para atitudes mais ousadas” (PAIM, 2008, p. 231).

Para 2001, no âmbito interno, foi aprovada a Agenda Nacional de Saúde, tendo entre os eixos prioritários de intervenção o desenvolvimento de RH do setor saúde (PAIM, 2008).

Com vistas às eleições presidenciais de 2002, entidades como a ABRASCO, frente a complexidade conjuntural, econômica e suas consequências buscando superar as dificuldades de implementação da RSB e do SUS, na perspectiva que a RSB figurasse na agenda das políticas públicas do país propõe “a construção de uma agenda política suprapartidária, estabelecida coletivamente pelo CNS, buscando o comprometimento dos partidos e candidatos para as eleições daquele ano” com vistas a vários desafios, entre eles a reorientação da política de RH (PAIM, 2008, p. 233). O CEBES também propõe que seja retomado o debate sobre a RSB, visando à defesa de propostas para a saúde independentemente do candidato que seja eleito (PAIM, 2008). Em documento dessas duas entidades, breve impressão sobre a RSB neste período:

O movimento da RSB sempre pretendeu produzir uma mudança cultural na sociedade brasileira tendo a saúde como eixo de transformação, assim como modificar as políticas do Estado Brasileiro sem limitar-se a mudanças setoriais ou políticas de governo. Consideramos a RSB como a única reforma democrática do Estado Brasileiro, com caráter processual e ainda inconclusa. [...] (PAIM, 2008, p. 235).

5.6.3 Espaço temporal da PNEPS

5.6.3.1 Governo Luiz Inácio Lula da Silva – 1º Mandato (2003-2006)

Mantendo a política econômica do governo FHC, Lula e seus aliados do PT ilustram o transformismo de grupos radicais inteiros, praticando “a política da Direita com homens e frases da esquerda” (GRAMSCI, 2002, *apud* PAIM, 2008, p. 318). Ministro da Saúde Humberto Costa. O governo também incorpora lideranças e quadros técnicos, vinculados ao movimento sanitário, ao MS, o que causava “certa parcimônia na crítica às suas políticas, apesar do mal-estar causado pelo pragmatismo e manutenção ou radicalização do ajuste macroeconômico” (PAIM, 2008, p. 252). Com Palocci e o Banco Central à frente da economia e a reforma da previdência, a política seguia na contra mão do SUS, contudo se manteve a evolução positiva do período anterior, sendo um exemplo o aumento da expectativa de vida ao nascer, que em 2005 alcançou 72 anos (PAIM, 2008). Houve inclusão dos gastos com o Programa Bolsa Família no Orçamento do MS, não sendo cumprida a EC-29 nos Orçamentos de 2003, 2004 e 2005; também dificuldades para a regulamentação da referida emenda. O ano de 2005 também foi palco dos escândalos do *mensalão* que derivou afastamentos. Entretanto, Secretarias foram criadas para implementar políticas importantes para o SUS, como as Secretarias de Atenção à Saúde (unificação da secretaria de Assistência à Saúde com a de Políticas de Saúde), de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, de Ciência e Tecnologia e da Gestão Participativa. Também foi criado o Departamento de Apoio à Descentralização, vinculado à Secretaria Executiva com vistas a uma gestão mais compartilhada do SUS (PIMENTA, 2007?).

Foi realizada em 2003 a 12ª CNS, com o tema central *Saúde: um direito de todos e dever do Estado; a Saúde que temos, o SUS que queremos*. A partir das deliberações desta conferência foi elaborado o Plano Nacional de Saúde em 2003, como instrumento básico do Pacto pela Saúde. Outras ações na saúde: Programa ‘Brasil Sorridente’, Rede Nacional de Saúde do Trabalhador; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, ampliação das Equipes Saúde da Família/ACS, equipes de saúde bucal no PSF, fortalecimento dos espaços tripartite de pactuação do SUS e do CNS. O CONASEMS, ator político da RSB continuou com seus eventos em favor do SUS, com emissão das Cartas de Belo Horizonte (2003), Natal (2004), Cuiabá

(2005), Recife (2006). Esta, entre os 12 temas que trata estão: a Agenda da RSB e a Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (PIMENTA, 2007?).

Entre 28 a 30 de junho de 2005 foi realizado na Câmara dos Deputados o 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, promovido pela Frente Parlamentar de Saúde e pelo CNS. Resultado de rearticulação de forças políticas em defesa da RSB tendo como tema: *SUS – o presente e o futuro: avaliação de seu processo de construção*. O Pacto pela Saúde, construído pelo MS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), CONASEMS, após dois anos de discussão, foi aprovado na CIT em 22/02/2006 e também pelo CNS, com três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão (PAIM, 2008; PIMENTA, 2007?). Este propõe a transferência dos fundos federais para estados e municípios para cinco grandes blocos: Atenção Básica; Média e Alta Complexidade; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica e Gestão (PIMENTA, 2007?).

Eventos como o Fórum da RSB e em 2006 o VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva/XI Congresso Mundial de Saúde Pública, contribuíram nos debates das eleições de 2006. Este último evento contou com a presença do sociólogo português Boaventura de Souza Santos e do professor italiano Giovanni Berlinguer, líder da RS Italiana (PAIM, 2008). Apesar das diversas propostas aos candidatos à Presidente da República, no Plano de Governo 2007-2010, do candidato à reeleição, Lula, não se percebia “nada que sugerisse um compromisso com a RSB” (PAIM, 2008, p. 265).

Estas informações, mesmo superficiais, mostram o aspecto sequencial e a correlação de forças na travessia para a instauração do governo democrático; a influência do contexto internacional, como por exemplo, da Reforma Sanitária Italiana, a inspirar os reformadores brasileiros; a dinamicidade do setor da saúde na implementação de suas políticas. Evidenciam também o caráter da política do Governo Lula, com ações focalizadas, próprias de governos democráticos excludentes, sob os ditames do capital. Ajudam a situar e entender a inserção da PNEPS.

5.6.3.2 Luiz Inácio Lula da Silva – 2º Mandato (2007-2010)

A reeleição de Lula no segundo turno das eleições presidenciais, contra o candidato Geraldo Alckmin, do Partido da Social Democracia Brasileira, carece de reflexões, uma vez que grande parte dos brasileiros, pobres, preferiu eleger um

governo que os pode desiludir (PAIM, 2008). Nesse governo, contradições à parte, é inegável a presença de muitos frutos da RSB, a exemplo dos Conselhos e Conferências de Saúde; das CIT e CIB, NOB, NOAS e Pactos da Saúde como dispositivos de descentralização e de pactuação. Estes e muitos outros representam conquistas significativas considerando a correlação de forças no Estado, numa demonstração da grande habilidade de dialogar e negociar de seus atores sociais ao longo dos últimos trinta anos.

Indubitavelmente a RSB contribuiu tanto para o entendimento do direito à saúde vinculado à cidadania, como para a realização parcial de uma reforma democrática de Estado. A formalização da Política Nacional de Promoção da Saúde e a instalação da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde, iniciativas recentes no âmbito da RSB “apontam para ações extra-setoriais passíveis de impactar sobre o estado de saúde e a qualidade de vida, bem como viabilizar a intersetorialidade” (PAIM, 2008, p. 325).

Apesar dessas conquistas, o que a RSB alcançou foi uma reforma parcial, traduzida pela implementação do SUS, de natureza setorial e institucional apenas, a reforma social geral para a qual ela sempre acenou está por se realizar. O autor, ao analisar a RSB no âmbito conjuntural antes e pós Constituição/1988, destaca que apesar de seu caráter jacobino, não ficou assegurada sua hegemonia no pós-constituente. Ele explica a lentidão e os impasses da RSB a partir dos conceitos revolução passiva e transformismo, que incidiram na conformação do desenvolvimento histórico da sociedade brasileira, sem deixar de considerar o papel desempenhado pelo Estado e pela política.

Uma visão otimista para o futuro da RSB implica em, considerando o Estado existente no Brasil, concebê-lo como o espaço de conformação de projetos da sociedade, de direção política e cultural, de avanço da democracia e da construção da contra-hegemonia. Envolve, ainda, considerar a sociedade brasileira, capitalista subdesenvolvida, dependente, heterogênea, desigual, autoritária e iníqua. Estado e sociedade refratários a mudanças como as proclamadas pela RSB. Estas condições requerem a rearticulação da sociedade civil em busca de uma política solidária e emancipatória (PAIM, 2008).

Esta breve revisão auxilia a compreender a dinâmica no âmbito do projeto brasileiro e sua relação com a política de saúde, possibilitando situar o surgimento das políticas em estudo.

6. METODOLOGIA: Expressando o processo vivido

Embora considerando que toda pesquisa possa ser ao mesmo tempo quantitativa e qualitativa, para a realização desse estudo optei pela abordagem qualitativa que possibilita uma interpretação mais ampla das informações obtidas e também porque não pretendo evidenciar dados estatísticos. Além disso, seu desenvolvimento ocorre em interação dinâmica que leva a retroalimentação e reformulação constante (TRIVIÑOS, 1987). Por isso essa abordagem me pareceu ser mais apropriada aos argumentos que utilizei na justificativa e aos objetivos que estabeleci, no âmbito das duas Políticas de Educação Profissional em Saúde. Utilizei como técnicas para a coleta de informações, a Análise Documental e a Entrevista Semiestruturada, que me possibilitaram sucessivas aproximações com a temática pela constante busca de suporte teórico para compreendê-la.

A utilização desta metodologia favoreceu a construção de novos conhecimentos, a resignificação de experiências anteriores quanto à temática e um renovo na atuação profissional. Estas vivências corroboraram as características da abordagem qualitativa apontadas por Triviños (1987):

- O ambiente natural: pude situar a temática estudada no âmbito de uma realidade ampla e complexa portadora de uma infra e uma superestrutura.

- A descrição: este estudo é descritivo e foi possível captar a essência, as causas e relações das duas políticas.

- Preocupação com o processo mais do que com resultado e produto: realmente, fazer a análise comparativa como início de uma discussão e crítica sobre as políticas em estudo demandou uma maior aproximação com aspectos de seu entorno.

- Análise indutiva dos dados: por se constituírem fenômeno real e concreto foi possível o estudo das duas políticas num processo dialético indutivo-dedutivo, o que possibilitou ampliar a compreensão.

- O significado: mais evidente nas entrevistas do que nos documentos permitiu compreender os pressupostos ideológicos dos entrevistados.

Fiz então a análise comparativa das duas Políticas de Educação Profissional, PLE e PNEPS, ancorada nas técnicas acima citadas, que resultou num trabalho descritivo, contextual, processual e com evidência dos significados.

Este estudo foi feito no âmbito do CFRH, em Curitiba-PR. Primeiramente menciono algumas considerações sobre a Análise Documental, e a Entrevista Semiestruturada, seguidas da apresentação dos sujeitos da pesquisa, dos procedimentos éticos e dos resultados.

6.1. ANÁLISE DOCUMENTAL: algumas considerações e primeiras impressões

Refere-se a “uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar num estado ulterior, a sua consulta e referência” (CHAUMIER, 1974 *apud* BARDIN, 1977, p. 45). Realmente, foi uma operação de construção, apoiada em referencial teórico, que resultou num produto, do qual se extraíram os grupos de categorias que contam fatos sobre o tema estudado.

Os documentos abaixo, que foram submetidos a esta análise, são oficiais e o critério de escolha dos mesmos foi o fato de constituírem arcabouço legal das duas políticas. Foram codificados como segue, DO (Documento Oficial) numerados conforme sequência cronológica, do mais antigo para o mais recente:

- Referentes ao Projeto Larga Escala:
 - DO1 – Portaria Interministerial nº. 5, de 11 de março de 1980 (ANEXO I).
 - DO2 – Portaria Ministerial nº. 3, de 25 de abril de 1984 (ANEXO II).
 - DO3 – Resolução CIPLAN nº. 15 de 11 de novembro de 1985 (ANEXO III).

- Referentes à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde:
 - DO4 – Portaria GM/MS nº. 198 de 13 de fevereiro de 2004 (ANEXO IV).
 - DO5 – Portaria GM/MS nº. 1996 de 20 de agosto de 2007 (ANEXO V).

Documentos como estes são fontes de informações contextualizadas e de evidências que fundamentam afirmações e declarações do pesquisador (SANTOS, 2005). Encontrei este suporte na análise documental.

Triviños (1987), apoiado em Bardin (1977), recomenda a análise de conteúdo na pesquisa qualitativa, por possibilitar o estudo das motivações, atitudes, valores, crenças e tendências manifestas nos documentos, bem como o desvendar das ideologias existentes nestes dispositivos legais. Com a verificação do teor e do conteúdo do material selecionado, busquei e encontrei nos textos os sentidos, expressões, palavras significantes da temática em estudo e identifiquei conceitos.

Segui as três etapas básicas no trabalho com análise de conteúdo, sendo: pré-análise, descrição analítica e interpretação inferencial, apontadas por Triviños (1987), sempre apoiado em Bardin (1977):

- Pré-análise: fiz a leitura flutuante e defini que todo o texto seria o *corpus*, ou seja, o objeto de atenção, pois entendi ser importante conhecer todo o documento, o que revelou fatos adjacentes às duas políticas.

- Descrição analítica: “o material de documentos que constitui o *corpus* é submetido a um estudo aprofundado” (p. 161). A partir do referencial teórico já utilizado e de novos referenciais, fiz a codificação e categorização dos textos documentais. Primeiramente fiz uma análise completa de todo o corpo textual dos documentos, e utilizei para isso o protocolo adaptado por Cutolo³, a partir de Olabuénaga e Ispiuza (1989) que falam sobre blocos de informação ao tratar sobre análise de conteúdo (Apêndice A). Este protocolo tem mais praticidade porque apresenta passos de um roteiro para se realizar a análise de conteúdos documentais. Isso me possibilitou conhecer os documentos de forma mais ampla e a temática com mais profundidade, resultando nos Apêndices D, E, F, G, H. Entretanto esta parte ficou extensa, por isso os mesmos estão gravados em CD-ROM, anexos a esta dissertação. Após isso fiz o agrupamento das categorias por temática de acordo com minha justificativa e objetivos e o apresento neste estudo.

- Interpretação inferencial: para isso foi importante o referencial teórico, necessário para se avançar na profundidade da análise e desvendar o conteúdo latente e até ideologia nos documentos.

Minha análise documental se fundamentou em Triviños e Cutolo, e com os dados obtidos pude compreender tanto questões centrais como não centrais nas duas políticas e fazer as inferências pertinentes.

6.2 ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA: algumas considerações e primeiras impressões

A entrevista se constitui numa técnica que possibilita interação de trocas intersubjetivas entre dois ou mais protagonistas a respeito de determinado assunto e não apenas uma coleta de informações, consiste “acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador,

³ Luiz Roberto Agea Cutolo, Dr. Professor do Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho, da Universidade do Vale do Itajaí/UNIVALI/SC.

destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa [...]” (MINAYO, 2007, p. 261).

As entrevistas, para esta autora, se classificam em sondagem de opinião, entrevista semiestruturada, entrevista aberta ou em profundidade, entrevista focalizada e entrevista projetiva, fornecendo dados de duas naturezas: aqueles obtidos de outras fontes como censos, estatísticas e os que se referem diretamente ao indivíduo entrevistado. Estes últimos são subjetivos e só podem ser acessados com a contribuição da pessoa. Referem-se às ideias, crenças, maneira de pensar, opiniões, sentimentos, maneiras de sentir, de atuar e constituem uma representação da realidade.

Como o PLE e a PNEPS são fatos concretos, configuram condutas tanto atuais como do passado, envolvem atores sociais e suas subjetividades em sua implantação, utilizei a técnica da entrevista para buscar junto a atores dessas políticas, tanto informações como significados referentes às falas, tentando potencializar a análise comparativa.

A utilização de instrumento na entrevista é referida tanto por Triviños como por Minayo. A entrevista semiestruturada é aquela que a partir de questionários básicos apoiados em teorias e hipóteses, oferece amplo campo de interrogativas atreladas às respostas do informante chave. Este espontaneamente com base em seu pensamento e experiência participa na elaboração do conteúdo da pesquisa. Durante a entrevista se reavaliam hipóteses, se concebem outras e se avança no esclarecimento das questões principais e secundárias, trazendo novos matizes ao estudo (TRIVIÑOS, 1987).

A utilização do roteiro pelo entrevistador, apropriado fisicamente, facilita a abordagem e assegura a cobertura de hipóteses e pressupostos na conversa aos investigadores menos experientes. A entrevista é uma forma privilegiada de interação social e tem na fala sua matéria primordial (MINAYO, 2007).

Sendo assim elaborei um instrumento que utilizei para as entrevistas sintetizando as questões a serem abordadas (Apêndice I). Antes de iniciar a entrevista deixei claro que o instrumento representava apenas um referencial guia e que o ator social ficasse à vontade para se expressar sobre a temática.

As considerações preliminares de uma entrevista abaixo, apontadas por Triviños (1987) e Minayo (2007), foram por mim seguidas:

- Contato inicial, apresentação do entrevistador e explicitação dos propósitos da entrevista e do trabalho ao informante, bem como estabelecimento em conjunto do local e horário do evento;
- Justificativa da escolha do entrevistado;
- Garantia de anonimato e de sigilo sobre os dados;
- Apresentação de credencial institucional (não foi necessário);
- Gravação da entrevista com transcrição e estudo imediato;
- Alcance de rapport, ou seja, um nível de simpatia e confiança mútuas entre os protagonistas, uma vez que os dados fornecidos pelo entrevistado são vitais para a pesquisa. Isso foi facilitado ante o histórico de atuação profissional conjunta dos protagonistas.

Minayo (2007) alerta o investigador para que ao realizar a análise considere o significado da mesma, de modo que neste momento não se caracterize apenas como um apêndice sem apropriação das teorias descritas. Ela reforça a importância de se “penetrar nos significados que os atores sociais compartilham na vivência de sua realidade”, compreender fielmente o material e realizar a síntese das teorias e dos achados documentais (p. 299).

Utilizei para a análise dos conteúdos extraídos das entrevistas a Técnica de Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (1979) e apresentada por Minayo (2007). Para cada entrevista, após transcrição, fiz uma categorização buscando informações, discurso, conceitos e significados (Apêndices J, L, M). Este material também consta gravado no CD-ROM anexo a esta dissertação.

6.3 Sujeitos da Pesquisa

Conversei com três (3) atores sociais a respeito da temática em estudo.

Critério de inclusão: Os três atores participaram ativamente das discussões, implantação e operacionalização das duas Políticas de Educação Profissional em saúde no país.

O primeiro ator social entrevistado contracenou no PLE no Estado do Paraná. Atuava, na época, no Centro de Desenvolvimento de RH e Colégio Dr. Caetano Munhoz da Rocha da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. No momento atua no Centro de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/PR.

O segundo ator social atuou na PNEPS/Polos de EPS no Estado do Paraná. Atualmente está à frente Superintendência de Políticas de Atenção Primária em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde/PR.

O terceiro ator social entrevistado, junto com Isabel dos Santos, esteve à frente do PLE em todo o país, em nível federal, uma vez que atuava no MS. Continua no MS, atuando na Coordenação de Avaliação de Tecnologias em Saúde, do Departamento de Ciência e Tecnologia/DF.

Para a identificação dos sujeitos de pesquisa utilizei o código AS (Ator Social), numerados de 1 a 3 conforme a ordem da realização da entrevista.

As entrevistas foram realizadas nos locais de trabalho, devido à agenda dos sujeitos entrevistados, sendo:

AS1 – Centro de Educação em Saúde/Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/PR, no dia 16 de junho de 2009, as 09 h.

AS2 – Superintendência de Políticas de Atenção Primária da Secretaria de Estado da Saúde/PR, no dia 02 de julho de 2009, as 15 h.

AS3 – Secretaria de Ciência e Tecnologia do MS/Brasília/DF, no dia 16 de julho de 2009, as 09 h.

Pude ratificar a afirmação de Triviños (1987), que a técnica da entrevista semiestruturada “favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade, tanto dentro de sua situação específica como de situações de dimensões maiores” (p. 152). Obtive rico material para a análise comparativa.

6.4 Procedimentos Éticos

O projeto foi inscrito no Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa (SISNEP). Cumpre as normas vigentes expressas na Resolução Nº. 196/96, e das Resoluções complementares Nº. 240/97, 251/97, 292/99, 303/00 e 304/00, do CNS/MS. Foi encaminhado para o Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos, sendo aprovado sob o Nº 86/09.

O termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B) foi devidamente assinado pelos três entrevistados.

O termo de compromisso de utilização e divulgação dos dados obtidos (Apêndice C) foi devidamente assinado pelo pesquisador responsável.

7. RESULTADOS: Explicando o método comparativo

Nos cinco documentos analisados procedi à categorização agrupando as categorias por temas, tendo por referência a questão e os objetivos da pesquisa. Assim, estabeleci quatro ordens de categorias: as relacionadas aos aspectos contextuais; conceituais; ao sistema de saúde; e à arquitetura institucional. Para facilitar a análise comparativa, mantive as mesmas ordens para as categorias identificadas nos cinco documentos.

Apresentarei os resultados da análise documental e das entrevistas fazendo a análise comparativa entre os aspectos encontrados nas duas políticas de forma simultânea, com apoio do referencial teórico. O esquema da comparação será o seguinte:

1. Apresentarei um breve resumo sobre cada documento situando seu conteúdo.
2. Apresentarei as quatro ordens de categorias dos cinco documentos de forma conjunta em quatro blocos: no Bloco1 as relacionadas aos aspectos contextuais, codificadas com a letra C; no Bloco2 as relacionadas aos aspectos conceituais, codificadas com a letra AC; no Bloco3 as relacionadas ao sistema de saúde, codificadas com a letra S; e, no Bloco4 as relacionadas à arquitetura institucional, codificadas com a letra A. As categorias são numeradas em ordem crescente com algarismos arábicos ao lado da letra/código.
3. Nessa apresentação, cada ordem de categorias, de cada documento, estará num quadro. Em seguida vou discutindo cada categoria e já articulando com a 'voz' captada nas entrevistas, dentro das possibilidades de comparação. Assim são cinco quadros (referentes aos cinco DO) apresentados em quatro blocos (referentes às quatro ordens de categorias).
4. Ao final de cada bloco apresento minhas primeiras impressões, apenas conclusões parciais sob a luz documental, das vozes dos AS entrevistados e do suporte teórico.
5. No final dos quatro blocos apresento dois quadros síntese (quadros 21 e 22) após os quais concluo comparando as duas políticas.

Creio que isso facilita a análise comparativa e elide possível cansaço pela extensão do conteúdo.

7.1 APRESENTANDO OS DOCUMENTOS OFICIAIS

7.1.2 DO1- Portaria Nº 5, de 11 de março de 1980

Texto em papel, obtido no acervo da Biblioteca Pública do Paraná.

Diário Oficial da União de 11 de março de 1980. (Seção I – Parte II).

Documento oficial, do MS/GM, determina a ação conjugada do MS e do MPAS no planejamento geral, na programação das atividades de natureza médico-assistencial e sanitária e na promoção de todas as medidas necessárias para este fim. Institui para o cumprimento dos objetivos previstos, a CIPLAN, sua composição e funções. O documento é assinado pelos Ministros Waldyr Mendes Arcoverde e Jair de Oliveira Soares, do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social respectivamente.

Este documento não apresenta muitos aspectos com relação ao PLE especificamente, no entanto traz fatos anteriores à aprovação do mesmo, relacionados à sua construção.

As categorias identificadas são apresentadas nos quadros 1, 6, 11 e 16.

7.1.3 Apresentando o DO2 - Portaria Nº. 3, de 25 de abril de 1984

Texto em papel, obtido no acervo da Biblioteca Pública do Paraná.

Diário Oficial da União, de 25 de abril de 1984.

Documento oficial do MS/GM determina a ampliação da CIPLAN, criada pela Portaria nº. 5 de 11 de março de 1980, que passa a incluir uma Comissão constituída de representantes do MEC, sendo eles o Secretário Geral na função de coordenação, e os Secretários de Educação Superior e de Ensino de Primeiro e Segundo Grau. Passam a integrar a CIPLAN, também, pelo MS o Presidente do Instituto Nacional de Alimentação (INAN) e pelo MPAS o Presidente da Central de Medicamentos (CEME). A portaria mantém as atribuições básicas e as representações da CIPLAN. Assinada pelos Ministros Waldyr Mendes Arcoverde, do MS; Jarbas Gonçalves Passarinho, do MPAS e pela Ministra Esther de Figueiredo Ferraz, Ministra da Educação e Cultura.

Este documento já apresenta alguma visibilidade de fatos relacionados ao PLE. A inclusão na CIPLAN, do segmento do Ensino de Primeiro e Segundo Grau do MEC, tem relação direta com o Projeto na medida em que indica a aproximação dos campos da Educação e da Saúde, fundamental na discussão dos propósitos e na legitimação do mesmo. Mostra também acontecimentos circundantes à construção dessa política. As categorias identificadas são apresentadas nos quadros 2, 7, 12 e 17.

7.1.4 DO3 - Resolução CIPLAN Nº. 15, de 11 de novembro de 1985.

Texto em papel, obtido no acervo da Biblioteca Pública do Paraná.

Diário Oficial da União, de 11 de novembro de 1985. (of. Nº 231/85).

Documento oficial da Secretaria Geral do MS, emitido pela CIPLAN, submetido à aprovação pelos Ministérios que integram a mesma, conforme determinação em documento oficial anterior, a Portaria Interministerial Nº. 5, de 11 de março de 1980, quando de sua instituição. O documento aprova o Projeto de Formação em “Larga Escala de Pessoal de Nível Médio” para a preparação de trabalhadores no âmbito das AIS. Além disso, ratifica a participação do MS, MEC, das SES, das Secretarias Estaduais de Educação e da OPAS nas ações do Projeto, bem como incorpora o INAMPS ao sistema de formação proposto pelo referido Projeto. Assinam o documento Eleutério Rodriguez Neto e Sérgio Maurício Brito Gaudenzi, Secretários Gerais do MS e MPAS, que integram a CIPLAN, na função de Coordenadores, estabelecida na Portaria acima citada, e ainda, Everardo de Almeida Maciel, Secretário Geral do MEC, na mesma função, instituída pela Portaria Interministerial Nº. 03 de 25 de abril de 1984, quando da integração deste Ministério à CIPLAN. Este documento trata especificamente do PLE trazendo em seu corpo de considerações fatos subjacentes relacionados à sua aprovação. As categorias identificadas constam nos quadros 3, 8, 13 e 18.

7.1.5 DO4 - Portaria Nº. 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004.

Anexo V do documento Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde. Disponível em <http://www.saude.gov.br>

Institui a PNEPS como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Institui o Polo de EPS para a condução da política, bem como sua composição e funções. Determina a definição

da abrangência deste Polo pela CIB e Conselho Estadual de Saúde (CES), instâncias de pactuação e aprovação respectivamente. O documento determina o financiamento da política, com recursos do MS e apresenta no Anexo I os critérios para a primeira distribuição dos recursos que foram pactuados em 23 de outubro de 2003 pela CIT. Apresenta também no Anexo II, as orientações sobre a apresentação dos projetos de EPS. Constitui a Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de EP do SUS, sob a responsabilidade da SGTES, do MS, e ainda o seu papel. Assinada pelo Ministro da Saúde Humberto Costa.

Neste documento está explícita a questão do financiamento, o que denota a importância dessa Política para o Governo Federal.

Apresento as categorias nos quadros 4, 9, 14 e 19.

7.1.6 DO5 - Portaria Nº. 1996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007.

Texto em papel, identificado em PNEPS, série Pactos pela Saúde 2006, v.9. Série B. Textos Básicos de Saúde.

O documento, resgatando aspectos conjunturais e históricos da construção do SUS no corpo das considerações, dispõe sobre novas diretrizes para a implementação da PNEPS no âmbito do Pacto pela Saúde. Define a condução da política por meio dos CGR com a participação das CIES. Estabelece a composição bem como as atribuições destas instâncias, da CIB, do CES, refere também as responsabilidades do MS, das SES e Secretarias Municipais de Saúde (SMS). Dispõe ainda sobre Formação Profissional de Nível Técnico, financiamento e papel da SGTES do MS. Apresenta os Anexos I, II e III, que tratam de Financiamento, CIES/CGR e Formação Profissional de Nível Técnico. Desta forma substitui a Portaria GM/MS Nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Assinada pelo Ministro da Saúde José Gomes Temporão.

Último documento oficial que analisei, seu caráter extenso reflete a dinâmica da PNEPS em se adequar às movimentações do serviço. Apresento nos quadros 5, 10, 15 e 20 as categorias identificadas.

7.1.7 O documento oficial: um palco

Concordo com Saviani (1999) que, em prefácio à segunda edição de sua obra Política e Educação no Brasil, refere o documento legal/oficial como um palco e que por isso pode ser analisado tanto em seu texto legal como em seus bastidores. Digo

isso porque a análise documental, que apresento nos próximos blocos, me permitiu conhecer uma série de fatos e captar as motivações, ideais e interesses de pessoas que estiveram envolvidas com as políticas em estudo. Por outro lado entendi também, conforme o autor acima, o papel desses documentos, como instrumentos do Estado, em acentuar ou amenizar tendências em marcha. Tanto na década de 1980 como no primeiro decênio do século XXI, os documentos que analisei evidenciaram tendências tanto progressistas quanto conservadoras no campo da saúde.

7.2 ANÁLISE COMPARATIVA: articulando documentos e vozes

7.2.1 BLOCO 1: discutindo as categorias relacionadas aos aspectos contextuais nos documentos DO1, DO2, DO3, DO4 e DO5

7.2.1.1 Categorias relacionadas aos aspectos contextuais no DO1.

As categorias identificadas e apresentadas no quadro 1 mostram o conteúdo latente do corpo textual do documento revelando aspectos da unidade epocal onde se insere o PLE.

QUADRO 1 – Categorias relacionadas aos aspectos contextuais	
Categorias	Unidades de Registro
C1 – Economia	“[...] Política Nacional de Desenvolvimento [...]”
C2 – Sociedade	“[...] valorização e melhoria da qualidade de vida dos brasileiros [...]”

- Categoria Economia

Período do governo de João Figueiredo, marcado pelo aprofundamento da crise econômica, estagnação e inflação crescente. Uma política de arrocho salarial sobre os trabalhadores contrai seu poder aquisitivo, ao passo que ocorre o aumento da concentração de renda nos estratos sociais mais ricos, resultando na ampliação das desigualdades socioeconômicas. “Imerso em sua crise abrangente de legitimidade perante a sociedade, o Estado autoritário-militarista enfrenta, no início da década de 80, a crise de suas políticas setoriais” (FALEIROS, et al, 2006, p. 42). Entre elas figurou a crise financeira da Previdência Social, como resultado da recessão, desemprego, aumento da dívida pública e queda da arrecadação, face ao

“contexto recessivo pelo qual passavam os países em desenvolvimento da América Latina” (TEIXEIRA, 1989, p. 28).

Este fato tem ressonância na área da saúde, em que grande contingente de trabalhadores de nível médio atuava sem o devido preparo, já que tiveram que abandonar os bancos escolares para buscar seu sustento e de seus familiares. Dessa questão um conceito vem à tona pelo AS3 ao falar sobre a implantação do PLE e os trabalhadores de saúde. Estes, segundo ele:

[...] precisavam trabalhar, tiveram que deixar os bancos escolares cedo, para assegurar seu sustento e o de suas famílias. (aqui vem o conceito de sobrevivência). Essas questões não eram fáceis de serem resolvidas dentro de uma sociedade capitalista, dentro de uma visão de educação excludente e elitista.

Como diz Saviani (1994) a partir do momento em que a sociedade se dividiu em classes, a escola não ficou impune, sua história começa com a separação dos homens em classe. Colocando-os em antagonismo, com domínio e exploração de uma classe sobre outra, a sociedade capitalista expressa sua face excludente, afastando dos bancos escolares aqueles que precisam vender sua força de trabalho, sua única propriedade, para sobreviver. Foi exatamente isso que ocorreu com os trabalhadores da saúde, conforme verbalizou o AS3.

Foi então, neste contexto, que militantes por melhor qualidade dos serviços de saúde vão engendrar a luta em favor do PLE, preocupados não só com a formação dos trabalhadores da saúde, mas também com o resgate social e de sua cidadania. O fator econômico é considerado na concepção de formação trazida pelo PLE, ao propor o resgate social.

- Categoria Sociedade

O fato de constar no documento *a valorização e melhoria da qualidade de vida dos brasileiros*, remete pensar nas condições necessárias a essa qualidade de vida, como por exemplo, emprego, habitação, educação, transporte, etc. e que as mesmas dependem de políticas setoriais, que por sua vez dependem de interesses políticos. É possível depreender que qualidade de vida naquele momento só estava ao alcance das classes abastadas economicamente, e que a recessão, o desemprego e as desigualdades sociais, presentes no período eram algumas das distorções nas condições materiais de existência do povo brasileiro. Estes fatos ilustram a feição social do Brasil, regida pela lógica capitalista. Há que se pensar que, a *melhoria da qualidade de vida* implicaria em políticas setoriais articuladas

com a política de saúde, que impactassem nas condições de vida do povo, coisa difícil numa sociedade determinada economicamente. Por isso trago aqui a colocação do AS1, quanto às raízes das formulações de políticas:

[...] a concepção de homem [...] essa é uma das raízes onde você vai encontrar alterações de desenhos de políticas públicas, para a saúde, educação, sejam quais forem as políticas públicas sociais. Então, com base na concepção de homem é que as políticas se fazem, ainda que as vezes isso não seja expresso, mas é com base nisso que as políticas são desenhadas.

Qual a relação com o PLE? Visando o entendimento dessas questões e sua relação com as determinações sociais, políticas e econômicas, não poderiam faltar na sua proposta pedagógica elementos para essa discussão. Mais um aspecto relacionado à concepção emancipadora de formação trazida pelo Projeto. Creio que a colocação do AS3 reforça esse argumento:

Você tem a realidade social concreta, a partir dela, portanto, da prática da realidade do trabalho, econômica, política, você vai analisando com os alunos estes elementos prá você conseguir chegar a um nível de compreensão das implicações que tem com econômico, com social, com político [...].

Ramos (2005) lembra a importância da problematização nas múltiplas perspectivas, para se desvelar a essência, as características, os determinantes e os fundamentos dos fenômenos, necessário à construção de conhecimentos.

Portanto, o PLE, a partir de seus princípios educacionais emancipatórios e do desenvolvimento da crítica vai trazer contribuições, para que se logre algum êxito no âmbito da saúde, especialmente no aspecto da *melhoria da qualidade de vida*, apesar do caráter classista da sociedade brasileira.

7.2.1.2 Categorias relacionadas aos aspectos contextuais no DO2

Como no documento anterior, neste também é possível depreender fatos circunstanciais ao PLE. No quadro 2 apresento as categorias identificadas.

QUADRO 2 – Categorias relacionadas aos aspectos contextuais	
Categorias	Unidades de Registro
C1 – Política	“[...] Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – INAN [...] Central de Medicamentos – CEME”
C2 – Educação	“[...] Ensino de Primeiro e Segundo Grau”

- Categoria Política

Destaquei as duas unidades de registro, INAN⁴ e CEME, nesta categoria porque elas expressam segmentos importantes no âmbito da formulação da política de saúde.

INAN – Criado pela Lei 5829 de 30 de novembro de 1972, vinculado ao MS, durante o governo militar de Emílio Garrastazu Médici, com a função de elaborar uma Política de Alimentação que fosse capaz de combater os problemas nutricionais que existiam no país. Desde a década de 1930 a subnutrição já havia sido identificada como problema social de Saúde Pública e nos anos 1970 já era um problema mundial. Entre outros fatores internacionais, a crise do petróleo influenciou a disponibilidade de alimentos no mundo, contribuindo para a existência dos problemas nutricionais. No Brasil estes problemas, além dos aspectos biológicos, estavam sob a determinação das relações econômicas da produção e o consumo de alimentos. Diante dos problemas nutricionais o Governo brasileiro criou o INAN, no âmbito do interesse mundial pela questão da nutrição, estabelecendo o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição. Entre suas linhas de ação estavam a suplementação alimentar à gestantes, nutrizes e crianças e o programa de atividades de apoio como por exemplo a adição de soja à farinha de trigo. A intencionalidade da política era apenas atenuar os problemas nutricionais e as tensões da população, e não conduzir estratégias de enfrentamento dos reais determinantes da situação como a má distribuição de renda e o não acesso aos alimentos básicos (ESCODA, 1983).

A relação deste aspecto da política com o PLE está no fato de que o tema 'Nutrição' integra a proposta curricular do Projeto na área de assistência à mulher gestante, nutriz, e à criança, cuja discussão propicia desvendar a relação entre economia e saúde.

CEME⁵ – Instituída pelo Decreto Nº 68806 de 25 de junho de 1971, “alterado pelo Decreto Nº. 69.451, de 1º de novembro de 1971, e consolidados pelo Decreto Nº. 71.205, de 4 de outubro de 1972” revogados pelo decreto Nº. 75.985, de 17 de julho de 1975 (BRASIL, 1975). Este decreto define a CEME como Órgão Autônomo do MPAS, diretamente subordinado ao Ministro, e que tem sede no Distrito Federal e jurisdição em todo o território nacional. No Art. 2º deste decreto consta como

⁴ O INAN foi extinto pelo Decreto Nº 2.283 de 24 de julho de 1997.

⁵ A CEME também foi desativada pelo Decreto Nº 2.283 de 24 de julho de 1997.

finalidade da CEME “promover e organizar o fornecimento, por preços acessíveis ou a título gratuito, de medicamentos a quantos não puderem adquiri-los a preços comuns do mercado” (Idem).

Entre o rol de atribuições descritas neste decreto constam: prevenção e tratamento das doenças de maior significação socio sanitária e destinados, prioritariamente, ao atendimento de menores de 5 (cinco) anos, gestantes e nutrízes e dos estratos populacionais de baixa renda; e, organizar e manter atualizada a Relação de Medicamentos Básicos, orientada em função dos problemas sanitários de maior vulto e dos grupos populacionais mais vulneráveis ou susceptíveis, como instrumento normativo para o planejamento e execução de programas de assistência farmacêutica das instituições oficiais de atendimento comunitário.

Estas ações se relacionam com a operacionalização do PLE que, ao propiciar discussão sobre este aspecto, revela as implicações sociais do determinante econômico na política de saúde, no campo farmacêutico.

- Categoria Educação

A integração do setor da Educação na CIPLAN, através do *Ensino de Primeiro e Segundo Grau*, guarda relação direta com o PLE na sua aprovação em 1985 e nos desdobramentos das ações do Projeto como, por exemplo, a criação dos Centros Formadores nos estados e a titulação dos trabalhadores de saúde.

Em 1984 ainda estava vigente, do regime militar, a Lei Nº. 5.692/71, da Reforma de Ensino, que fixava as Diretrizes e Bases do Ensino de 1º e 2º Graus. Com o Parecer Nº. 45/72, do CFE (hoje Conselho Nacional de Educação), foram criadas as habilitações do 2º grau para técnicos e auxiliares. Para o ensino de 2º grau na saúde a referida lei apresentava como opções a habilitação plena, parcial e básica. Essa lei garantia também a aquisição das habilitações de 2º grau, com certificação através do exame de suplência profissionalizante, a trabalhadores com pelo menos dois anos de atuação em instituições de saúde (RAMOS e PEREIRA, 2006). Esta alternativa não seria vista com simpatia no meio profissional da enfermagem visto suas limitações de cunho pedagógico.

Brechas nessa lei foram vislumbradas por educadores comprometidos com a profissionalização dos trabalhadores de saúde inseridos nos serviços “para que se viabilizasse uma qualificação profissional por meio de centros formadores, as ET-SUS, o que daria a esta qualificação uma característica de formação profissional”

(Idem, p. 36). Estes centros, indispensáveis para efetivação do PLE, teriam o seu reconhecimento legal pelo sistema de ensino estadual. O Parecer Nº 699/72 teve fundamental importância na criação desses centros e na escolarização dos trabalhadores da saúde. Um desses educadores foi o AS3, que informa sobre este aspecto legal e a brecha encontrada, o seguinte:

Naquela época existia uma alternativa educacional chamada Supletivo, tipo o conceito de EJA, educação de adultos, [...] mas o Supletivo estava normatizado com os parâmetros do ensino formal. Foi um advogado, chamado Valnir Chagas, do Conselho Nacional de Educação, (ele era um baiano filósofo!) [...] que foi o relator do Parecer 699/72 sobre as novas bases para o Ensino Supletivo. Foi o que nos ajudou a viabilizar uma proposta ampla que precisava transformar o trabalhador e o serviço o serviço e o trabalhador, essa coisa era dialética, e ele trazia esses princípios.

Essa referência do AS3 traz a significação do aspecto filosófico, por quem vem da área de humanas, na compreensão da relação trabalhador/serviço/transformação, preconizados pelo PLE.

Talvez caiba aqui a colocação de Dewey (2007), que em seus estudos sobre filosofia e educação, entre outras abordagens ele diz que “filosofia é pensar o que o conhecimento exige de nós” (p. 78). Assim, esses atores sociais, guiados por um pensamento filosófico de que algo precisava ser feito num momento de vigência de uma lei tecnicista, encontraram no Parecer Nº 699/72 o método para lidar com aquele problema da formação apenas para o trabalho e trouxeram a proposta ampla de uma formação transformadora. Mais uma aproximação com a concepção de formação do PLE.

7.2.1.3 Categorias relacionadas aos aspectos contextuais no DO3

A análise destas categorias me possibilitou compreender não apenas a dinâmica da relação entre serviços de saúde e educação, mas a relação entre o que se registrou no período deste documento e nos dois anteriores, o DO1 e DO2. Apresento-as no quadro 3.

QUADRO 3 – Categorias relacionadas aos aspectos contextuais	
Categoria	Unidades de Registro
C1 – Processo	“[...] CIPLAN instituída pela Portaria Interministerial [...] alterada pela Portaria Interministerial [...]”
C2 – Política	“[...] Acordo de Recursos Humanos [...] entre os Ministérios [...] e da Organização Pan-Americana da Saúde”

- Categoria Processo

A análise desta categoria, além de prover informações, permite compreender como são formuladas as políticas de educação no setor saúde. É oportuno aqui reportar-se ao Acordo de Cooperação Técnica OPAS-Brasil em RH⁶ e o PPREPS, seu principal projeto, para compreender a instituição da CIPLAN, em 1980, a sua alteração em 1984 e sua configuração como espaço político institucional. O PPREPS tinha como instância de articulação a Comissão de Coordenação (CC) e como instância executiva o Grupo Técnico Central (GTC). Na CC estavam representadas as instituições signatárias do referido Acordo. As funções eram de orientação e coordenação geral, aprovação final de projetos, celebração de convênios, supervisão político-institucional. O GTC desempenhava o papel de núcleo técnico-gerencial e como instância executiva era decisivo na condução do PPREPS. Tinha como funções: empreender a articulação entre as instituições, programas e projetos; identificar necessidades, oportunidades e recursos; selecionar, orientar e avaliar projetos; desenvolver modelos de atuação e abordagens inovadoras, com vistas à integração entre a docência e a assistência à saúde, e à qualidade dos RH em saúde.

Com os desdobramentos do Acordo, em 1985, pelo 9º Termo Aditivo a este Acordo, firmado pelos ministros Carlos Sant’Anna, Marco Maciel e Waldir Pires, do MS, MEC e MPAS, respectivamente, foi transferida “à CIPLAN as atribuições de

⁶ Este Acordo foi firmado em 1973 entre a OPAS/OMS e o governo brasileiro (MS, MEC) e perdurou até 1986 através de renovações por Termos Aditivos. Objeto de análise na Categoria Política, a seguir, será detalhadamente descrito.

coordenação, que antes eram da alçada da Comissão de Coordenação” (ALVES e PAIVA, 2006, p. 95).

Então, a CIPLAN, que já tinha um papel de integração interinstitucional no SNS, agora absorvia as funções específicas do campo do preparo dos trabalhadores do setor saúde.

É evidente a semelhança entre essas ações da CC/GTC/CIPLAN e as ações dos Polos de EPS, discutidas mais adiante.

A instituição da CIPLAN, posteriormente sua alteração e em 1985 quando assumiu a questão educacional no setor saúde, são fatos que revelam parte do processo e das dimensões que contornaram o surgimento do PLE.

- Categoria Política

A unidade de registro *Acordo de RH* no documento está relacionada à viabilidade do PLE. Categorizei-o como Política considerando sua gênese, os eventos que o circundaram, sua influência na formulação e gestão de políticas de RH em saúde no Brasil, e também seus desdobramentos sendo um deles o PLE.

O Acordo foi firmado em Brasília mais de dez anos antes da aprovação do PLE, em 14 de novembro de 1973, como Cooperação Técnica OPAS-Brasil, intitulado **Acordo para um Programa Geral de Desenvolvimento de RH para a Saúde no Brasil** entre essa Organização e o governo brasileiro (MS e MEC), cujo objetivo era o desenvolvimento de pessoal para a saúde no país. Na época, os atores sociais foram Abraham Horwitz, diretor da OPAS, Márcio Machado Lemos, Ministro da Saúde e Jarbas Passarinho, Ministro da Educação e Cultura. Formou-se assim a base institucional para a sustentação da Cooperação Técnica (ALVES e PAIVA, 2006). Conforme avançava a estruturação dos serviços de saúde, teve renovações e perdurou desde 1973 até 1986, abarcando, portanto um período considerável da história da saúde brasileira, pelo que cabe aqui registrar, ainda que brevemente, alguns aspectos e fatos que guardam relação com o PLE.

Primeiro, o surgimento da OPAS no pós-guerra, inicialmente entre 1947 a 1959 sob a direção do norte americano Fred Soper, e entre 1959 a 1975, do chileno Abraham Horwitz. Nesta última gestão a saúde vai se afirmando como direito, as pautas institucionais vão sendo mudadas a partir do aumento da cobertura dos serviços de saúde, crescem as críticas à medicina hospitalocêntrica, às intervenções verticalizadas orientadas pela doença à medida que cresce a popularidade das

abordagens integrais e da medicina simplificada, culminando com a meta Saúde Para Todos no Ano 2000 e a definição da APS como estratégia central (Idem). Esses acontecimentos vêm como reação à formação médica flexneriana proposta no início do século XX, em que segundo o AS1:

[...] todas as políticas educacionais rumaram para a superespecialização, e os generalistas, os médicos de família, os homeopatas em grande parte sucumbiram nesse período.

Desde os anos de 1960 a organização já tinha uma dedicação institucional às questões de RH, em particular com o ensino da medicina geral e da medicina preventiva (ALVES e PAIVA, 2006).

Segundo, de acordo com os mesmos autores, a tese da formação de pessoal auxiliar no setor da saúde veio surgindo à medida que se discutia a formação médica no âmbito da medicina preventiva. Apoiados em documentos da OPAS eles referem eventos, dos quais destaco os dois abaixo, que ajudam situar essa questão dentro do Acordo:

- 05 a 17 de agosto de 1961/Punta del Este. Reunião Extraordinária do Conselho Interamericano Econômico e Social em Nível Ministerial. Originou o documento Plano Decenal de Saúde Pública da Aliança para o Progresso.
- 15 a 20 de abril de 1963/Reunião de Ministros da Saúde dos países signatários da Carta de Punta del Este. Com vistas a proteção, promoção e recuperação da saúde, foram recomendados quatro instrumentos, sendo eles, Planejamento, Administração dos Serviços, Investigação Científica e Formação de RH (ALVES e PAIVA, 2006).

Segundo estes autores, nestes dois eventos, enunciados sobre os trabalhadores auxiliares acrescentavam-se às discussões sobre o ensino da medicina. Eles destacam que o Plano Decenal de Saúde Pública apontava a importância da “formação e capacitação de profissionais e auxiliares [...]; capacitar em serviço os trabalhadores [...]; e ainda ampliar ou criar as instituições educativas requeridas para tal fim” (ALVES e PAIVA, 2006, p. 26). Esta última colocação sobre as instituições educativas já é o aceno para a criação dos Centros Formadores do PLE. Nestes eventos, dizem os autores, se discutia ainda a necessidade de aproximar a formação dos profissionais da saúde à experiência concreta da

prestação dos serviços. Aparecem duas facetas da concepção de formação profissional para a saúde: capacitar em serviço e integração ensino-serviço.

Terceiro, a III Reunião Especial dos Ministros da Saúde das Américas, realizada em 1972, em Santiago, Chile, originou o II Plano Decenal de Saúde para as Américas (outubro de 1972). O plano recomendava a valorização do médico generalista, enfatizava o recurso ao pessoal auxiliar de nível médio para ampliar a cobertura dos cuidados médicos, valorizava a percepção integral do processo saúde-doença, a abordagem multidisciplinar e a integração docente-assistencial para a aproximação da educação às ações de saúde, tanto para o nível superior como para o nível auxiliar, acrescentam os autores.

Assim, pautado no II Plano Decenal de Saúde para as Américas, o Acordo foi firmado em 1973, com três objetivos centrais: 1. Promover ações de planejamento e desenvolvimento de RH no setor saúde; 2. Aumentar a integração entre o sistema formador e a realidade da rede assistencial; 3. Fortalecer a formação de pessoal docente e de pesquisa.

Em agosto de 1975, durante a V CNS, foi celebrado pelas mesmas partes o **Acordo Complementar ao Acordo de 1973**, para a implementação do compromisso estabelecido em 1973. O resultado foi a criação do PPREPS, em junho de 1976, com uma meta central de grande alcance, que era adequar a oferta de RH ao SNS, que havia sido criado recentemente, pela Lei Nº. 6.229 de 17 de junho de 1975 (ALVES e PAIVA, 2006). Dois de seus objetivos, a preparação massiva de pessoal de nível médio e o estabelecimento de sistemas de desenvolvimento de RH nos estados, apresentam mais um aspecto da concepção de formação para a saúde: formação massiva com implicação institucional.

No decorrer do desenvolvimento das ações para a formação de trabalhadores da saúde, outros instrumentos e termos aditivos foram sendo celebrados, sempre reiterando os objetivos de 1973. Em finais de dezembro de 1978, entre os dias 21 e 29, ainda no governo Geisel, houve renovação do Acordo, ocasião em que foi firmado o **Termo Aditivo ao Acordo para um Programa Geral de Desenvolvimento de RH**, pelos ministros Euro Brandão (MEC), Paulo de Almeida Machado (MS) e Héctor Acunã (diretor da OPAS). Com este novo acordo houve prorrogação dos compromissos básicos de 1973, alongando-se o prazo de vigência da Cooperação até o final de dezembro de 1986. Este momento em que o acordo foi

renovado aparentava ser difícil em função do panorama político, representado pela sucessão do governo Geisel pelo general João Figueiredo, poderia haver demora nos encaminhamentos do novo acordo. Em outubro de 1979 no I Simpósio de Política Nacional de Saúde, discutiam-se temas importantes entre os quais, o de RH. A posse do ministro da saúde Waldyr Mendes Arcoverde, em 30 de outubro de 1979, trouxe perspectivas políticas mais promissoras para a Cooperação Técnica e também para aquele tema (ALVES e PAIVA, 2006).

Aspecto importante na Cooperação Técnica foi a incorporação do MPAS ao arranjo institucional, vindo a somar-se à OPAS e aos MS e MEC, em março de 1980, ante termo aditivo assinado pelo ministro Jair Soares. A partir de então, dizem os mesmos autores, se ampliaram os objetivos da Cooperação Técnica OPAS-Brasil, frente à busca da integração institucional na prestação dos serviços de saúde, com resultados inovadores, entre eles a criação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prevsáude⁷) e do PLE.

O desencadeamento das ações do Acordo nos anos 1980, precisamente entre 1982 e 1984, e a ampliação de seus objetivos culminou na adoção de três componentes programáticos: 1. Pessoal de Saúde, 2. Ciência & Tecnologia em Saúde, 3. Sistemas e Serviços de Saúde. O componente Pessoal de Saúde reunia, no início de 1985, sete projetos: 1. Desenvolvimento de RH para as AIS; 2. O **Projeto Larga Escala**, sob a denominação oficial **Formação de Pessoal Auxiliar em Serviço**; 3. Treinamento em Áreas Prioritárias; 4. Educação Continuada; 5. Educação Superior em Saúde; 6. Modernização da Administração de Pessoal; 7. Estudos sobre Pessoal de Saúde. Foi no componente Pessoal de Saúde que, ocorreu o surgimento do PLE, sendo inegável a importância do Acordo para a viabilização do Projeto (ALVES e PAIVA, 2006).

Após esta breve retrospectiva é possível alcançar o significado do Acordo como Política. Ao referi-lo como condição de viabilidade ao PLE, considerando o arranjo institucional do mesmo, os autores desta Resolução emitem a ideia da relevância da articulação entre representações dos diversos equipamentos institucionais na formulação de políticas sociais. Igualmente, se destaca a Cooperação Técnica como o espaço de interação, negociação e de construção de

⁷ Prevsáude: lançado na VII CNS em março de 1980 com objetivo de estender a cobertura de serviços básicos de saúde a toda população; reorganizar o setor público de saúde e promover a melhoria das condições gerais do ambiente. Após algumas versões foi abortado (PAIM, 2008)

políticas, no caso, de Políticas de Desenvolvimento de RH. Outro aspecto a ser observado diz respeito ao papel de uma instituição interamericana como a OPAS neste tipo de cooperação. Considerando que ela já difundia nas décadas de 1950 e 1960 os ideais da medicina preventiva e comunitária, é possível identificar a influência dos mesmos nos desenhos das propostas de formação de trabalhadores de saúde no Brasil, a exemplo do PPREPS e PLE. Nestes se verifica, entre outros, o princípio da integração ensino-serviço como ingrediente primordial à formação desses trabalhadores. Esta era uma das formas de repercussão das doutrinas e princípios da OPAS na organização dos serviços de saúde e políticas de RH para o setor. Neste sentido, o Acordo de Cooperação Técnica OPAS-Brasil em RH, em todos os momentos de seu desenvolvimento, teve papel decisivo tanto na configuração da arquitetura institucional da saúde como na rede de profissionais derivando assim, como importante legado, a conformação do campo dos RH para o setor saúde.

Este acontecimento revela a influência do aspecto relacional do Estado com os organismos internacionais, na determinação para que um tema de interesse de ambos se constitua em domínio cognitivo e até campo de práticas sociais e de políticas públicas. (ALVES e PAIVA, 2006).

A análise dessa categoria compõe mais uma dimensão que deve ser apreendida para situar o surgimento do PLE. Pensando em todas as dimensões que a Cooperação Técnica OPAS-Brasil abarcava, só o fato de ter deixado um legado, o campo dos RH em saúde, já expressa sua significação para os trabalhadores do setor. Para o AS1, ela significa um caminho, conforme diz:

O significado dessa cooperação é que esses atores sociais conseguiram mudar uma história, por um caminho que é o da construção de uma nova cultura!

Essa voz transcende o teor conferido pelo documento ao Acordo, de condição de viabilidade ao PLE, evidenciando-o como espaço de circulação de motivações, interesses e ideais nas objetivações no campo da formação em saúde.

7.2.1.4 Categorias relacionadas aos aspectos contextuais no DO4

O texto deste documento apresenta fatos pontuais da época de sua emissão, relacionados à EPS. Apresento as categorias no quadro 4.

QUADRO 4 – Categorias relacionadas aos aspectos contextuais	
Categoria	Unidades de Registro
C1 – Responsabilidade	“[...] responsabilidade constitucional do MS de ordenar a formação de RH [...]”
C2 – Política	“Instituir a PNEPS como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor” “Formular políticas de formação e desenvolvimento de formadores [...]”
C3 – Processo	“[...] aprovação da proposta do MS da Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS [...] pelo plenário do CNS, em 04 de setembro de 2003 [...]” “[...] pactuação da proposta do MS Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS [...] Pólos de EPS pela CIT, em 18 de setembro de 2003 [...]” “[...] pactuação da proposta do MS Alocação e Efetivação de Repasses dos Recursos Financeiros [...] pela CIT, em 23 de outubro de 2003 [...]” “[...] Resolução do CNS Nº. 335, de 27 de novembro de 2003 que afirma a aprovação da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS [...] e a estratégia de Pólos ou Rodas de EPS [...]”

- Categoria Responsabilidade

Por definição constitucional é responsabilidade do SUS ordenar a formação de RH para a área da saúde. Ordenar implica em atos que operacionalizem a questão no âmbito da prática, como emissão de portarias, articulações, criação de políticas, estratégias. Assim o MS tem desenvolvido várias estratégias e políticas voltadas para a adequação da formação e qualificação dos trabalhadores de saúde às necessidades de saúde da população e ao desenvolvimento do SUS, como por

exemplo, a criação da SGETES/DEGES em 2003. Essa responsabilidade consta também na Lei Nº. 8080/90, no Art. 6º, Capítulo I, que trata dos objetivos e atribuições do SUS, inciso III. Como ficou demonstrado na Categoria Política do DO3, há uma história de atuação do setor da saúde na formação de seus trabalhadores e a determinação legal, verificada na unidade de registro destacada, implica em compromisso do Estado com a questão.

Como afirma o AS1, participante da construção dessa história, o texto constitucional é o resultado de um processo democrático:

Porque [...] em 1988 quando a Constituição foi escrita, está lá escrito que cabe ao gestor municipal, cabe ao SUS a ordenação da formação dos RH em saúde. E a gente acreditou nisso; e a gente foi pra frente; e até hoje eu digo pras pessoas que eu acreditei e continuo acreditando e por isso eu fiz e continuarei fazendo!

Em seu fazer diário esse ator norteia sua prática pelo ideário do PLE, o que percebo na seguinte fala:

O que a gente faz em qualquer espaço que a gente está, a gente reporta esse artigo da Constituição Federal e aos princípios do PLE. A gente faz com que: se tem estagiário no nosso campo de estágio/campo de serviço, ele vai aprender as coisas do SUS; se tem reunião, se tem convênio com a instituição formadora, se tem seminários com a academia, se tem momentos de projetos específicos, é esse o momento melhor pra você dizer: Olha! A formação tem que seguir esse rumo!

Aqui me lembro de quando conversamos sobre os acertos para a entrevista, em que primeiramente o AS1 me perguntou: “Prá você o Larga Escala acabou ou ainda existe?” Na hora não sabia o que responder, pois o via como um projeto, uma política. Assim, após a experiência de entrevistar esse ator, entendo o PLE como movimento presente nas ações daqueles que trouxeram sua bandeira e o resignificam noutros cenários de formação dos trabalhadores da saúde em outro tempo.

- Categoria Política

A primeira unidade de registro destacada para análise evidencia a necessidade do gestor federal do SUS, no caso o MS, formular e executar políticas orientadoras para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor, para que se cumpra sua responsabilidade de ordenar a formação dos RH na saúde. Esta portaria vem responder a questão, instituindo a PNEPS.

Considerando a amplitude dessa política, em que formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS envolvem processo de trabalho,

qualidade dos serviços de saúde, modelo assistencial e sociedade, é válido lembrar ações que foram pavimentando o caminho hoje por ela alçado. Conforme a análise da Categoria Política do DO3 (contextual), a questão dos RH em saúde configurou-se como um campo nesse setor, a partir das experiências desenvolvidas no país com a Cooperação Técnica OPAS-Brasil. Após a instituição do SUS na Constituição Federal de 1988 e sua regulamentação, ações educativas vêm ocorrendo, diante da proposta do sistema, de reorientação das práticas de saúde. Iniciativas como a Capacitação e Formação em Saúde da Família/Polos de Capacitação em Saúde da Família/Cursos de Especialização em Saúde da Família e Residência em Saúde da Família; PROFAE; Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde (Gerus); Cursos de Formação de Conselheiros de Saúde e de Agentes do Ministério Público para o fortalecimento do Controle Social no SUS; e outros, são exemplos de ações neste sentido. Com o intuito de avançar nos processos de mudança e promover alterações nas práticas dominantes no sistema de saúde, o DEGES propõe uma política de EP no SUS capaz de enfrentar, em sua própria concepção e desenvolvimento, o desafio de constituir-se em eixo transformador; em estratégia mobilizadora de recursos e de poderes; e ainda, em recurso estruturante do fortalecimento do Sistema.

A EPS é um conceito amplo e traz para o setor saúde, o microssocial, os princípios da EP, do macrossocial. A partir do protagonismo do setor saúde no processo de reforma de Estado, desde os anos 1970 com as experiências da RSB; da instituição do SUS ao longo destes mais de 20 anos; e de seu propósito de reorientação das práticas, sabendo-se da importância do campo da formação de profissionais para o setor; a EPS vem como uma proposta de ação diferenciada. Vem como uma estratégia para a transformação de processos formativos, de práticas pedagógicas e de saúde, contribuindo “para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras” (BRASIL, 2004c, p. 9).

Desde sua implantação em 2004, muito já se construiu e a EPS vem rompendo a dicotomia teórico-prática, conforme experiência do AS1:

Então, [...] a própria modelagem da EP, que temos hoje, no serviço contempla a disponibilização de vagas para professores das universidades, estrategicamente reservadas para que eles venham junto com o serviço e possam também trazer sua história, sua compreensão, seu arcabouço teórico e prático, suas vivências. [...], o professor traz algumas questões que são do universo da academia, [...]. Essa miscelânea é muito interessante, a gente faz uma argamassa disso que é poderosa. E principalmente porque a partir de uma experiência dessa a gente faz balizamento das nossas falas, e para o aluno é ótimo, porque não fica a dicotomia da fala do serviço e da fala da academia/teoria: “Na teoria eu vi tal coisa e a prática não vale nada da teoria”. Então não podemos mais viver esse tempo, o nosso tempo é de teoria e prática e temos que ter as duas coisas o tempo todo [...].

Com certeza esta fala ilustra a integração ensino-serviço, princípio do PLE, que já constava no PPREPS e agora marca presença na PNEPS. Uma convergência entre ambas as políticas. Além disso, o AS1, cuja participação na implantação do PLE foi extremamente relevante, atua hoje na EPS, articulando nesse outro cenário os princípios do Projeto.

Uma ação política imediata à esta Portaria foi o “desencadeamento de um processo massivo de formação de formadores em todo o país” dirigido a profissionais da rede de serviços ou das escolas para atuarem como “facilitadores, mobilizadores, tutores, preceptores ou orientadores do processo de EPS” (BRASIL, 2004c, p. 25). Cursos na modalidade de educação à distância, com reflexão sobre educação visando superar concepções tradicionais de educação e constituir “uma cultura crítica, entre os professores (universitários e de ensino técnico) e entre os profissionais dos serviços, capazes de levar adiante práticas inovadoras e ativas nesse terreno” (Ibidem). Aqui cabe salientar que essa reflexão visando superar concepções tradicionais de educação e construção de cultura crítica é mais uma convergência entre o PLE e a PNEPS. Fui aluna do Curso de Facilitadores de EPS em 2005 e vivenciei essa reflexão, através da problematização, com a qual convivo desde 1986, ano de minha primeira capacitação pedagógica no PLE. Nestas capacitações as pessoas passavam por intenso processo de reflexão sobre sua prática, conforme as palavras do AS1:

E era isso que a gente percebia que a capacitação pedagógica fazia, porque era uma situação de imersão profunda, em aspectos do seu trabalho e também de sua subjetividade que era trazida à tona o tempo todo. Eram as suas experiências de vida, a partir do seu referencial teórico, do seu referencial de mundo, com seus padrões socioculturais, que vinham à tona. Não tinha como não sermos provocados a compreender o significado de nossas práticas profissionais. Era isso que a capacitação pedagógica fazia; te estimulava, [...] a buscar substratos necessários, alguns ali disponíveis, e outros que a gente continuou buscando, por isso o movimento, [...].

Mais uma vez, o PLE é apresentado pelo AS1 como um movimento, com o que concordo plenamente, na medida que em outros contextos ele pode ser resignificado. Acresça-se que a proposta de reflexão sobre as práticas de saúde, de educação e de organização do serviço trazidas pela PNEPS já estavam no arcabouço do PLE, mais uma convergência dessas políticas. Outro ponto comum é que como as capacitações pedagógicas no PLE, a formação de formadores na EPS demonstra a preocupação do Estado com o preparo de profissionais para atuar na operacionalização da política.

- Categoria Processo

A aprovação da PNEPS foi precedida de fatos sequenciais demonstrados nas unidades de registro selecionadas para esta categoria. Assim, a proposta da política foi submetida à apreciação e deliberação do Pleno do CNS pelo representante da SGTES Ricardo Burg Ceccim e aprovada. Em seguida, foi pactuada, em 18 de setembro de 2003, pela CIT. No dia anterior à pactuação da política, portanto no dia 17 de setembro de 2003, em reunião do Conselho Nacional de Representantes Estaduais do Conasems e Diretoria CONASEMS, foi retomada e discutida pauta da CIT - Polos de EPS/SGTES/MS. O documento da CIT foi aprovado (BRASIL, 2004c). Esta reunião é mais um fato que confirma o caráter processual da PNEPS. Outro fato importante é o financiamento e a pactuação da proposta do MS em 23 de outubro de 2003, além de corroborar esse caráter, demonstra o compromisso do Governo Federal com a instituição dos Polos, portanto com a política. Os recursos financeiros são próprios do Tesouro Nacional. A Resolução CNS Nº. 335 de 27 de novembro de 2003 apresenta várias considerações que situam as decisões tomadas. Afirma a aprovação da política, tanto que considera sua aprovação pelo Plenário do CNS em sua 134ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 03 e 04 de setembro de 2003. Consta também nas considerações o parecer favorável da CIRH/CNS à proposta e ainda o objetivo da mesma de promover a articulação entre Formação, Gestão, Atenção e Controle Social em Saúde, atendendo às recomendações da NOB/RH-SUS para promoção de mudanças nas práticas de formação e nas práticas de saúde, tendo em vista a humanização, a integralidade e o trabalho em equipes matriciais na organização do trabalho em saúde (BRASIL, 2003). A análise desta categoria me permite apontar que o processo de construção é mais um ponto de convergência entre o PLE e a PNEPS, e que é primordial a

atuação de pessoas na defesa e legitimação de seus ideais filosóficos através da implantação de uma política.

7.2.1.5 Categorias relacionadas aos aspectos contextuais no DO5

O documento apresenta fatos novos revelando a dinamicidade de eventos relacionados à EPS. As categorias daí extraídas constam no quadro 5.

QUADRO 5 – Categoria relacionada aos aspectos contextuais	
Categorias	Unidades de Registro
C1– Processo	<p>“[...] lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, [...] comissões permanentes de integração [...]”</p> <p>“[...] da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde”</p> <p>“[...] Reunião da CIT no dia 21 de junho de 2007”</p>
C2 – Educação	<p>“[...] as Diretrizes Curriculares Nacionais para a educação profissional de Nível Técnico [...] Parecer Nº. 16/1999, Resolução Nº. 04/1999 e Decreto Nº. 5.154/2004”</p>

- Categoria Processo

Além de reiterar a responsabilidade constitucional do MS na ordenação da formação dos RH para a saúde, o documento apresenta outros elementos que marcaram as discussões da PNEPS.

Na Lei Nº. 8080/90, que em seu Capítulo III trata da organização, da direção e da gestão do SUS, no Art. 14 consta que “Deverão ser criadas comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior”. Conforme o Parágrafo Único:

Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos RH do SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições (BRASIL, 1990).

A evocação de um fato histórico da construção do SUS para balizar a nova Portaria mostra a importância da história na construção de fatos novos. A

denominação de Comissão de Integração Ensino-Serviço para essas instâncias previstas na lei representa um avanço na implementação do SUS, fortalecendo a PNEPS (ROSCHKE, 1986?).

A Portaria em análise refere a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Com o tema *Trabalhadores de Saúde e a Saúde de Todos: Práticas de Trabalho, de Gestão, de Formação e de Participação*, se buscou refletir sobre os processos de trabalho do SUS e propor diretrizes para implementar políticas de gestão de trabalho e educação na saúde, no âmbito nacional. Para Campos, Pierantoni e Machado (2006d) essa Conferência “representa uma inflexão para o campo do trabalho e do trabalhador para a área da saúde, consolidando as ações da SGTES [...]” (p.12).

Outro evento apresentado pela Portaria em análise foi a Reunião da CIT do dia 21 de junho de 2007, na qual a EP foi pactuada com algumas correções na redação da minuta de portaria que altera a Portaria GM/MS Nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, apresentada pela SGTES/MS (BRASIL, 2007). Roschke (1986?) acrescenta a aprovação dessa minuta também pelo CNS na 176ª reunião ordinária, em 09 de agosto de 2007.

A existência desses fatos mostra a discussão sobre a EPS e evidencia a importância de fatos históricos na constituição dos tempos e das políticas.

- Categoria Educação

É clara a preocupação da PNEPS com a questão do suporte legal para a formação dos trabalhadores de nível médio da área da saúde.

O Parecer Nº. 16 de 05/10/1999 trata das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico; a Resolução Nº. 04 de 07/10/1999 institui essas Diretrizes. O Decreto Nº. 5.154 de 23 de julho de 2004 revogou o Decreto Nº. 2.208, de 17 de abril de 1997 e definiu novas orientações para a organização da Educação Profissional, articulando-a ao Ensino Médio, de forma integrada, concomitante e subsequente a este (BRASIL, 2004a). Essa revogação não ocorreu livre de embates relacionados às intencionalidades políticas implícitas, o que será discutido na Categoria Formação, relacionada aos aspectos conceituais no DO5.

7.2.1.6 O contexto à luz documental e das vozes

Convergências e diferenças: a análise dessas categorias revela como convergências entre o PLE e a EPS: a formulação de ambas não ocorreu à revelia do contexto socioeconômico; houve um processo marcado por discussões e legislações. Preparo de pessoal para conduzir as políticas como as capacitações pedagógicas e os cursos de facilitadores/tutores; o princípio da integração ensino-serviço; a reflexão crítica acerca das práticas. A responsabilidade constitucional do MS pela ordenação da formação dos RH é o aspecto que diferencia a PNEPS do PLE. Sempre reiterando o caráter amplo da PNEPS, o aparato legal é mais uma semelhança nas duas políticas. O PLE, sob a Lei Nº. 5892/71, que representava o modelo hegemônico de ensino técnico; a Educação Profissional Técnica de nível médio no âmbito da PNEPS, sob a Lei Nº. 9394/96, e suas contradições em relação ao projeto original. Subjacente a ambas as leis, o conceito de homem, que, de tecnológico, necessário à industrialização nas décadas de 1960/1970/1980, muda para polivalente, a partir da década de 1990, para atender as necessidades da produção flexível. As duas leis, em momentos diferentes, fundamentam o viés economicista da educação brasileira (FRIGOTTO, 2005).

Concepção de formação: esta análise de aspectos contextuais já evidencia elementos implícitos da concepção da formação profissional desenvolvida para os trabalhadores da saúde com o PLE, como por exemplo, a consideração do fator socioeconômico; a análise dos determinantes sociais, econômicos e políticos no processo educativo, o conhecimento de questões do serviço como o INAN e a CEME. Com o II Plano Decenal de Saúde Pública para as Américas e com o PPREPS se introduziu a ideia da capacitação em serviço e o princípio da integração ensino-serviço. Apesar da visão massiva de formação que tinha esse programa para atender os PEC, implicou na criação dos órgãos de RH nos estados. A PNEPS, ao vir como estratégia transformadora de práticas, abrange todas as modalidades educacionais, apresentando elementos de uma concepção mais abrangente.

Implicações: O PLE requisitou um posicionamento dos atores sociais, e para ilustrar essa percepção recorro ao argumento do AS1 quando explicou a importância da compreensão dos movimentos trazidos pela História como referência para a posição das pessoas, seja para a omissão ou para a ação frente aos contextos opressores. No caso ele se reportou ao Iluminismo:

Por que é que vem um movimento do Iluminismo, puxado pelos franceses, e acompanhado por todos os povos europeus? [...] então é bacana a gente conhecer alguns movimentos, [...] que se conectem com os fundamentos que norteiam a tua vida, tua prática, o rumo do teu trabalho, o rumo do que é a tua vida em comunidade, com tua família, teus amigos, colegas, o rumo dos teus escritos que vão ficar de herança pras próximas gerações que vão ler os teus escritos. Então, a compreensão de alguns movimentos, e compreender-se em que momento histórico você vive, o que veio antes, e o que você está imaginando que vem depois!? O depois vai existir em razão daquilo que se está fazendo agora ou não! Então se você faz a opção pela omissão, você está decidindo que está na mão dos outros o que vai acontecer depois. Se você está fazendo opção pela participação, concretização, divulgação, você está dando os seus traços, colocando os seus tijolos numa construção do mundo que está vindo a seguir!

Esta fala expressa a importância de se conhecer o significado dos movimentos sociais para que as pessoas possam se comprometer e nortear suas ações rumo a mudanças sociais relevantes. Esse conhecimento certamente foi um dos propulsores do comprometimento do AS1 com os ideais de uma nova prática de educação na saúde ante aquele momento histórico que marcou o país.

7.2.2 BLOCO 2: discutindo as categorias relacionadas aos aspectos conceituais nos documentos DO1, DO2, DO3, DO4 e DO5

7.2.2.1 Categorias relacionadas aos aspectos conceituais no DO1

Neste documento identifiquei apenas duas categorias conceituais relacionadas ao PLE e as apresento no quadro 6.

QUADRO 6 – Categorias relacionadas aos aspectos conceituais	
Categorias	Unidades de Registro
AC1 – Integração	“O planejamento geral e a programação das atividades de natureza médico-assistencial [...] serão procedidas no âmbito dos dois ministérios, de forma conjugada [...]”
AC2 – Descentralização	“descentralização da execução de atividades para os estados e municípios”

- Categoria Integração

A unidade de registro selecionada apresenta implicitamente o conceito de integração. Como o texto situa-se no corpo do documento em que se apresentam as decisões tomadas, significa que os gestores federais buscaram atender uma necessidade que se evidenciava no então SNS. Assim o documento oficializa a pretensão de superar a dicotomia existente na prestação dos serviços de saúde, em que as ações de prevenção/saúde pública estavam sob a responsabilidade do MS e as ações curativas/assistência médica sob responsabilidade do MPAS, separação esta que se consolidara através do SNS (ALVES e PAIVA, 2006). Esta situação em que dois ministérios eram responsáveis pela política de saúde representava o alto grau de centralização e fragmentação, o que resultava em “superposições, descoordenações e ausência de controle”, o que reduzia a eficácia e a eficiência da ação governamental (TEIXEIRA, 1989, p. 28). A decisão explicitada neste documento atende um das recomendações da V CNS, que fora realizada em agosto de 1975, para a reorganização dos serviços de saúde, que era a união entre as ações preventivas e as ações curativas (LIMA e BRAGA, 2006). Isso é reforçado pelo AS3, ao referir que antes do PLE ser aprovado esses serviços estavam separados:

[...] Nesse período o Ministério da Saúde assume a rede hospitalar que era do INAMPS. Até então, o MS só trabalhava a atenção básica [...].

Futuramente se daria mais um passo em direção a efetivação da integração com as AIS. O conceito estava incorporado na proposta pedagógica do PLE, tanto que a sua aprovação em 1985 foi atrelada às AIS. Igualmente aparece na PNEPS e na concretização dos Polos de EPS. Mais uma semelhança entre as duas políticas.

- Categoria Descentralização

Este conceito é claro no documento ao definir exatamente o que deve ser descentralizado que é a *execução de atividades para os estados e municípios*, a partir da integração das duas Pastas Ministeriais.

A descentralização é um elemento essencial da RSB, que mais tarde em 1988 vai fazer parte do texto constitucional como uma das diretrizes organizativas do SUS. Relaciona-se fortemente com a execução do PLE como base de sua operacionalização, que se dará de forma descentralizada em todo o país nas unidades federadas. Corroborando esta colocação o AS1 lembra o início das

capacitações pedagógicas para os profissionais que atuariam como instrutores-supervisores no Projeto:

A descentralização na Secretaria Municipal de Saúde aconteceu simultaneamente aos processos de capacitações pedagógicas para os cursos que precisavam acontecer aqui no município de Curitiba. Aqui foi o começo das descentralizações.

Em decorrência haveria uma revisão no conceito de administração nas três esferas governamentais, por implicar em rever responsabilidades institucionais, inclusive na questão de financiamento das ações do setor saúde. Diante da redemocratização do país descentralizar democraticamente significava muito mais do que apenas distribuir territorialmente o poder, porque requeria a participação da sociedade de cada estado de forma efetiva da vida política. Caso contrário significaria apenas desconcentração, que “representa a localização, em diferentes pontos do território da União, de uma mesma instância de poder, ou seja, de sua administração” (FALEIROS, et al, 2006, p. 25). Com relação ao PLE, a descentralização, diferente da desconcentração, ocorreu de forma inovadora, ao descentralizar a execução curricular dos cursos. Igualmente o conceito vai estar presente na PNEPS.

7.2.2.2 Categorias relacionadas aos aspectos conceituais no DO2

As categorias identificadas compõem o quadro 7.

QUADRO 7 – Categorias relacionadas aos aspectos conceituais	
Categorias	Unidades de Registro
AC1 – Formação	“[...] no campo de formação [...]”
AC2 – Capacitação	“[...] e capacitação [...]”
AC3 – Recursos Humanos	“[...] de recursos humanos [...]”

- Categoria Formação

O MS ao considerar a competência do MEC *no campo de formação* de RH e integrá-lo à CIPLAN, reconhece a importância da participação deste órgão da área de ensino nas discussões e decisões sobre educação profissional em saúde. O fato da inclusão do segmento da Educação Superior além do Ensino de Primeiro e Segundo Grau remete à amplitude do termo formação que, neste documento, refere-

se à todos os níveis, elementar, médio, técnico, graduação e pós-graduação. Entender formação requer atentar à Lei Nº. 5.692/71, em vigor na década de 1984, sob a qual seria regido o PLE. Apesar de ter abordado alguns aspectos desta lei anteriormente, aqui busco um pouco de sua história, tentando compreender a implicação decorrente da base conceitual implícita.

Em 1971 era Presidente do Brasil o general Emílio Garrastazu Médici, e, Ministro da Educação, o coronel Jarbas Gonçalves Passarinho. Entre os eixos pelos quais foi pautada a política educacional deste governo estava o “estabelecimento de uma relação direta e imediata, segundo a teoria do capital humano⁸, entre educação e produção capitalista [...]” (GERMANO, 1994, p. 106), expressando uma concepção de formação, no seu âmbito mais geral, voltada aos interesses do capital. Saviani (1994), ao falar do trabalho como princípio educativo, lembra que a teoria do capital humano surgiu na década de 1960, numa educação decisiva para o desenvolvimento econômico.

Saviani (1999) em análise a essa lei, informa a rápida movimentação na elaboração do texto desde o estabelecimento do Grupo de Trabalho para o projeto original, o prazo de sessenta dias para a conclusão e comenta algumas das 357 emendas apresentadas. A lei foi promulgada em 11 de agosto de 1971, sem vetos do Presidente da República, completando o “ciclo de reformas educacionais destinadas a ajustar a educação brasileira à ruptura política perpetrada pelo golpe militar de 1964”, dando continuidade à ordem socioeconômica (SAVIANI, 1999, p. 116). (Lembre-se que o governo militar, através da Lei Nº. 5.540/68 estabeleceu a reforma do Ensino Superior, sob a ordem da desmobilização e da democracia excludente). O autor, ao comparar a Lei Nº. 5.692/71 com a Lei Nº. 4.024/61, de inspiração liberalista, destaca que esta cedeu lugar a uma tendência tecnicista, o que caracteriza também a Lei Nº. 5.540/68. Este termo traz mais um viés da concepção de formação, que é o fundamento no domínio da técnica. A profissionalização do 2º grau, para Saviani (1999) indica uma “preocupação com o aprimoramento técnico, com a eficiência e produtividade em busca do máximo de resultado com o mínimo de dispêndios” (p. 119). O corpo textual da Lei Nº. 5.692/71 expressa a intencionalidade do governo, de uma formação para o trabalho conforme os ditames economicistas, nos termos: ‘qualificação para o trabalho, habilitação

⁸ Sobre este tema ver detalhes em Dicionário da Educação Profissional em Saúde/Fiocruz, 2008, por Gaudêncio Frigotto.

profissional, formação especial, estágio, formação profissional'. Esta lei, juntamente com o Parecer Nº. 45/72 do CFE, oficializa uma política de educação que, na pretensa profissionalização voltada às necessidades do desenvolvimento, expressa o ideal de homem necessário àquele contexto, conforme diz o AS3:

A Lei 5.692/71 [...] com olhar literalmente tecnicista, pelo próprio momento político histórico que a gente vivia, onde não se queria um cidadão pensante. Ele é executor de tarefas! Como trabalhar nesse contexto, como fazer para que as pessoas avançassem e pensassem?

A mesma concepção também é apresentada pelo AS1:

[...] aquelas reformas do ensino médico e que se ampliaram pra todas as outras áreas de formação da área da saúde no modelo flexneriano, [...] e no Brasil refletindo muito fortemente com a fragmentação do ensino, fim da década de 60, começo da década de 70, [...] a concepção de homem [...] tecnológico, [...] que tinha que ficar refém de um conhecimento [...] fragmentado pela superespecialização [...]

Essas expressões definem bem o caráter ideológico daquela educação de ajuste do governo militar, de não apenas preservar os interesses das classes dominantes, mas disfarçá-los aos olhos das classes subalternas. Mantendo o trabalhador refém de conhecimentos fragmentados, preparado apenas para ser um fazedor, mantinha-o recluso a uma consciência fatalista sem percepção de sua realidade (LIBANIO, 1995). Sob a lei a concepção burguesa de educação, voltada aos interesses do capital, fundamentada no domínio da técnica e na formação do cidadão não pensante. O PLE enfrentou essas bases conceituais voltadas para o capital, apresentando-se como uma proposta anti-hegemônica, frente à repressão ao processo ideológico do país pelo governo militar.

- Categoria Capacitação

Para entender a ideia de *capacitação* nos termos do documento, como competência do MEC, na perspectiva da sua integração à CIPLAN, que em 1985 aprova o PLE, é necessário recorrer mesmo que brevemente a fatos que circundavam a questão do desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde. Nos anais da VII CNS, realizada em 1980, com o tema *Extensão das Ações de Saúde dos Serviços Básicos*, o MS refere os RH como objeto de atenção prioritária e integrada, para a realização das atividades de saúde. Então, através da Sua Secretaria de RH, em 1982, apóia a formalização de órgãos de RH nas SES em que uma das cinco funções estabelecidas é a Capacitação de Pessoal. À capacitação caberia "preparar o trabalhador para a ocupação ou para a melhoria do seu

desempenho no trabalho de produzir serviços de saúde adequados em quantidade e qualidade à realidade sanitária e cultural onde se inserem estes serviços" (SIMÕES, 1986, p. 557). Na abrangência da função capacitação estava o preparo para “o planejamento das ações de saúde e saneamento; a administração da rede de serviços, incluindo gerência e supervisão; a execução das ações de saúde e saneamento com tecnologia apropriada” (Ibidem).

O AS3, ao abordar o aspecto pedagógico do PLE e falando sobre resignificação, acaba trazendo a origem do termo capacitação:

Também não tenho problema com o termo capacitação embora ela tenha um significado tecnicista, eu acho que você pode resignificá-la, por que não?

Essa colocação reforça o diferencial conferido pelo PLE ao termo, pois a capacitação, uma arca conceitual, vai ter ressonância no preparo de instrutores-supervisores.

- Categoria Recursos Humanos

Termo relacionado à concepção de homem. Para Vieira (2008) “o conceito de RH é próprio da área de administração e remete à racionalidade gerencial hegemônica que reduz o trabalhador à condição de recurso, restringindo-o a uma dimensão funcional” (p. 343). Provavelmente esta é a ideia que tem orientado a educação na sociedade brasileira. Para Simões (1986) a denominação ‘RH para a saúde’ refere-se ao pessoal de todos os níveis que atuam nas instituições do setor, numa visão limitada acerca do trabalhador visto como pessoal de instituições. Os PEC, apesar de terem sido determinantes para a organização do campo dos RH em saúde, se caracterizavam como uma “proposta subalterna dentro da organização da assistência à saúde” (SIMÕES, 1986, p. 555). Nesta ótica, os trabalhadores estariam sendo preparados para atuar num sistema de saúde excludente, que interesse haveria para se falar em formação crítica, para a cidadania, por exemplo? Mas na época deste documento, em 1984, os muitos questionamentos sobre o universo da saúde, inclusive sobre a formação de seu *staff*, logo iriam derivar contornos diferentes a esse quadro.

Para o AS1 a significação para o termo:

[...] a formação dos RH em saúde. É funcional/utilitarista a expressão RH. Temos outros termos, por exemplo, pessoa!

Essa expressão denota a polissemia do termo e induz pensá-lo como norteador da formação para transcendência ou para repetição apenas.

7.2.2.3 Categorias relacionadas aos aspectos conceituais no DO3

Vários conceitos percorrem o documento. Sua categorização apresento no quadro 8.

QUADRO 8 – Categorias relacionadas aos aspectos conceituais	
Categorias	Unidades de Registro
AC1 – Movimento	“[...] princípios norteadores [...] consonância com a Política de RH adotada pelo INAMPS [...]”
AC2 – Formação	“[...] Projeto Larga Escala [...] proposta de formação de RH de nível médio”
AC3 – Escolaridade	“[...] de níveis médio e elementar”
AC4 – Integração ensino-serviço	“[...] vem trazendo resultados relevantes na integração ensino-serviço [...]”
AC5 – Supervisão	“[...] real papel do sistema de supervisão”
AC6 – Qualificação	“[...] na qualificação [...]”
AC7 – Descentralização	“[...] sua execução a nível de cada estado” “[...] inclusão de novos estados [...]”
AC8 – Capacitação	“[...] como o modelo de capacitação que responderia às necessidades de preparo de RH [...] inerentes à proposta de integração na prestação de serviços”
AC9 – Política	“[...] como estratégia prioritária [...]”
AC10 – Recursos Humanos	“[...] na preparação de RH [...]”

- Categoria Movimento

A parte do texto selecionada como unidade de registro implica entender que o PLE, através de seus idealizadores, transitava no espaço do INAMPS.

A referência de Izabel dos Santos, em entrevista concedida a Janete L. de Castro, que o termo projeto para o Larga Escala é inadequado, uma vez que não havia a questão do prazo, que talvez ele fosse mais um movimento (CASTRO, SANTANA e NOGUEIRA, 2002), leva a crer que com toda implicação do mesmo à essa altura, enquanto uma ideia concebida que agregara pessoas e instituições na luta por sua consolidação, realmente ele se constituía em um movimento. A partir

das atividades iniciais do PLE em 1981, agora em 1985, ele galgava novo patamar ao ser aprovado e para isso foi valiosa a contribuição de José Paranaguá de Santana que, em 1985, assumiu a Diretoria de Modernização Administrativa e Desenvolvimento de RH do INAMPS, sob a presidência de Hésio Corderio, ambos militantes do movimento sanitário (ALVES e PAIVA 2006).

Nessa instituição o PLE foi implantado a partir da Resolução ora em análise, sob a denominação de “Programa de Formação de Pessoal de Nível Médio” (MPAS/INAMPS, 1987, p. 4).

Ao referir sua experiência de levar os primeiros resultados do PLE para fora do país, o AS1 destaca o caráter abrangente do mesmo naquela conjuntura do setor saúde e confirma a presença do Projeto no INAMPS:

[...] em 1987, [...] eu fui pro Equador, fui prá Quito, junto com Tereza Cristina Varela Vieira, [...] ela era do antigo INAMPS, que sofria uma modificação nesse período, por conta das alterações das políticas de saúde, na eminência, no auge da Reforma Sanitária, no início do que era esse grande movimento, e a formação era para o SNS. Não podia se pensar em fazer Reforma Sanitária sem essa formação e essas alterações neste importante componente do sistema de saúde que na época era o INAMPS! [...]

Para operacionalizar e legitimar o Programa de Formação de Pessoal de Nível Médio, como expressão política de valorização da área de Desenvolvimento de RH (DRH) no INAMPS, seria viabilizada a “criação dos Centros Formadores de Pessoal de Nível Médio, a serem implantados a partir de Escolas de Enfermagem” (SANTANA, 1986?, p. 3) sediadas nas Superintendências Regionais do Maranhão, Pernambuco, Bahia, Goiás, Rio de Janeiro e São Paulo. Rememorando sua experiência na construção do PLE, o AS3 informa sobre os estados que em 1981 tiveram as primeiras experiências, fora e antes do INAMPS:

Os estados que iniciaram o PLE foram as Secretarias da Saúde do Rio Grande do Norte, Rondônia (que não vingou só veio retomar vinte e dois anos depois), Minas Gerais [...] Alagoas, Piauí.

Continua explicando:

O INAMPS passou a implementar o PLE a partir de suas escolas de auxiliares de enfermagem, que eram no Rio de Janeiro, no Maranhão, Goiás, em São Paulo, Bahia e Pernambuco [...] eram seis! Aqui começa o que esse grupo pensou com a proposta nesses estados, o MEC financiava também [...]. O início foi, portanto, na rede estadual e a partir de 1985, com as escolas da rede INAMPS.

Assim, as propostas de cursos de Auxiliar de Enfermagem foram direcionadas para a qualificação de quatrocentos Auxiliares Operacionais de Serviços Diversos. Essa formação estava prevista a partir da elaboração do Currículo Integrado visando

um perfil crítico e reflexivo, mais adequado aos serviços de saúde na perspectiva do novo sistema de saúde de então. O desenvolvimento dos cursos estava sob responsabilidade de Instrutores-Supervisores, já engajados nos serviços de saúde (MPAS/INAMPS, 1987, p. 5).

O preparo desses profissionais foi feito pelos idealizadores do PLE, segundo o AS3:

A primeira capacitação do INAMPS quem fez foi a Izabel. Depois quem assumiu foi a Tereza Varela [...] os docentes do INAMPS eram os enfermeiros do quadro e não foi fácil essa fase de implantação! (bate na mesa)

Entre os princípios da formação proposta pelo INAMPS, veiculados na capacitação pedagógica, figuravam a identidade profissional, a construção sistematizada do conhecimento por meio de abordagem pedagógica crítico-reflexiva e a reorganização dos serviços.

Este breve reluzir em acontecimentos passados mostra que foi decisiva a presença de José Paranaguá de Santana e Hésio Cordeiro na adoção dos *princípios norteadores* do PLE para a política de RH do INAMPS e a consequente implantação do mesmo nesta instituição. José Paranaguá de Santana imprimiu ao DRH do INAMPS, o caráter de um trabalho integrado com as instituições de saúde, na perspectiva da integração interministerial. Pensava o desenvolvimento de RH para um sistema de saúde estadualizado, municipalizado, sendo a força de trabalho do instituto parte integrante da força de trabalho do sistema de saúde, que apontava para a unificação (MPAS/INAMPS, 1987, p. 6). Com certeza, estes pensamentos permearam a institucionalização do PLE.

O AS3 informa ainda o aporte ideológico de José Paranaguá na estrutura tradicional de formação do INAMPS:

O Paranaguá queria quebrar a lógica estabelecida no INAMPS porque suas escolas não formavam seus trabalhadores, os cursos eram bem tradicionais. A seleção era para pessoas de fora que ainda recebiam bolsa. O Paranaguá entrou rompendo isso, passando a priorizar o pessoal empregado nos quadros do INAMPS.

Com essa quebra Paranaguá imprime a lógica da inclusão do PLE, ante seu compromisso com os trabalhadores da saúde, visto pelo AS3 como um papel instituinte, de dar movimento:

[...] não se pode quebrar por quebrar: você tem que colocar algo mais significativo e relevante no lugar!

Estes fatos evidenciam o caráter multidimensional que o PLE ia alcançando, configurando-se, além de projeto, como movimento, que agora, aprovado, tornava-se também uma política. Como movimento, não apenas marcou pessoas, seus princípios continuam presentes naqueles que militam em outros espaços e sustentam propostas educativas como por exemplo, no campo da EPS. Cabe trazer neste momento a experiência do AS1:

Bom eu e a Tereza Cristina fomos representar o Brasil [...] essa reunião foi uma reunião histórica, e eu não tinha ideia do tamanho da importância que era aquilo tudo, [...] naquele evento eu tive a dimensão! Porque foram as enfermeiras de toda a América do Sul e Caribe, tinha representação de todos os países (emoção), [...] e nesta reunião que foi em Quito, a representante da OPAS, fez uma fala num tom sóbrio (muito emocionada) que me emociona até hoje, quando eu lembro sua fala: (chorando e falando) "ISTO É UM MARCO TEÓRICO! (fala chorando) É UM MOMENTO DE OURO". E aí eu queria entender (chorando, ela volta no tempo) o que era o tamanho daquilo?! E hoje que já se passaram (chorando) mais de vinte e dois anos desta reunião (chorando), ela tinha razão no que falava, ela sabia muito bem (chorando) ela conseguiu perceber o significado daquilo que a gente estava fazendo! Pois bem, foi algo que nunca tinha ouvido falar: marco teórico/marco referencial (ainda chorando) marco histórico e a gente foi considerado marco teórico!!

Marco teórico, marco referencial, efeitos que identificam o PLE como um Movimento, que se mantém vivo pela disseminação de seus princípios por seus atores sociais.

- Categoria Formação

A unidade de registro categorizada apresenta a necessidade de superar a formação profissional anterior ao PLE, que compreendia apenas treinamentos baseados no tecnicismo, ministrados pelas instituições de saúde e não conferiam titulação, portanto não legitimavam nem conferiam identidade profissional aos trabalhadores. Isso é confirmado pelo AS1 ao falar da proposta de formação do PLE:

Inicialmente a preocupação era com o preparo de pessoas, de trabalhadores que não eram profissionais da saúde, [...] era com eles que o sistema de saúde tinha que contar, pois eram eles que faziam os procedimentos da área da enfermagem! Eram pessoas que não tinham identidade profissional, [...] ficavam reféns do serviço, que os treinava, e eles não tinham como buscar outras possibilidades de emprego, outros trabalhos, em outros locais que não fosse aquela própria instituição que os treinou, pois nenhum outro serviço/escola os legitimava.

Para atender esta necessidade a proposta do PLE foi apoiada legalmente na Lei Nº. 5.692/71 e no Parecer Nº. 699/72. Mesmo este aparato legal sendo rígido e originário do Estado militar, pelas brechas que apresentava foi possível viabilizar uma formação diferenciada.

Sobre como foi descoberta esta abertura o AS3, ao esclarecer sobre sua vinda para o MS para discutir o suporte legal para o PLE, informa:

[...] eu fui convidada a participar do grupo que ia pensar a questão de RH do setor saúde em 80 [...] eu cheguei [...] o grupo já estava avançado, porque tinham políticas públicas já acontecendo como o PPREPS [...]

Realmente, conforme já abordei em categoria anterior, já estava em andamento a Cooperação Técnica OPAS-Brasil com o PPREPS. Ao me perguntar se li o livro sobre a Izabel dos Santos, acrescenta o AS3, que nessa época:

[...] uma coisa que mexeu muito com ela era que o PPREPS trazia a ideia de preparar a força de trabalho em saúde, de qualificar a força de trabalho [...]

Treinar, preparar, qualificar a força de trabalho, era a concepção de formação para os trabalhadores da saúde antes do PLE.

Entretanto, sem uma entrada na legislação o Projeto não seria possível e a chegada do AS3 estava associada ao enfrentamento do impasse da rigidez educacional frente às características dos trabalhadores da saúde:

Bom, este foi o meu desafio, trazer prá dentro da educação, a viabilidade de esses trabalhadores chegarem ao diploma ou certificado, onde eles pudessem ter mobilidade pela ascensão tanto profissional, quanto pessoal, como social. Neste contexto eu entro.

A discussão foi intensa, um embate filosófico:

[...] e acredite se quiser, era uma briga [...] no campo do debate, da crítica. Ela falava: não vem você com essa cabeça mequiana (do MEC) eu sei ler a lei, eu não sou analfabeta. Eu quero saber o que a lei não diz, mas não proíbe, e é por aí que nós temos que entrar, porque está tudo muito regulado Ena! Eu preciso achar alternativas que não sejam proibidas e que não estejam explicitadas no corpo da lei. É a leitura das entrelinhas. Perguntei a ela se não queria uma pessoa especialista (...) ela disse: quero uma pessoa que entenda de lei de ensino e de educação profissional e que ajudasse a fazer essa entrada no campo da educação, onde os trabalhadores, por mais excluídos que fossem, tivessem a mesma oportunidade de percurso educacional!

Foi aí que Valnir Chagas passou a compor esse campo de forças, com o Parecer Nº. 699/72, visto na análise da Categoria Educação (contextual) do DO2.

Consistia então o PLE uma política para os trabalhadores empregados, sendo que a referida lei foi trabalhada para viabilizar a certificação [...] (RAMOS e PEREIRA, 2006).

Titulação, inclusão, ascensão profissional, pessoal e social são elementos inerentes à concepção de formação para o PLE. Esta era a força que movia os idealizadores do Projeto, pessoas inquietas com a educação vigente e se originara numa experiência, trazida pelo AS3:

O grupo composto para propor alternativas para essa força de trabalho sem qualificação era composto por Roberto Nogueira, Izabel Santos e Paranaguá Santana. Izabel ficou mobilizada a partir de uma solicitação de uma atendente que pediu a ela que a saúde devia de ajudá-los a avançar com o "canudo", que não ficasse dando só treinamento. Ela já tinha naquele momento uma ideia do sentido utilitarista do treinamento para o setor saúde, era bom pro serviço, mas não era bom pro trabalhador!

E continua com detalhes, já trazendo a noção de atenção à saúde subjacente ao PLE:

Então aí começa a se pensar uma proposta de formação em larga escala uma proposta que fizesse avançar o serviço e o trabalhador. Ela era assentada nessas duas premissas de avanços. Conseqüentemente, uma pessoa mais qualificada, favorecendo a população, com uma assistência de qualidade, já tinha conceito de atenção naquela época viu? Implícito nisso aí!

O PLE então se volta para a atenção com qualidade. Sobre esse processo de construção, da vinda do AS3 para o MS e do valor de sua contribuição, afetivamente o AS1 alude:

Eles vieram com muita clareza [...] um grupo que era do MS, OPAS (Izabel Santos como destaque), e vinha do MEC uma pedagoga apaixonante, que é a Ena Galvão que tinha experiência muito real que era a das escolas agrárias, escolas técnicas agrícolas de nível médio, dos interiores do Brasil! E assim, com um jeito muito especial de ser pedagoga! Muito pronta pra compreender o que era saúde, e em que aquela experiência que ela tinha nos interiores do Brasil, podia vir para a saúde! E foi uma forma de entrelaçamento, de ideários e de conhecimentos, de fundamentações, fantástico! Foi uma química perfeita, no momento exato do que o Brasil precisava!

Construído coletivamente e a partir de uma concepção filosófica de resgate social e de cidadania, o PLE assume o caráter de ultrapassar a visão utilitarista dos treinamentos realizados até então e introduz sua dimensão política de "viabilizar a formação para a cidadania plena através da legitimação social da sua prática e sua qualificação específica" (SANTOS e SOUZA, 1989, p. 64). Assim o PLE surgiu "com base filosófica no conceito de formação, o qual transcende a mera aquisição de habilidades intelectuais e psicomotoras" (MPAS/INAMPS, 1987, p.1). Conceitualmente, a noção de formação do PLE, compreendia o "desenvolvimento integral das capacidades e potencialidades cognitivas do indivíduo, o estímulo ao aprimoramento de habilidades intelectuais e psicomotoras que não apenas se vinculariam ao exercício profissional" com amplitude à constituição do cidadão e ao desenvolvimento da cidadania (ALVES e PAIVA 2006, p. 77).

Aqui vai aparecendo a centralidade do sujeito numa concepção diferente de formação para os trabalhadores da saúde, forjada na relação e no serviço, a partir

da sensibilidade de quem sabe ouvir, no caso, de Izabel dos Santos e sua busca de efetivação do PLE envolvendo pessoas para isso.

O fato de essa concepção estar atrelada ao desenvolvimento da cidadania, mesmo sem aprofundar a dimensão desse conceito, para compreender aquele momento de redemocratização e busca dos direitos sociais como educação, saúde, o entendimento da relação conceitual cidadania/democracia é necessário para se compreender a proposta do PLE. Desde John Locke e seu conceito de cidadania restrita no início da sociedade capitalista, no século XX já se admite a cidadania formal (direitos políticos) e a cidadania substantiva (direitos civis, políticos e sociais) de acordo com Rodrigues (2006). Informa ainda esse autor que o caráter aliancista do governo da transição democrática revelava o retorno apenas à democracia formal, o que por sua vez implicava em cidadania formal, que só conduziria depois à construção da democracia substantiva. O PLE então, tendo em vista a cidadania substantiva, num contexto aparentemente harmônico, empenhava-se em descortinar tramas conceituais.

Isto justifica a proposta reflexiva do Projeto, na voz do AS1:

Então você tem que estar evoluindo cotidianamente [...] a reflexão tem que estar casada com a tua prática o tempo todo, você tem que compreender os significados das coisas que estão acontecendo [...] porque senão a vida fica sem sentido! Certo?

Além da questão conceitual os autores dessa Resolução expressam o reconhecimento ao projeto como proposta ideal à formação dos trabalhadores de nível médio, frente aquela efervescência e protagonismo da saúde.

- Categoria Escolaridade

As unidades de registro destacadas identificam um aspecto do perfil dos trabalhadores aos quais se destinava o PLE, aprovado nesta Resolução. Segundo Santos e Souza (1989) esses trabalhadores eram adultos que provinham de camadas populares, marginalizados pelo sistema formal de ensino e precisavam de uma formação para a cidadania. Pela necessidade de trabalhar, deixaram os bancos escolares, perdendo a oportunidade do ensino formal, tanto de educação geral como de educação profissional. Assim, o PLE, tinha como objetivo principal qualificar principalmente pessoal *de níveis médio e elementar*, engajado no setor saúde e que não teve oportunidade de formação anterior. Para Ramos e Pereira (2006) este projeto veio para atender necessidade de formação profissional de trabalhadores de nível médio e fundamental da saúde.

Na época havia sido feito um estudo sobre os trabalhadores de saúde que mostrou essa realidade e é lembrado agora pelo AS3:

O estudo da força de trabalho [...] foi feito por Roberto Nogueira e Sábado Nicolau Girardis. Roberto Passos Nogueira comprovou por meio desse estudo o panorama crítico da desqualificação. Eu não gosto muito da palavra desqualificação, eu diria da falta de qualificação específica dos trabalhadores que, por sua vez desqualificava também o ato do cuidado da atenção a saúde.

Este perfil desses trabalhadores reporta a uma dívida social marcada pela exclusão, própria de sociedades elitistas. Um exemplo do caráter excludente da escola brasileira é o dos jovens que ingressam no ensino médio, apenas em torno de 45% o concluem, sendo que destes, “aproximadamente 60% o fazem em situação precária, noturno e/ou supletivo” (FRIGOTO, CIAVATTA e RAMOS, 2005, p. 7). Quadros como estes, dizem os autores, revelam o quão constrangedor é o retrato da educação no Brasil, mas é preciso entendê-lo a partir da especificidade do projeto capitalista de sociedade, que, sabe-se, foi historicamente construído. Foi dentro deste entendimento que o PLE empreendeu, sob o princípio da inclusão, uma proposta educacional voltada ao resgate social.

- Categoria Integração Ensino-Serviço

A consideração que o PLE *vem trazendo resultados relevantes na integração ensino-serviço [...]* destacada como unidade de registro, mostra o trabalho que vinha sendo feito desde 1981, por profissionais que militavam no espaço das instituições signatárias da Cooperação Técnica OPAS-Brasil. Alves e Paiva (2006) citam em sua obra, por exemplo, Danilo Garcia e Hésio Cordeiro, Francisco Lopes, José Paranguá de Santana, Regina Celi S. Marques, Ena Galvão, Izabel dos Santos, Cesar Vieira, Roberto Nogueira e Carlyle Guerra de Macedo, atores sociais que estiveram à frente das ações do PLE. Os mesmos foram citados também pelo AS3. Pensado inicialmente como um projeto de formação em massa de pessoal de saúde associado à extensão da cobertura, em 1981, foi proposto, “o **Programa de Desenvolvimento de Sistemas de Capacitação em Serviço de Pessoal auxiliar de Saúde**, que rapidamente passou a ser referido no setor pela denominação **Projeto Larga Escala**”, como ficou conhecido desde então (ALVES e PAIVA, 2006, p. 77).

Em documento do INAMPS consta o surgimento do PLE em 1981, “junto com a proposta de reformulação dos serviços de saúde, tendo sido concebido inicialmente visando a extensão de cobertura da rede” (MPAS/INAMPS, 1987, p. 1).

Entretanto essa perspectiva massiva foi superada e, pela valiosa contribuição de Izabel dos Santos, o PLE foi situado naquele contexto de possíveis transformações nos serviços de saúde como o meio de crescer forças no processo, via uma formação diferenciada dos trabalhadores de saúde (BASSINELO, 2007).

O PLE alcançou legitimidade ao trazer conceitos inovadores em sua proposta educacional para os trabalhadores do setor saúde, marcando definitivamente sua opção político-pedagógica, contrária à perspectiva utilitarista que caracterizava os treinamentos.

Assim, coerente com o ideário da RSB, imprimiu concretude à integração ensino-serviço na qualificação dos trabalhadores de nível médio. Esta integração se efetivava a partir do currículo integrado, que tornava possível a análise crítica da realidade dos serviços, com a participação de gestores e componentes de equipe junto aos alunos e instrutores, com vistas à reorganização desses serviços. O currículo integrado gera mudança no processo de trabalho, “instaura-se uma nova relação entre as pessoas da equipe, alteram-se os instrumentos e equipamentos de trabalho” (ALVES e PAIVA 2006, p. 170).

Como se operacionalizava na prática esse conceito, explica o AS1:

Por isso que, bem compreendendo a integração ensino-serviço como conceito trazido, e como uma prática com instrumentos, métodos, que a própria capacitação traz, que tem começo meio e fim, ela não conclui-se nos textos. Ela se apresenta num exercício prático fantástico de análise de uma coisa que já existia que era o currículo, fazendo ali a análise dos exercícios analíticos, exercícios globais, as operações mentais de representação, relação, ligadas à ação, as idas e vindas, as sucessivas aproximações ao objeto em questão, quais eram os conceitos-chave [...]. Então se mergulhava na estrutura do sujeito, na estrutura do objeto, e você destrinchava aquilo ali de modo que você compreendia como era possível em cada um daqueles passos você ajudar alguém a aprender alguma coisa.

Na visão do AS3, esse conceito é mediado pelo instrutor, e explica que não há problema com o termo instrutor em vez de professor:

Quem desenvolvia o currículo [...] era o instrutor-supervisor. Esse nome tem razão, primeiro porque ele não é professor (é um profissional de saúde que assume a função docente), muitos não possuem licenciatura que é uma exigência do sistema de ensino, e segundo, porque o instrutor-supervisor traz a ideia da integração ensino-serviço: é ele quem instrui (ministra aulas) e também supervisiona a prática. Ele não descola uma coisa da outra até porque o processo metodológico é prática reflexão prática [...] e essa questão é fundamental para assegurar a integração entre elas. Eu nunca tive preocupação com o termo de instrutor, depende de seu papel no processo: como adestrador ou mediador.

Aqui o AS3 mostra mais um aspecto resignificado pelo PLE, que era a supremacia do ato de ensinar expressa pela representação social a respeito do professor.

A integração ensino-serviço vem sendo preconizada há bastante tempo, foi defendida pela medicina comunitária e era um dos objetivos do PPREPS, a constituição de dez regiões docente-assistenciais de saúde. Estas regiões compreendiam território demograficamente expressivo, com os três níveis de complexidade da atenção à saúde, gestão compartilhada dos serviços de saúde entre as instituições formadoras de RH e as prestadoras de serviço (ALVES e PAIVA, 2006). Hoje esse conceito é presente na PNEPS sendo mais um ponto de convergência entre ela e o PLE.

A análise dessa categoria traz muitos conceitos pertinentes à problematização, como por exemplo: currículo integrado, análise crítica da realidade, instrutor-supervisor, operações mentais, sucessivas aproximações ao objeto, conceitos-chave, prática-reflexão-prática, na perspectiva de uma aprendizagem que propiciasse transformação de realidades.

- Categoria Supervisão

A unidade de registro selecionada apresenta o conceito de supervisão. Ao referir resgate do *real papel do sistema de supervisão*, o documento desnuda outro aspecto relevante do PLE. A sua proposta para os trabalhadores incluía o professor e promoveu a revisão dessa função. Isso foi feito por meio da capacitação de pessoal de nível superior para o desempenho das atividades de instrução e supervisão, que era uma das ações estratégicas do PLE, as Capacitações Pedagógicas. Era “uma qualificação antitaylorista, fazer pensar o mundo a partir da função que se desempenha” (ALVES e PAIVA 2006, p. 156).

Quando o AS1 recorda sua vivência nessas capacitações, faz-se breve silêncio, e então transparecem marcas profundas:

Aquelas pessoas, [...] foram muitas as capacitações pedagógicas pelas quais eu fui instrutora [...]. Em 85 nós fomos alunas da primeira pedagógica, e em 86 nós já éramos as instrutoras [...]. As pessoas que fizeram a capacitação pedagógica naquela ocasião com a gente, até hoje quando nos encontram dizem: “olha, esse é um dos melhores cursos que eu fiz na minha vida! [...]”. Então eu te digo, a capacitação pedagógica com tudo o que tinha de conhecimento ali, condensado [...] com duas semaninhas que mudam a história de uma vida! E ali, isso mudou a prática, mudou então o modo de fazer, a gente não se assumia mais sem que fosse com essas bases!

O AS3 acrescenta:

E veio a capacitação pedagógica pensando no docente. Ela foi pensada num primeiro momento para a área da enfermagem, porque a Izabel é enfermeira, porque sempre quis avançar sua categoria e porque era na enfermagem onde mais se encontrava trabalhadores sem qualificação. A enfermagem foi quem levou este processo prá dentro do serviço de saúde [...]. Veio a capacitação pedagógica e com ela a ruptura. Eram 80 horas como a que você participou. Achávamos que era pouco e que precisávamos avançar mais!

Mais que capacitar elas significaram uma ruptura nas práticas educativas. Supervisão foi um conceito redimensionado deixando para trás o caráter fiscalizador para pautar ações com base no princípio da integração ensino-serviço, da problematização, reflexão e percepção da realidade concreta (CASTRO, SANTANA e NOGUEIRA, 2002).

Nessas capacitações se difundiam os princípios de uma abordagem pedagógico-metodológica crítico-reflexiva, expressa na Problematização, como informa o AS1:

Com a pedagogia da problematização, a metodologia do arco [...] do Charles Maguerez, com os conhecimentos que o texto da Cristina Davini colocava, [...], com o Bordenave fazendo as comparações das três pedagogias, [...]. Havia até um texto que Silvia Brusilovscky [...] o Treinamento Mental, que é um dos textos mais poderosos que eu já conheci, porque ele trabalha a construção da inteligência humana, [...], muito denso, porque são pouquíssimas páginas! [...]. E ali, você tem os três passos necessários, obrigatórios e que jamais alguém possa esquecer num momento no ensino aprendizagem, que é a representação do objeto, a operação mental de relação que é toda a fundamentação, todas as conversas, as discussões com os autores, as configurações os testes que você faz intelectualmente nessa operação de relação, e as operações relacionadas à ação que vão te fazer um protagonista construtor de um tempo, de uma história!

Nessa modalidade de trabalho, tanto os instrutores-supervisores, como os trabalhadores em formação se libertam de modelos prescritivos, pois ambos são requeridos no processo ensino-aprendizagem. O aprendiz trazendo suas experiências concretas do serviço e o instrutor, numa compreensão avançada de sua função, atuando como agente mediador da construção da aprendizagem. Este eixo pedagógico-metodológico contemplava alguns pressupostos do Projeto, como a indissociabilidade entre conteúdo e método, a integração ensino-serviço e o novo conceito de aluno e professor. Ao referir sua experiência com o aprendiz sobre o interacionismo simbólico na relação de ensino-aprendizagem, o AS1 enfatiza um aspecto importante a ser lembrado sempre pelo instrutor-supervisor na ação pedagógica:

[...] como que simbolicamente nós nos compreendemos naquilo que estamos falando. Que não fique uma conversa vazia. E desde aquela época eu sempre fiz opção de fazer a fala do significado [...] por conta desse cuidado, o que as palavras significam, [...] porque se nós estamos falando na maior parte do tempo com pessoas que estão operando no lógico-concreto, é com esses elementos que eu tenho que trabalhar. Então se você entrar na sala para trabalhar com um grupo que está operando a aprendizagem principalmente no esquema lógico-concreto, ou se um outro grupo está operando principalmente no esquema de aprendizagem perceptivo, então a tua preparação, daquilo que você sabe, e que você se de fato quer que as outras pessoas saibam, você se preocupe com isso! Porque senão você está brincando de faz de conta de dar aula! [...] você gasta o teu tempo e desperdiça, acima de tudo o tempo de tantas pessoas e mata expectativas, sonhos desejos. Prá que?

E para fortalecer esse argumento o AS1 parte do caráter democrático das capacitações pedagógicas no preparo dos instrutores-supervisores:

E [...] trabalhar com essa pessoa de modo a que ela não ficasse refém de você, ao contrário, utilizando o conceito da liberdade positiva, fundamentando uma prática educacional emancipatória!

Liberdade positiva então é um conceito que dá base aos princípios do PLE.

Amparado em Bobbio e Violi o AS1 refere que:

A liberdade positiva fundamenta-se na concepção de uma política, e de regras para uma sociedade onde todos constroem coletivamente [...], que todos em nome do desenvolvimento da sociedade constroem regras as quais se aplicam A TODOS!

Com essa explicitação é possível adentrar um pouco mais nos aspectos conceituais do PLE, entender sua base emancipadora e sua abordagem metodológica. Esta, relacionada à dimensão política do projeto visava proporcionar ao trabalhador de saúde, adulto e excluído da escola, uma formação para a cidadania conferindo-lhe identidade profissional (ALVES e PAIVA 2006), o que é reforçado pelo AS3:

Portanto, o eixo político que movimentava essa proposta era a inclusão, era dar a oportunidade. É a dimensão política dessa proposta. Prá mim, a maior dimensão é a de incluir as pessoas, tanto no campo do saber sistematizado, quanto nas possibilidades de ascensão.

Muitos outros conceitos da problematização emergem na análise dessa categoria, como por exemplo, capacitação pedagógica, supervisão, rotura, representação do objeto, construção da inteligência, experiências concretas, educador mediador, construção da aprendizagem, relação conteúdo-método, horizontalidade na relação professor-aluno, interacionismo simbólico, inclusão, utilização das experiências do aluno.

Através desse arcabouço conceitual o PLE expressava seu compromisso com a reorganização dos serviços de saúde articulando-o à formação de pessoal. Este projeto, sucedâneo ao PPREPS, no âmbito da Cooperação Técnica OPAS-Brasil em RH, representa o alto nível de articulação de seus mentores sob os ventos da RSB, com implicações na organização do sistema de saúde no país.

- Categoria Qualificação

Um primeiro aspecto a ser observado é que no documento, o termo *qualificação* parece ter o mesmo sentido de formação, neste caso é só uma questão de semântica. Mas a análise revela outros aspectos. Guimarães (2008) discute algumas posições de estudiosos sobre o tema, e informa a relação entre qualificação e trabalho alienado, assim ela estaria aliada à desumanização do trabalho parcelarizado, à qualificação e desqualificação, à ativos de propriedades individuais disputadas para acesso e mobilidade, por exemplo. Com as transformações ocorridas no mundo do trabalho nas últimas décadas, o novo paradigma tecnológico e industrial vem aliar a qualificação à tendência conceitual das competências, da flexibilidade, da multifuncionalidade e da polivalência (RAMOS e PEREIRA, 2006; GUIMARÃES, 2008). Neste sentido ela está relacionada a conhecimento/ocupação, rotina/trabalho, equipamento/posto de trabalho, reduzindo as habilidades do trabalhador à mera petição da tecnologia. Mas qualificação também significa “processo de construção individual e coletiva, onde os indivíduos se qualificam ao longo das relações sociais” não podendo ser tomada como construção teórica acabada (RAMOS e PEREIRA, 2006, p. 21). Guimarães (2008) se refere à qualificação como fruto de uma construção sociocultural complexa, refere-se às qualidades ou credenciais construídas socialmente e não apenas pela escolarização. O sentido desse conceito para o PLE guarda relação com os aspectos legais para efeitos de titulação, neste sentido o AS3 acresce sobre o Parecer Nº 699:

“Lá encontrei quatro das grandes funções que tinha o Ensino Supletivo. Uma que não era utilizada, a Qualificação Profissional [...] era a única que era dava possibilidade de você permitir a entrada na qualificação sem atrelar necessariamente o nível de escolaridade. Você podia entrar no e concomitante ou posteriormente, buscar alternativas de escolarização para ajudar a formar o cidadão”

Essa modalidade de ensino possibilitava a realização de cursos ou exames e o AS3 refere a opção por curso:

A proposta trazia a possibilidade de fazer o supletivo por meio de exames ou cursos. Nós optamos pelo curso, porque eram pessoas que não tiveram acesso à escola na sua trajetória profissional dentro da faixa etária própria e agora havia a possibilidade de resgatar isso oferecendo cursos para eles.

Essa informação é confirmada no texto da Lei Nº 5.692/71 no Capítulo IV, do Ensino Supletivo, parágrafo único do Art. 24 “O ensino supletivo abrangerá cursos e exames [...]” (SAVIANI, 1999, p. 132).

No caso do PLE a Qualificação Profissional referia-se à formação de Auxiliares de Enfermagem, confirmado pelo AS1:

E quando a gente começou a produzir isso, a gente tinha uma intencionalidade da formação dos atendentes de enfermagem, os atendentes de saúde em auxiliares de enfermagem [...].

- Categoria Descentralização

Trago dois aspectos do conceito de descentralização apresentado no documento em análise:

Execução: Trata-se da criação dos centros formadores como estruturas de ensino do PLE nas unidades federadas no âmbito das AIS. A descentralização da execução curricular dos cursos concretiza a base conceitual destes centros formadores que é a concepção de escola função, em vez de escola endereço, rompendo com os pressupostos da escola regular, conforme disse Izabel dos Santos em entrevista a Castro, Santana e Nogueira (2002). Isso é confirmado pelo AS3 ao continuar referindo sobre seu trabalho junto ao grupo que pensava o PLE no MS:

Bom, continuamos trabalhando e naquela época já queríamos uma escola diferente para não reproduzir e excluir. É no Parecer CFE 699/72 que você encontra o conceito de escola função, o Valmir Chagas fala que não é uma escola endereço que o aluno tem que ir prá escola é uma escola que vai até o aluno no seu ambiente de trabalho

Essa descentralização atende o princípio da inclusão, possibilita a permanência do trabalhador no curso até que o conclua para que alcance a titulação.

Inclusão: Como o PLE já estava presente em outros estados, a sua implantação nos estados do Paraná, Goiás e Mato Grosso do Sul, além de representar a ampliação de suas metas quantitativas, significava também a adesão de novos atores sociais aos seus princípios filosóficos, no caso as autoridades desses estados que já estavam contatadas, portanto mobilizadas à operacionalização do projeto. Isso significa, ainda, a movimentação em busca de

articulações para sua legitimação, a partir das escolhas de sujeitos comprometidos com os ideais do projeto.

Por outro lado pode-se entender também que a consolidação do mesmo nos estados ocorreu de forma processual, em momentos diferentes e por partes. Deste modo a realização de ações, como a estruturação do Centro Formador e a Capacitação Pedagógica, por exemplo, estava relacionada com as implicações histórico-conjunturais.

De acordo com o AS3 houve dificuldades com os Conselhos de Educação, como por exemplo, no Paraná, mas a presença de certos atores sociais foi decisiva na implantação do PLE/CFRH:

O Conselho Estadual de Educação do Paraná deu muito trabalho pra gente [...] eu tive que apelar para um recurso legal que chama caráter experimental porque a escola não enquadrava dentro das normas do conselho. De um modo geral os Conselhos de Educação normatizam para escola regular. Nossa escola não era irregular, mas era uma escola diferente, pra adulto e não existia uma normatização pra isso. No Paraná O Cordoni e o Armando Raggio foram estratégicos na implantação do PLE. O primeiro era o Secretário de Saúde da época e o segundo era Superintendente de Saúde

Essa informação reforça o caráter processual da descentralização do PLE.

- Categoria Capacitação

A referência ao PLE como *modelo de capacitação* dá a conotação de um modelo inovador ao preparo de RH de nível médio e elementar, necessário àquela dinâmica do setor saúde, em que a proposta de integração institucional na prestação de serviços rumava à reorganização da política de saúde. Num contexto educacional de tendências pedagógicas tradicionais, baseadas na transmissão do conhecimento produzido pelas sociedades ao aluno, o PLE vem redimensionar o ato educativo na saúde. Ao primar pela integração ensino-serviço e possibilitando a apropriação da estrutura do conhecimento pelo aprendiz, tornava-o sujeito participante das transformações que se fizessem necessárias em suas realidades. Caracterizava, destarte, uma educação articulada à experiência em serviço. Então, quando o documento refere o Projeto como modelo *que responderia às necessidades de preparo de RH inerentes à proposta de integração na prestação de serviços*, está se referindo ao aspecto peculiar do PLE que é a formação com base no currículo integrado, aliando conhecimento às necessidades do serviço, com reflexão sobre processo de trabalho. Assim os trabalhadores, com um perfil crítico-reflexivo,

estariam aptos a atuar num sistema de saúde em transformação. Essa reflexão consiste em mais um ponto convergente entre o PLE e a PNEPS.

O AS3 destaca um segmento desse processo de reflexão que o aluno vivenciava em sua formação pelo PLE:

O texto Treinamento Mental diz que, quando ele chega ao nível da ação, uma ação refletida e consciente, o aluno realmente aprendeu. Isso faz a diferença: faz dele um ator social diferenciado.

Mais conceitos próprios da problematização aparecem na análise dessa categoria, como apropriação do conhecimento, sujeito participante, reorganização do serviço, transformação, formação articulada ao serviço, perfil crítico-reflexivo, homem que se transforma e se torna agente de transformação.

- Categoria Política

Os Secretários Gerais, representantes dos Ministérios que integram a CIPLAN, e que assinam a presente Resolução Nº. 15, de 11 de Novembro de 1985, ao aprovarem o PLE, em meio a redemocratização, confirmavam a efetivação de um dos desdobramentos da Cooperação Técnica OPAS-Brasil. Este era um momento de expectativa para os protagonistas do PLE, pois o mesmo já figurava no âmbito da Cooperação Técnica desde 1981. Devido à sua trajetória processual o PLE se configura como uma política.

Havia também uma preocupação em se preparar quadros com potencial para mobilização e apoio político às AIS. Isto teria respaldo no PLE pela sua proposta de formar trabalhadores para uma atuação crítica, reflexiva, capazes de reconhecer cenários políticos, econômicos e sociais, bem como se perceberem nestes cenários numa atuação protagônica. A natureza daquele contexto, de lutas pela melhoria das condições de saúde do povo brasileiro e pela construção de um sistema de saúde regionalizado, descentralizado e democrático, requeria, em cena, profissionais agregados a esses ideais de transformação e mudanças.

Vejo mais um aspecto da concepção de homem para o PLE, que reforça essa premissa, na expressão do AS3:

A gente queria um cidadão pensante, trabalhador que trabalhasse, mas soubesse o que estava fazendo, e que desse conta de entender o significado social da sua prática. Ele não poderia estar ali tirando plantão de oito horas diárias pra poder só ganhar o salário; a vida dele precisava ter mais sentido do que só tirar o salário [...].

Essas considerações demarcam o caráter ideológico e político do PLE. A aprovação do PLE *como estratégia prioritária* na preparação de RH no âmbito das

AIS, veio fortalecer a efetivação destas, que avançavam em suas experiências na integração dos serviços e das diferentes instituições de saúde e envolvia, entre outros, os profissionais de nível médio. Acresça-se a isso o fato que a aprovação do PLE fortaleceu o campo da formulação de políticas de educação para os trabalhadores de saúde, naquele período de transição e proclames da RSB para a reformulação do SNS rumo ao SUS.

Acontecimentos como a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, criação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, do SUDS – Decreto Nº. 9.4657/87, instalação da Assembléia Nacional Constituinte, entre outros, são símbolos da luta ideológica dos protagonistas da RSB, cujas proposições, embora não na íntegra, constam no texto constitucional de 1988 (PAIM, 2008).

Esses fatos integram o encadeamento processual do PLE na definição do rumo histórico na saúde e na formação para o setor, confirmado pelo AS1:

[...] aí a gente já entra com um conteúdo que é a Constituição Brasileira em 1988, que é influenciada pela Oitava Conferência Nacional de Saúde de 1986, e que foi influenciada pelo Projeto Larga Escala que foi um projeto de um momento de emancipação da sociedade pós-ditadura, década de 60/70, é estimulado também pela Declaração de Alma Ata de 1978, e que faz nesse período riquíssimo da década de 80, especialmente a área da saúde foi um momento assim de ouro, onde a gente conseguiu fazer o movimento da integração ensino-serviço se concretizar, fazendo então intervenções não só no serviço, mas no ensino também, no ensino que se processava dentro do serviço, e no ensino que estava sendo processado nas academias, ali comendo o mingau mais pelas beiradas, mas a seguir, mergulhando profundamente nesses espaços.

Também emergem na análise dessa categoria mais conceitos afetos à problematização como, por exemplo, protagonismo, cidadão pensante, significado social da prática, emancipação, intervenção no serviço e no ensino.

Para os militantes do PLE, a aprovação do projeto veio significar, mais que sua revalidação como estratégia relevante, a sua definição como uma política no terreno dos RH em saúde, que traria implicações na estrutura institucional e na educação profissional. Este aspecto do Projeto se assemelha à PNEPS.

- Categoria Recursos Humanos

O termo RH neste documento, por estar relacionado à aprovação do PLE, da forma como propõe o texto documental, apresenta um aspecto diferencial. No PLE se observa a referência ‘pessoal de saúde de nível médio e elementar’ e ‘força de trabalho’ termos que denotam outra noção de homem. Santos e Souza (1989) os concebem como “homens, social e historicamente determinados, com capacidades

cognitivas e, portanto aptos para construir conhecimentos e habilidades específicas na formação plena de sua cidadania” (p. 64). Santos, em reflexões sobre o preparo de pessoal auxiliar, explica que o currículo e metodologia do Projeto “compõem um processo educacional que se coloca na intimidade do próprio processo de trabalho, assim como do próprio processo existencial de um homem em transformação” e conclui com a intencionalidade dos protagonistas do Projeto, de “participar da criação de um ser consciente de seu papel técnico-profissional específico, ao mesmo tempo que do seu papel social e histórico” (p. 465).

Essa concepção de homem norteia a unidade triádica do PLE: currículo integrado, problematização e escola função.

7.2.2.4 Categorias relacionadas aos aspectos conceituais no DO4

Apresento a categorização dos conceitos identificados no quadro 9.

QUADRO 9 – Categorias relacionadas aos aspectos conceituais	
Categorias	Unidades de Registro
AC1 – Descentralização	“[...] da descentralização da gestão setorial [...]”
AC2 – Integralidade	“[...] integralidade da atenção à saúde individual e coletiva [...]”
AC3 – Participação popular	“[...] da participação da sociedade nas decisões políticas do SUS”
AC4 – Formação	“[...] de ordenar a formação de RH para a área de saúde [...]”
AC5 – Desenvolvimento	“[...] e desenvolvimento de trabalhadores para o setor [...]”
AC6 – Gestão	“[...] gestão setorial [...]”
AC7 – Integração ensino-serviço	“[...] da integração entre o ensino da saúde, o exercício das ações e serviços, a condução de gestão e de gerência e a efetivação do controle da sociedade [...]”
AC8 – Educação Permanente	“[...] a EP é o conceito pedagógico no setor da saúde [...], para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde, [...] sendo ampliado na RSB, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde”
AC9 – Problematização	“[...] a EPS realiza a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho [...]”
AC10 – Promoção da saúde	“[...] e da promoção da saúde coletiva [...]”

- Categoria Descentralização

Descentralização da gestão setorial: princípio defendido pela RSB, hoje diretriz organizativa do SUS, tem longo percurso desde a década de 1970, com os PEC, a exemplo do PIASS e ganhou mais corpo com as AIS nos anos de 1980. Após a 8ª CNS, em 1986, outro passo rumo à descentralização foi a institucionalização do SUDS, em 1987, com novo *design* institucional, marcando a estadualização da gestão e pavimentando espaço para o SUS, instituído em 1988. Nos anos 1990 a descentralização avançou decisivamente através da municipalização da gestão de ações e serviços. Com a NOAS-SUS 01/2002 se definiu a regionalização e a descentralização da assistência à saúde (BRASIL, 2002).

Contextualizando e relacionando a operacionalização exitosa da PNEPS no Paraná à organização geográfica do estado em Regionais de Saúde, o AS2 dá ênfase ao desempenho do estado na reorganização dos serviços de saúde desde a RSB, como a regionalização dentro do fluxo de saúde, dizendo:

[...] o estado do Paraná vem avançando ao longo dos anos, desde a Reforma Sanitária. Na organização do SUS ele foi o estado que municipalizou os serviços antes de todos os outros estados! Organizou os consórcios intermunicipais de saúde antes de todos os outros estados! [...]. No Paraná, a regionalização é anterior às AIS e já respeitou os princípios que são preconizados hoje!

Essa regionalização foi a base para a execução descentralizada do PLE, e então a descentralização é um ponto comum entre as duas políticas.

- Categoria Integralidade

Integralidade da atenção à saúde: um dos princípios doutrinários do SUS, conforme a Constituição Federal de 1988. “Pressupõe a equanimização entre curar e prevenir, superando-se entendimentos que dispõem estes campos como opostos, compreendendo-os em sua complementaridade e intercâmbio na produção de saúde” (PASCHE e HENNINGTON, 2006, p. 35). Também consta na Lei Nº 8.080/90, no Art. 7º, Capítulo II, que trata dos princípios e diretrizes do SUS, inciso II “integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990). A aplicação prática do conceito é difícil, como exprime, o AS2:

[...] nós estamos tentando trabalhar a integralidade, que é um princípio mais difícil de operacionalizar. Ela tem que ser vista em cada situação porque é dependente de um contexto.

- Categoria Participação Popular

Participação da sociedade: princípio da RSB que tem nos Conselhos e Conferências de Saúde o espaço para discussão sobre avanços, retrocessos, proposições e deliberações sobre políticas de saúde.

O AS2 esclarece que, com a EPS/Polos de EPS, todos podem discutir e problematizar sobre o serviço:

Por isso é necessário se introduzir nos Polos de EPS representantes das ONGs, da sociedade e também os usuários nesse processo de EP, porque eles sentem o serviço e dão o *feedback* para a equipe acerca de como estão sentindo e percebendo a dinâmica dos serviços. Assim, ao se discutir aquela situação ou aquele serviço com todos os envolvidos, isto é, problematizar com todos, os encaminhamentos, decisões e soluções são feitos de forma coletiva e compartilhada.

Essas três primeiras categorias conceituais constituem princípios e diretrizes do SUS, refletindo a responsabilidade do MS na consolidação da RSB que, iniciada há mais de trinta anos continua em construção. A inserção desses conceitos na Portaria em análise, conforme o caráter multidimensional da PNEPS aponta a direção a ser objetivada nas propostas educativas no âmbito da política, no sentido de operacionalização dos mesmos na prática dos serviços de saúde.

- Categoria Formação

A instituição e a amplitude conceitual da PNEPS vêm reiterar a *responsabilidade do MS em ordenar a formação de RH para a área de saúde.*

Como esse termo é polissêmico, breve destaque se faz necessário. Para Frigotto, Ciavatta e Ramos (2005) refere-se à educação no sentido de abarcar todos os aspectos da formação humana, inclusive para o trabalho. Propostas educativas para os trabalhadores do setor saúde não podem estar apartadas dessa reflexão. Formular e executar políticas nessa área reclama conhecimento de sua base legal, não apenas para se cumprir a legislação, mas para entender a conceituação que a orienta.

Em fevereiro de 2004, está em vigência a LDB N^o. 9.394/96, que em seu Art. 39 caracteriza a Educação Profissional como sendo “integrada às diferentes formas de educação, ao trabalho, à ciência e à tecnologia”, com o objetivo de conduzir o cidadão a um permanente desenvolvimento “de aptidões para a vida produtiva” na sociedade do trabalho e do conhecimento (BRASIL, 1996). O projeto original dessa

lei incorporava reivindicações de educadores progressistas e da sociedade civil em defesa da escola pública e da educação dos trabalhadores, inclusive referentes ao ensino médio, e foi apresentado pelo Deputado Federal Otávio Elísio em dezembro de 1988 à Câmara dos Deputados. Frigotto, Ciavatta e Ramos (2005) destacam deste projeto, como objetivo da educação escolar de 2º grau, “a formação politécnica necessária à compreensão teórica e prática dos fundamentos científicos das múltiplas técnicas utilizadas no processo produtivo” (p. 25). Tentava-se assim implementar o conceito de politecnicidade como norteador da estruturação do ensino médio para superar a formação de simplesmente técnicos especializados. Acrescentam ainda os autores que esse primeiro projeto de LDB atentava para a “formação profissional integrada à formação geral nos seus múltiplos aspectos humanísticos e científico-tecnológicos” (Ibidem). Trazia então o projeto uma concepção diferente daquele 2º grau profissionalizante preconizado pela Lei Nº 5.692/71, ao propor a inseparabilidade entre educação geral e profissional em todos os campos da preparação para o trabalho. Trata-se da concepção de educação profissional integrada, politécnica. De acordo com Ciavatta (2005):

A formação integrada sugere superar o ser humano dividido historicamente pela divisão social do trabalho; superar a redução da preparação para o trabalho ao seu aspecto operacional, simplificado, esvaziado de conhecimentos da gênese científico-tecnológica; garantir o direito a uma formação completa em que o homem tenha compreensão das relações sociais subjacentes a todos os fenômenos para leitura do mundo e para atuação como cidadão que pertence a um país, integrado dignamente à sua sociedade política.

Entretanto após passar por intensos debates ele foi “atravessado pela apresentação de um novo projeto pelo senador Darcy Ribeiro” e foi aprovada Lei Nº 9.394/96 em 20 de dezembro de 1996 (FRIGOTTO, CIAVATTA, RAMOS, 2005, p. 36). Após sua aprovação, informam os autores que “o Decreto Nº. 2.208, de 17 de abril de 1997, regulamentou a educação profissional e sua relação com o ensino médio” (p. 36). Silva (2004) informa a organização da educação profissional, no Art. 3º deste decreto, em três níveis: Básico, Técnico e Tecnológico. No entanto Frigotto, Ciavatta e Ramos (2005) lembram que esse decreto veio atender as necessidades do mercado ao regulamentar formas fragmentadas e aligeiradas de educação profissional. Frigotto (2005) ao analisar a relação entre trabalho e educação básica de nível médio, lembra que nos anos 1990, as reformas educacionais, inclusive o balizamento do Decreto Nº. 2.208/97 e o que dele se derivou, buscavam mediar a

educação à nova conformação do capital e da produção flexível. O autor apresenta a concepção de homem dessa legislação, o “cidadão produtivo, adaptado, adestrado, treinado, mesmo que sob uma ótica polivalente” (p. 73). O Decreto foi revogado ante um movimento da sociedade civil, sendo promulgado logo mais em 23 de julho de 2004 o Decreto Nº. 5.154/2004 assinado pelo Presidente Lula.

Com a Lei Nº. 11.741, de 16 de julho de 2008, ocorreu a alteração de dispositivos da LDB Nº. 9.394/96, em relação à Educação Profissional Técnica de Nível Médio, Educação de Jovens e Adultos e Educação Profissional Tecnológica. Essa lei estabelece que a Educação Profissional Técnica de Nível Médio será desenvolvida nas formas:

a) Articulada com o ensino médio:

- Integrada – oferecida a quem concluiu o ensino fundamental, matrícula única na mesma instituição.

- Concomitante – oferecida a quem ingresse no ensino médio ou já o esteja cursando, matrículas distintas para cada curso, na mesma instituição ou instituições distintas.

b) Subsequente: oferecida a quem concluiu o ensino médio.

O documento ora em análise, ao tratar da formação dos trabalhadores, deixa clara a importância desta questão no âmbito da EPS.

Entretanto, o ponto central da análise dessa categoria é não perder de vista que as ET-SUS, ao abarcarem em sua missão a Educação Profissional Técnica de nível médio, sob os auspícios dessa legislação, não prescindem do conhecimento do debate teórico e político e também das críticas a respeito da mesma. A análise mais detalhada, em especial do Decreto Nº. 5.154/2004 consta na mesma categoria no DO5.

- Categoria Desenvolvimento

Desenvolvimento para os trabalhadores do setor: refere-se a aprimoramento, crescimento dos profissionais em conhecimento, através de cursos, capacitações, graduação, pós-graduação, eventos como jornadas, congressos. Os trabalhadores, pelo acesso a oportunidades desta natureza, poderão contribuir para a melhoria dos serviços de saúde oferecidos à sociedade. Trabalhadores são pessoas, mas historicamente tem sido usada a denominação de RH em saúde. O conceito de desenvolvimento de RH é abrangente, e transcende os “aspectos ligados à questão

da capacitação ou preparação técnica e científica” indo em direção à dinâmica da força de trabalho e à sua inserção institucional e administração (SANTANA, 1986?, p. 1).

É neste sentido que o termo desenvolvimento de trabalhadores tem relação com a concepção ampla de EPS.

- Categoria Gestão

As unidades de registro selecionadas apresentam esse conceito produzido, entre muitos outros, pelo MRS, com implicações no cumprimento dos compromissos para a construção do SUS. Adquirindo um novo caráter desde os anos 1990, a gestão pública vem se abrir à sociedade, buscando sua participação na definição das políticas sociais. Para isso foram criados os Conselhos deliberativos, em todos os níveis de governo e em diferentes áreas da administração pública (KLEBA, COMERLATTO, COLLISELLI, 2007). Gestão no setor saúde relaciona-se com a democratização do sistema de saúde, que envolve a participação da sociedade através dos conselhos e das conferências de saúde; as negociações e disputas pela pactuação de políticas nas CIB e CIT; e, a participação direta de trabalhadores e usuários no dia a dia dos serviços de saúde. Esse tipo de gestão possibilita que o SUS funcione de forma descentralizada e articulada, mas precisa alcançar a efetividade de uma gestão democrática (FEUERWERKER, 2005).

Ante a amplitude do termo gestão no SUS, um perfil diferenciado do gestor é requisitado, incluindo a capacidade de agregar e promover a participação dos demais atores em seu espaço de atuação. Surge então a necessidade do preparo de gestores, como por exemplo, através de cursos para conselheiros de saúde. Essa preocupação é uma das heranças do PLE em virtude de seu arcabouço conceitual, bastante claro na colocação do AS1:

Então [...] os gestores acabaram tendo que se apropriar desses conhecimentos porque a partir de então os treinamentos [...], as capacitações, os processos de educação em serviço, que hoje a gente chama de Educação Permanente, [...] não se admitia mais fazer (ri) no que a Ena falava que era a técnica do cuspe-giz?! Aonde o professor ia para o quadro, e escrevia e falava, escrevia e falava, e o aluno quietinho lá só ouvindo! [...] os gestores tiveram que ir se remodelando com esse novo jeito de considerar o modo das pessoas aprenderem.

Um exemplo de capacitação para gestores já realizado sob influência do PLE foi o Projeto Gerus, sobre o qual esclarece o AS1:

E daí pra frente, a gente teve um outro movimento inspirado no Larga Escala que foi o Projeto Gerus em 1995, então é o ressurgimento do PLE como Projeto de Gerência de Unidades Básicas. Um curso que era também desenvolvido em nível institucional, não podia acontecer só como um curso, na sala de aula; ele tinha momentos de discussão [...] tanto é que os instrutores do Projeto Gerus eram preparados com a capacitação pedagógica do PLE. A preparação das nossas autoridades sanitárias locais, que são os chefes de unidades de saúde, continua pautada naquela referência histórica que foi o Projeto Gerus de 95, aqui em Curitiba.

Embora diferentes na amplitude, tanto o PLE como a PNEPS, tem na gestão um ponto semelhante.

- Categoria Integração Ensino-Serviço

Fundamental para a reorientação das práticas dos serviços de saúde, a integração ensino-serviço, sob influência da OPAS, tem historicidade no campo da educação dos trabalhadores de saúde desde o PPREPS e o PLE. A unidade de registro selecionada apresenta a ideia de uma integração em maior âmbito frente ao SUS, seus princípios e diretrizes e compreende a integração com a gestão, a gerência e o controle social. Para a qualificação das práticas de saúde, a integração de que trata o texto documental, pode incidir no serviço promovendo a incorporação dos valores proclamados no arcabouço legal do SUS, na prática dos serviços de saúde.

Um exemplo real de integração ensino-serviço em que a EPS pode incidir nos problemas de saúde, o que marca sua riqueza, que suas ações envolvem diferentes atores e gestão, requerendo o *olhar e ver*, dando sentido à atenção, é apresentado pelo AS2:

O número expressivo de crianças que vem para a unidade de saúde com fratura de membros, pernas, braços. Se os trabalhadores não estiverem atentos ao processo de trabalho, trabalhando como equipe, essa situação passa despercebida e aumenta o custo. Não é custo financeiro é custo social! Porque uma criança com braço quebrado, uma criança com a perna quebrada vai ter dificuldade na escola! A equipe que está trabalhando isso como uma pluralização de vida obtém resolubilidade. Uma escola que muda o piso, todas as crianças são originárias da mesma escola! Mesmo que se fizesse todo o processo educacional [...] não iria resolver nunca se a equipe não tivesse percebido a necessidade de rever junto aos gestores que aquele piso não era adequado. Mesmo com uma alternativa intermediária [...] vai se incidir no problema de saúde. Caso contrário o problema permanece.

Integração ensino-serviço no âmbito da EPS tem *link* no processo de trabalho. Desta forma, em consonância com as reais necessidades do serviço, transcende o

espaço do trabalho em saúde, para que o conhecimento produzido tenha relevância social. Não invalida a mesma relevância no PLE, apenas assume caráter mais abrangente e não deixa de ser educativo ou formativo. Ademais o resultado é semelhante, pois tanto no PLE como na EPS, a transformação obtida, como no exemplo trazido acima, é fruto de uma reflexão crítica acerca de todo um entorno das práticas do trabalho na saúde.

Guardadas as devidas proporções, essa categoria mostra mais uma semelhança entre o PLE e a PNEPS.

- Categoria Educação Permanente

EP conceito pedagógico no setor saúde: O conceito de EP é amplo, e em longo prazo, pressupõe uma transformação profunda do conjunto do sistema educativo, com objetivo de uma sociedade mais eficiente, mais aberta, em que o homem é respeitado em suas dimensões e aspirações (LENGRAND, 1970).

EP e integração ensino-serviço: Relação presente na unidade de registro *para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, entre a docência e atenção à saúde.*

EP e RSB: O conceito de EP sendo ampliado na RSB, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde, implica compreender que a RSB, apesar do seu caráter contraditório ante as diferentes conjunturas com as quais contracenou, trouxe uma inflexão nas políticas de saúde. O SUS hoje, apesar de dilemas e desafios, apresenta avanços como, por exemplo, a descentralização da gestão. A efetivação de seus princípios não pode ocorrer à revelia da questão educacional no setor saúde. Assim a EP adquire uma amplitude maior, não se restringe mais a treinamentos, capacitações pontuais, mas propõe-se a qualificar o trabalho sob o foco da equipe, não mais voltada apenas na qualificação ou formação do indivíduo, embora reconheça a importância da formação. As ações de EP são centradas na equipe, como refere o AS2:

Na EP o foco é o trabalho, a equipe, ou seja, é a equipe de trabalho, porque não se considera o indivíduo responsável sozinho pelo processo de trabalho!

Creio que esta fala confere aquele sentido de se avançar para além dos *menus de capacitação*, prontos e verticalizados, que visam à solução dos problemas no interior dos serviços, que imputam responsabilidade no profissional apenas. Segundo o AS2, o foco de ações educativas apenas no trabalhador de saúde:

Exerce uma pressão sobre o profissional quanto ao alcance das metas em saúde. Por exemplo, se as metas não são atingidas pode-se pensar que é porque o profissional não está sabendo fazer a sua atividade adequadamente. Na EP o foco é assim: se não se está atingindo esta meta, como é que a equipe tem que trabalhar e o que ela e tem que fazer para atingi-la? Eles vão discutir o que pode estar interferindo e o que está acontecendo, até eles entenderem bem aquele processo de trabalho, onde ele teria que ser modificado para o alcance da meta!

A dimensão do problema não abrange só o profissional, seu saber, mas se estende aos demais, também na visão do AS1:

[...] e que você não faz uma intervenção apenas individual. Tem todas as interfaces, tem uma inter-relação forte com os outros profissionais!

E vai além de apenas entender os pontos nodais do serviço. Sendo assim, como no PLE, a análise da problemática ou das questões apresentadas pelo serviço com vistas à mudança das práticas, envolve o conhecimento contextualizado e a identificação das possibilidades ou viabilidades solucionais.

Para o AS3 a análise desses elementos da prática do trabalho é importante para se compreender as implicações econômicas, políticas e sociais, e que:

[...] que são na verdade o todo, com diferentes dimensões. Eles conformam um eixo estruturante compreendido na prática dentro do serviço de saúde. Esse é também princípio da EP

A EP opera

sobre el proceso de trabajo em salud, orientada a incidir directamente sobre la calidad de los servicios de salud y más tecnológicamente sobre la situación de salud de la población, dentro de los determinantes de las características del modelo organizacional y de las formas de relacionamiento de los servicios con la sociedad (HADDAD, ROSCHKE, DAVINI, 1994, s/p).

A análise dessa categoria traz alguns pontos de convergência entre o PLE e a EPS, como equipe; trabalho como espaço de aprendizagem; reflexão crítica sobre contextos.

- Categoria Problematização

A unidade de registro aponta alguns conceitos-chave no âmbito da EPS que se referem à problematização, como aprendizado e reflexão crítica, relacionados ao processo de trabalho. É sabido que a EPS visa a construção e organização de processos interativos com ação na realidade com o propósito de operar mudanças (BRASIL, 2005a). Para Roschke (1986?) a análise da prática de trabalho apresenta situações que propiciam a construção da aprendizagem significativa, tanto em nível individual como coletivo. No texto aqui analisado, um conceito subjacente é o de coletivo/equipe, em que pessoas, trabalhadores de saúde são sujeitos dessa

aprendizagem. Então, como a aprendizagem significativa é construída quando se aproxima o mundo do trabalho do mundo da educação, na saúde, onde atuam equipes, o ambiente de aprendizagem é o próprio espaço dos serviços de saúde e da gestão do SUS. Este espaço possibilita a observação, e reflexão sobre as práticas cotidianas de trabalho. O objeto de reflexão são os problemas destas práticas e seus nós críticos, identificados no trabalho e percebidos como situações que diminuem a resolubilidade das ações de gestão e de atenção. Coletivamente é feita a reflexão crítica, que pode desencadear um agir instituinte com proposição de estratégias e soluções. Quando se faz a reflexão crítica acerca dos saberes e fazeres em saúde, está se trabalhando em favor da promoção da saúde. Por isso a aprendizagem tem um sentido, é útil, articulada com a realidade sobre a qual se fez a reflexão. A EPS então compreende processos educacionais de construção da aprendizagem no trabalho; ações constitutivas da produção em saúde (LOPES et al 2007; CAMPOS, 2006a). “EP é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2004c p. 49; CAMPOS et al, 2006c, p. 43). Estes aspectos considerados nessa categoria são comuns ao PLE e embora a problematização não esteja explícita no texto documental em análise, recorro a Campos et al (2006c) para fundamentar minha interpretação da unidade de registro. Isto porque os autores destacam como pressuposto pedagógico da EPS a noção de aprendizagem significativa, em que o aprendido tem sentido para o sujeito, por isso as ações de capacitação devem ser estruturadas a partir da problematização dos processos de trabalho. Também me apóio em Roschke (1986?) que enfatiza a relação dialética entre o *quê* e o *como* num processo educativo, inter-relação básica das metodologias participativas. A autora refere também, entre outros elementos, a relação horizontal entre o facilitador e o grupo, propiciando descoberta de saberes, estimulando a participação, valorizando conhecimentos prévios dos alunos na construção coletiva de novos conhecimentos; uso de interrogações e questionamentos, a reflexão e a crítica a uma situação ou problema.

É válido lembrar que a valorização da experiência extra-escolar e o desenvolvimento das capacidades de reflexão, de organização do trabalho, operações de análise e síntese são princípios da EP para Lengrand (1970). Estes

são contemplados na problematização que dá sustentabilidade tanto ao PLE como à EPS.

Problematizar no espaço de trabalho em busca de aprendizagem significativa e de transformações exige daqueles “que administram esse processo, o conhecimento do processo de trabalho, dos princípios básicos do processo de aprendizagem, habilidade para liderar grupos e interagir de maneira construtiva com as pessoas” (ROSCHKE, 1986?, p.18).

A importância do espaço de trabalho como local onde se aprende, princípio da EPS, é mais uma semelhança com o PLE, o que é reforçado pelo AS3:

[...] você pode observar que nesse contexto a prática é considerada no espaço de trabalho e o trabalho tem uma função pedagógica! No local onde se trabalha também se aprende, se acrescenta, se sistematiza: esse é um dos princípios da Educação Permanente!

Agora, não se trata de apenas ‘espaço de trabalho’, o que pode ser representado por um ambiente, uma prática, mas sim, de um espaço que faz parte do conhecimento construído e da aprendizagem significativa, neste caso se trata do trabalho como eixo de aprendizagem, isso é o que faz a diferença, conforme explicitado pelo AS3:

O espaço de trabalho não só como *locus* de aprendizagem, mas o espaço em que também se aprende e se constrói o conhecimento, tem diferença. Uma coisa é fazer do trabalho espaço de aprendizagem, eu posso fazer numa sala, num estágio, mas posso não chegar a uma aprendizagem significativa, sem fazer do trabalho um eixo de aprendizagem [...].

Nesta categoria também surgem conceitos afetos à problematização como, por exemplo, aprendizado, reflexão crítica, realidade, mudanças, aprendizagem significativa, aproximação entre o mundo do trabalho e o mundo do ensino, espaço do serviço como ambiente da aprendizagem, reflexão sobre as práticas, resolubilidade, agir instituinte, metodologia participativa, relação horizontal entre o facilitador e o grupo, participação, valorização de conhecimentos prévios, construção coletiva de conhecimentos, processo de trabalho. Os conceitos extraídos na análise desta categoria são comuns ao PLE e à EPS, portanto, evidenciam que a problematização é o ponto de intersecção das duas políticas, confirmando meu pressuposto.

- Categoria Promoção da Saúde

O texto documental refere-se à promoção à saúde coletiva. Esta é uma questão que já preocupava os reformistas do setor saúde da década de 1970.

Internacionalmente também a questão se relaciona à luta pela ruptura dos “paradigmas biomédico, curativo, hospitalocêntrico e medicalizante” (CASTRO e MALO, 2006, p. 14), aproximando o conceito de promoção às intervenções sobre os determinantes do processo saúde-doença.

Foi realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986 a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, cujo documento, a Carta de Ottawa, apresenta elementos com vistas à meta Saúde para Todos no Ano 2000 e anos subsequentes. A Conferência veio como resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, movimento corrente em todo o mundo. Consta nessa Carta que a “promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Os autores acima citados, apresentando a obra *SUS, resignificando a promoção da saúde*, lembram que a ampliação do conceito de saúde e dos “compromissos do setor sanitário expresso pela perspectiva da promoção da saúde e na consolidação do SUS exige outros modos de construir os conhecimentos e os fazeres do setor e de seus trabalhadores” (CASTRO e MALO, 2006, p. 14).

Entretanto, Campos (2006b), ao prefaciá-la a mesma obra chama a atenção para as duas faces da promoção à saúde. De um lado, “a que normatiza estilos de vida e culpa o indivíduo” figura no SUS como “mecanismo internacional de redução dos compromissos do Estado”. Por outro lado, ela “aparece vinculada à cidadania, à autonomia de sujeitos e coletividades na construção de seus modos de viver [...]” (p. 11). A preocupação de Campos quanto ao primeiro aspecto da promoção da saúde encontra fundamento no próprio conceito apresentado na Carta de Ottawa. É bom conhecer esse alerta do autor para um agir mais crítico nesse campo, uma vez que a promoção da saúde figura como um dos princípios norteadores do SUS.

Breve retrospectiva evidencia que o MS busca a institucionalidade da promoção da saúde no SUS desde 1998. Como derivação, após intensas discussões que permearam os anos de 2003 e 2004, foi aprovada na CIT a Política Nacional de Promoção da Saúde no SUS, com a Portaria GM Nº. 687, de 30 de março de 2006. Foi incluída também entre as diretrizes e prioridades do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (CASTRO e MALO, 2006). Em face deste caráter institucional da promoção da saúde, cabe aos trabalhadores do SUS refletir

sobre sua incorporação à prática dos serviços de saúde. Teixeira (2006) sugere a inclusão de “ações de educação, comunicação e mobilização social voltadas ao empoderamento de indivíduos e grupos [...] práticas que resultem na promoção, proteção e defesa de suas condições de vida e saúde” (p. 54). Não pretendo aqui aprofundar o conceito, mas busco compreendê-lo inserido na PNEPS. Reporto-me à significação trazida pelo AS1, para o qual a promoção à saúde transcende a questão educativa tendo implicações no campo do comprometimento:

[...] estamos em dois mil e nove, nós temos um fortalecimento da promoção à saúde, [...] que é quando você reúne um complexo imenso de ações que vão fazer as pessoas alcançarem maiores possibilidades de ter melhores condições de saúde e de vida, porque elas vão refletir sobre o que antecede um agravo, uma doença, individual, familiar, do grupamento, ou da sociedade ou do planeta.

A partir dessa reflexão e da Carta de Ottawa, que apresenta como significados da promoção da saúde: construção de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos sistemas de saúde; acho possível enxergar o papel da PNEPS na mediação destes significados para o concreto das práticas de saúde intra e extramuros institucionais. Isso, dada a amplitude que estes significados conferem ao termo, e ao caráter multidimensional e abrangente da PNEPS. O conceito não estava fora das discussões do PLE, embora não com tanta ênfase como agora, a ponto de ser oficializado como política em 2006.

7.2.2.5 Categorias relacionadas aos aspectos conceituais no DO5

São praticamente as mesmas do DO4 e apresento-as no quadro 10.

QUADRO 10 – Categoria relacionada aos aspectos conceituais	
Categorias	Unidades de Registro
AC1 – Descentralização	“[...] da descentralização da gestão setorial [...]”
AC2 – Integralidade	“[...] integralidade da atenção__à saúde individual e coletiva [...]”
AC3 – Participação popular	“[...] da participação da sociedade nas decisões políticas do SUS”
AC4 – Formação	“[...] de ordenar a formação de RH para a área de saúde [...]”
AC5 – Gestão	“[...] Gestão do SUS [...]” “[...] Pactos pela Vida e de Gestão” “[...] Termos de Compromisso de Gestão [...]” (TCG)
AC6 – Co-gestão	“[...] co-gestão solidária [...]”
AC7 – Educação Permanente	“[...] a EP é o conceito pedagógico no setor da saúde [...], para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde, [...] sendo ampliado na RSB, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde”

- Categoria Descentralização

Com a ênfase na municipalização da gestão dos serviços e ações de saúde, a descentralização representa a mais significativa mudança no aspecto político-administrativo da reforma do sistema de saúde brasileiro. Com as normatizações se consolidou a base municipal do SUS. A direção única em cada esfera de governo, nova forma de gestão do sistema, busca a superação da desarticulação entre os serviços, preocupação antiga, conforme mostra o DO1. Contudo, a descentralização não se esgota na municipalização e a necessidade de organizar ações e serviços para maior e melhor acesso pode ser assegurado pela regionalização. A distribuição mais racionalizada e equânime dos recursos assistenciais no território, baseada na distribuição da população, pode promover a integração das ações e das redes assistenciais que resulte em acesso e continuidade do cuidado (VASCONCELOS e PASCHE, 2006).

- Categoria Integralidade

Como visto na análise do DO4, a integralidade, por sua amplitude, ao considerar o processo saúde-doença pluridimensional, pressupõe uma prestação contínua e conjunta de serviços, visando a promoção, proteção, cura e reabilitação de indivíduos e coletivos. Imbricado nas ideias-força da RSB, a atenção integral às necessidades de saúde da população sempre esteve vinculada à reconceitualização da saúde (VASCONCELOS e PASCHE, 2006, FEUERWERKER, 2005).

- Categoria Participação Popular

Tem nos conselhos e conferências de saúde, sob a Lei Nº 8.142/90, os mecanismos de assegurar a participação representativa de prestadores, trabalhadores e usuários na gestão do SUS (FEUERWERKER, 2005).

Conforme análise do DO4, estas três categorias conceituais, por sua natureza intrínseca ao SUS, não podem estar dissociadas das ações da PNEPS.

- Categoria Formação

A análise desta categoria já consta no DO4, entretanto este documento apresenta o suporte legal para as ações de formação da PNEPS, sendo necessário breve destaque ao Decreto Nº 5.154/2004⁹. Este decreto em seu Art. 1º trouxe mudanças definindo que a Educação Profissional “será desenvolvida por meio de

9 O Decreto explicita que a articulação entre o ensino médio e a educação profissional técnica de nível técnico se dá nas formas: Integrada, Concomitante e Subsequente. Detalhes na Análise Documental no CD-ROM.

cursos e programas de formação inicial e continuada de trabalhadores; Educação Profissional Técnica de nível médio; e Educação Profissional Tecnológica, de graduação e de pós-graduação”. Em seu Art. 4º define que “a educação profissional técnica de nível médio, nos termos dispostos no § 2º do Art. 36, Art. 40 e parágrafo único do Art. 41 da Lei Nº 9.394, de 1996, será desenvolvida de forma articulada com o ensino médio” (BRASIL, 2004a). O decreto aponta então para o ensino médio integrado, o que requer logo de saída uma aproximação desses âmbitos da educação básica. Entretanto na mesma semana de assinatura do decreto houve uma reestruturação no MEC que formalmente apontava para o dualismo. “De um lado, a Secretaria de Educação Básica e, de outro, a Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. Ambas com responsabilidades sobre ensino médio” (FRIGOTTO, CIAVATTA e RAMOS, 2005, p. 45).

Dificuldades à parte, com o decreto acima citado se tenta resgatar, do projeto original de LDB, “a consolidação da base unitária do ensino médio, que comporte a diversidade própria da realidade brasileira” rumo à superação do dualismo educacional (FRIGOTTO, CIAVATTA e RAMOS, 2005, p. 37). O ensino médio integrado ao ensino técnico, visando uma formação integral do ser humano, é necessário em uma realidade conjunturalmente desfavorável em que jovens precisam de uma profissão ainda no nível médio. Ademais, dizem os mesmos autores, se constitui numa “condição necessária para a travessia em direção ao ensino médio politécnico e à superação da dualidade educacional pela superação da dualidade de classes” (p. 45). A educação politécnica é “uma concepção de educação que busca, a partir do desenvolvimento do capitalismo e de sua crítica, superar a proposta burguesa de educação que potencialize a transformação estrutural da realidade” (p. 44), completam os mesmos autores.

Acrescento aqui a crítica de Ramos (2005), ao Parecer CNE/CBE Nº. 39/2004, que dispõe sobre a aplicação do Decreto Nº. 5.154/2004. Segundo ela este Parecer não apresenta concepção pedagógica que coadune com a integração entre o ensino médio e a educação técnica de nível médio, proposta pelo decreto. E atribui isso à questão da simultaneidade entre as duas modalidades, presente no Parecer, o que não representa o que se buscou instituir com o referido decreto (RAMOS, 2005, p.125).

A análise desta categoria mostra que a indicação da base legal para orientar a formação dos trabalhadores de nível médio da área da saúde não pode ser vista apenas como um norteador, mas requisita conhecer os aspectos dialéticos que a envolvem para pautar uma educação profissional voltada à formação integral do ser humano.

Vale lembrar que para a reorganização das práticas de atenção, não basta a formação de bons técnicos, mas bons profissionais que pensem seu cotidiano, seu trabalho e a produção do mundo, que sejam criativos no pensar, no sentir, no querer e no atuar (BRASIL, 2005b). Como afirma Ramos (2005) ao discutir o currículo integrado no ensino médio, não se trata de apenas formar técnicos, mas pessoas que compreendam a realidade, e que a educação seja o “meio pelo qual as pessoas se realizam como sujeitos históricos que produzem sua existência pelo enfrentamento consciente da realidade dada, produzindo valores de uso, conhecimentos e cultura por sua ação criativa” (p. 124).

Entender a formação de RH no âmbito da PNEPS requer esse breve olhar sobre o que pensam os críticos da educação, para se engendrar projetos que levem à uma formação centrada na pessoa humana, tendo como desafio a “organização do conhecimento num projeto pedagógico que integre trabalho, ciência e cultura nos planos da formação geral e profissional” (RAMOS, 2005, p. 112).

Obs. O documento em análise refere no Art. 13 e parágrafo único, para a formação dos trabalhadores de nível médio, a observação às diretrizes e orientações do Anexo III da mesma Portaria. Esta formação, no âmbito da EPS, deve ser produto de pactuação intersetorial.

- Categoria Gestão

Mudanças marcam a evolução do conceito de gestão no SUS. O processo de habilitação, previsto nas NOB, foi substituído pela adesão ao Pacto pela Saúde, através da assinatura do TCG, implicando que todos os gestores são plenos na responsabilidade pela saúde de sua população. A Portaria Nº 699/GM, de 30 de março de 2006, que regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, foi alterada pela Portaria Nº 372/GM, de 16 de fevereiro de 2007.

O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão

compartilhada e solidária do SUS. Estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; PPI; Regulação; Participação Social e Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (BRASIL, 2006a).

A EPS está inserida no âmbito do Pacto pela Saúde de 2006, no componente Pacto de Gestão. Isso significa colocar na agenda da gestão do SUS a responsabilidade pelas ações de educação na saúde, incidindo na qualificação dos trabalhadores do setor em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do Sistema, como a “descentralização político administrativa, igualdade e integralidade da atenção à saúde, participação da comunidade, universalidade do acesso aos serviços de saúde, dentre outros” (ROSCHKE, 1986?).

Trata-se da requalificação do SUS, como refere o AS2:

[...] o Pacto que dá autonomia ao local, ao gestor municipal, ao gestor estadual, a essas gerências todas, porque tudo tem que ser pactuado! As instâncias têm esse poder! Acho que é um processo de requalificação do SUS para garantia de sua sobrevivência, ou seja, tem um bojo muito mais amplo, são coisas que se somam, é bonito mesmo! E a EP é ideológica, é mudança cultural!

- Co-gestão

Este conceito confere ao CGR o caráter de instância que ao agregar gestores municipais de saúde (de uma região) e do estado, promove a gestão solidária e participativa nas ações de EPS. Reflete na EPS o desenho de uma gestão participativa para as decisões e ações da educação na saúde (ROSCHKE, 1986?).

- Categoria Educação Permanente

Esta categoria também já foi analisada no DO4. Objeto de ampla literatura, cabe destacar que para Roschke (1986?) a aprendizagem significativa, base da EP, é construída no e com o trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e trazem a possibilidade de transformação das práticas profissionais.

“A EP pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações” (BRASIL, 2005b, p 11).

EP então contém uma unidade triádica: cotidiano do trabalho, aprendizagem significativa e transformação das práticas profissionais (de atenção, formação e gestão). Essa aprendizagem é alcançada quando o conhecimento apreendido faz

sentido para o sujeito que aprende, sendo construído a partir de experiências anteriores que se somam às novas, ocorrendo um renovo e acúmulo de experiências. Na aprendizagem significativa, a possibilidade de transformação das práticas profissionais está relacionada à reflexão de trabalhadores e estudantes sobre o trabalho que realizam ou para o qual se preparam (BRASIL, 2005b). A derivação desse processo é a resolubilidade e a reorganização do serviço de saúde, como defende o AS2:

[...] Muito mais que a qualificação do profissional a EP prevê a qualificação do serviço, levar ao serviço a resolubilidade que ele tem que ter [...]. Se você lembrar que no processo da organização de saúde o gestor municipal é responsável prioritariamente pela Atenção Primária em Saúde, se você garantir maior resolubilidade para essa área você vai reorganizando [...] toda parte de Atenção a Saúde, de Promoção, de Prevenção a partir desse processo de EP [...], realmente ele vem contribuir num momento de reorganização!

Sem desconsiderar a ampla contingência da EPS, cabe reforçar que o mesmo caráter da reorganização dos serviços, a partir da reflexão sobre as práticas de trabalho, permeava o PLE. Relembrando a construção do PLE, mantidas as especificidades de cada política, o AS3 explica:

Aí veio o currículo integrado juntar-se a essa concepção de escola, coerente com a formação assim como o espaço de trabalho como *locus* de aprendizagem. Isso é que o conceito de EP traz! Que ela vem ser escrita recentemente, como o alvo, que começou agora, mas [...] o larga escala já estava [...]. É aprendizagem significativa para mim quando você resgata o que o outro sabe!

As duas políticas estão relacionadas ao fortalecimento do SUS em espaços temporais diferentes, o PLE junto com o MRS e a EPS, junto ao SUS em consolidação. A aprendizagem significativa da EPS está relacionada à transformação social do PLE. Ambas são permeadas pela problematização. A EPS visa melhorar a formação, promover o desenvolvimento dos trabalhadores e das instituições e com isso fortalecer o SUS (BRASIL, 2005a).

7.2.2.6 Os conceitos à luz documental e das vozes

Convergências e diferenças: mais do que mostrar conceitos comuns nos cinco documentos, importo-me em entendê-los como suporte às políticas em estudo. A presença dos mesmos, independentemente de alguns deles perpassarem em outros blocos como categorias diferentes, aqui eles guardam relação com os momentos epocais. Por exemplo, a integração institucional, que lá em 1980 era impetrada, em 2007 já alcançou visibilidade face aos Polos e a Regionalização.

Capacitação e qualificação, próprios do PLE já não aparecem na EPS, enquanto que formação é comum em ambas as políticas. Gestão é um conceito expressivo na EPS, mas já constava no PLE. Promoção da saúde, integralidade e participação popular, constam no aparato legal do SUS como resultado das lutas da RSB, correntes, portanto com o PLE. Também são comuns nas duas políticas, os conceitos de descentralização e integração ensino-serviço, pela sua importância na educação profissional na saúde. A problematização; a reflexão sobre a realidade, o processo de trabalho, os contextos; o espaço de trabalho como *locus* de aprendizagem; também são categorias comuns ao PLE e a EPS. Outro ponto de convergência entre essas políticas é que elas têm uma unidade triádica norteadora.

Concepção de formação: tanto nos documentos como nas vozes dos AS entrevistados meu intento foi buscar indício de mudança na concepção da formação desenvolvida para os trabalhadores de saúde. Entendo que em função dos PEC, antes do PLE, ela estava voltada apenas ao aspecto produtivo, não explicitava uma prática reflexiva, sendo concebida como treinamentos utilitaristas em serviço e sem legitimidade, refletindo a legislação educacional no sentido mais geral. Esta permanece centrada nos interesses de acumulação, com base na técnica, eficiência e produtividade em detrimento da dimensão humana. A proposta do PLE redimensionou a formação. Suas bases conceituais depreendidas da análise: a titulação, inclusão, ascensão profissional e social a partir do perfil de escolaridade dos trabalhadores; a centralidade do trabalhador no processo educativo; preocupação com o preparo de docentes adequado aos pressupostos do PLE; a indissociabilidade entre conteúdo e método na reflexão da prática, destaque ao potencial transformador do homem. Estas bases também aparecem na EPS. Esta, que pelo seu caráter amplo abrange formação e desenvolvimento de trabalhadores e de equipes visando a transformação das práticas, requer que se aprecie a inserção dos conceitos de integralidade, participação popular e promoção da saúde em suas propostas educativas.

Implicações: Um olhar aprisionado ao conceito opressor de homem implícito nos textos legais gera, indubitavelmente, posições pessimistas na luta por mudanças no âmbito educacional. Entretanto, o PLE, além da participação na organização do sistema de saúde no país, logrou transformações conceituais no campo da educação mesmo num contexto desenvolvimentista, e avançou no tempo de modo a

incidir na concepção de formação apesar do contexto permanecer voltado para o mercado, o que é claro na voz do AS1:

Eu quero comentar com você [...] as inúmeras mudanças que eu tenho observado, e que no conjunto das grades curriculares [...], até veja a própria graduação mesmo [...] na questão da concepção de homem, o que a gente tem hoje no próprio vestibular da medicina, você quer mudança maior que essa da introdução da Filosofia? Então as mudanças elas estão claras, a introdução da área de humanas no ensino médio! A introdução de aportes da Filosofia, da Sociologia, Antropologia em cursos de nível médio profissionalizantes!

Sobre o aporte da filosofia no vestibular de medicina:

E quer dizer, saúde se faz com compreensão do mundo, compreensão da vida, compreensão da sociedade, compreensão da história do pensamento humano, ou seja, se você não compreende o homem por inteiro como que você vai fazer saúde?

Sobre o alcance dessas mudanças:

Nas graduações você identifica, de modo impressionante, a alteração no [...] currículo da medicina, e eu vou citar o curso da Faculdade Evangélica do Paraná, o curso da Universidade Católica do Paraná, da PUC, o curso da Universidade Positivo, e um pouco mais tardiamente, [...] na Federal, [...]. Inicialmente você tem uma mudança na grade, uma mudança nos conteúdos, na formação dos próprios professores, e uma influência enorme [...] das metodologias ativas, que é um movimento trabalhado nas academias, em especialmente na educação médica, que é propiciado pelo MS.

Sobre a influência do PLE nessas mudanças:

Essa organização mostra as marcas da influência do que foi esse movimento instaurado na década de oitenta, o movimento do PLE, tendo como elemento impulsionador a formação de nível médio e elementar em larga escala.

7.2.3 BLOCO 3: discutindo as categorias relacionadas ao sistema de saúde nos documentos DO1, DO2, DO3, DO4 e DO5

7.2.3.1 Categorias relacionadas ao sistema de saúde (SNS) no DO1

Pude identificar duas categorias que possibilitaram aprimorar minha compreensão acerca do que circundava os serviços de saúde na época estudada, cenário berço do PLE. Apresento-as no quadro 11.

QUADRO 11 – Categorias relacionadas ao sistema de saúde (SNS)	
Categorias	Unidades de Registro
S1 – Articulação	“[...] promovendo-se todas as medidas necessárias”
S2 – Serviços de Saúde	“[...] melhoria da situação sanitária do país e dos níveis de saúde da população brasileira” “[...] o desenvolvimento dos serviços básicos de saúde [...]”

- Categoria Articulação

O texto documental mostra que a determinação da ação conjugada das duas Pastas implicava em se promover todas as medidas necessárias para a concretização dos desdobramentos sucedâneos. O planejamento e a organização das ações do setor, na ótica da integração interinstitucional, iriam requerer habilidades como negociação e articulação dos atores envolvidos com a prestação dos serviços de saúde nas esferas federal, estadual e municipal. Isto numa realidade que ia se configurando como nova poderia ocorrer com ou sem conflitos já que diretamente iria envolver os trabalhadores nas três esferas de governo. Essa categoria também tem relevância em ser destacada nesta análise, no âmbito do PLE, porque o meio onde se realizariam as ações do Projeto estaria sob uma dinâmica de mudanças, de grande importância ser compreendida por seus interlocutores.

- Categoria Serviços de Saúde

As unidades de registro selecionadas apresentam a possibilidade de se conhecer a organização dos serviços de saúde no período e sua influência no quadro sanitário do país. Conforme citado na Categoria Integração (relacionada aos aspectos contextuais do DO1), estava em vigência o SNS em que os serviços de saúde eram prestados de forma dicotômica. No caso dos serviços de assistência médica previdenciária, eram excluídos grandes contingentes de trabalhadores não formalmente inscritos no sistema. Ademais era baixa a cobertura dos serviços de saúde às populações rurais e outras em comunidades mais remotas. Iniciativas como o PIASS, programa de medicina simplificada lançado em 1976, em que um de seus propósitos era “aumentar o alcance da cobertura dos serviços médicos,

especialmente nas áreas rurais” (ALVES e PAIVA, 2006, p. 32) revelam a necessidade de estratégias para suprir as lacunas do SNS.

Considerando o contexto econômico do período é possível compreender, no documento, a expressão priorizando-se *o desenvolvimento dos serviços básicos de saúde*, certamente destinados à população que se encontrava excluída do sistema. Ainda no âmbito econômico outro aspecto a ser considerado para essa atenção especial com os serviços básicos de saúde é a representação de interesses na política de saúde. Favorecendo o setor privado, o sistema priorizara a medicina curativa, centrada na atenção médica hospitalar, complexa e cara, em detrimento das ações de saúde pública pela pouca destinação de recursos do governo federal para o MS. Problemas de saúde coletiva como a mortalidade infantil, as endemias, as epidemias não foram solucionados pelo sistema.

De acordo com Teixeira (1989) no início dos anos 1970 o modelo previdenciário já demonstrava suas enormes inadequações à realidade sanitária nacional, em que persistiam doenças facilmente evitáveis através de medidas preventivas, diante de uma prática médica dominante, curativa, sofisticada e especializada que não era capaz de alterar o perfil de morbi-mortalidade no país. Outro fator dessa crise estava nos custos crescentes do cuidado médico que inviabilizavam a expansão da cobertura.

Estas marcas contraditórias num setor tão singular como o da saúde precisam ser entendidas, não só para uma adequada compreensão do PLE e seus propósitos, mas para o adequado trânsito de seus idealizadores nesse meio. O AS3 lembra essa questão ao falar da construção do PLE, dizendo:

[...] não é fácil trabalhar educação dessa forma: temos um sistema de saúde organizado de um jeito e a gente querendo discutir uma lógica diferente.

O AS3 esclarece assim que as contradições precisam ser consideradas se de fato se quer abrir espaço para outra lógica.

7.2.3.2 Categorias relacionadas ao sistema de saúde (SNS) no DO2

A categoria identificada foi agrupada ao SNS devido à importância dessa integração do MEC à CIPLAN nas derivações para o campo educacional da saúde no âmbito do SNS. No quadro 12 apresento-a.

QUADRO 12 – Categoria relacionada ao sistema de saúde (SNS)	
Categoria	Unidade de Registro
S1 – Integração	“[...] interesse em integrar-se ao esforço de ação comum já existente entre o MS e o MPAS [...]”

-Categoria Integração

Na portaria em análise, o MEC visualiza seu papel junto à questão da formação dos trabalhadores de saúde. Essa integração do MEC ao MS e MPAS fortalece a articulação entre os órgãos federais uma vez que novos atores são mobilizados para trabalhar e formular políticas conjuntas das três Pastas Ministeriais no campo educacional da saúde. Cabe lembrar aqui que o MEC, nessa época de 1984, já integrava o arranjo institucional do Acordo OPAS-Brasil. A integração entre as três instâncias procurou consonância ao princípio da integração ensino-serviço, um dos ideais da medicina comunitária.

7.2.3.3 Categoria relacionada ao sistema de saúde (SNS) no DO3

Com relação ao SNS destaquei apenas uma categoria que apresento no quadro 13.

QUADRO 13 – Categoria relacionada ao sistema de saúde (SNS)	
Categoria	Unidade de Registro
S1 – Reorganização dos Serviços de Saúde	“[...] das Ações Integradas de Saúde”

- Categoria Reorganização dos Serviços de Saúde

No início dos anos 1980, após grande divulgação da crise da Previdência Social, se reconheceu que havia necessidade de contenção dos gastos com assistência médica, então foi criado, em 1982, o CONASP e o Plano do CONASP. Este orientado por um decálogo de princípios possibilitou a incorporação de políticas racionalizadoras na Previdência Social (PAIM, 2008). Fatos em 1982, como as eleições diretas para governadores dos estados e a criação do CONASS possibilitaram a transformação de um dos projetos do Plano do CONASP, o

Convênio Trilateral (INAMPS, SES e SMS) no Programa das AIS vinculado ao INAMPS, e posteriormente, em 1984, sua apresentação como estratégia das AIS, envolvendo além do MPAS, das SES e SMS, os Ministérios da Educação e da Saúde. A expectativa, segundo o autor, era a melhor utilização da rede pública de serviços básicos de saúde.

Ainda no final do ano de 1984 foi realizado o V Simpósio de Política Nacional de Saúde para embasar uma Política de Saúde para o Governo de Transição Democrática. O documento final desse encontro “reforçava a estratégia das AIS como caminho para o SUS [...]” (PAIM, 1986, p. 170). A defesa para essa estratégia se pautava num decálogo de motivos: 1. Princípios e objetivos consistentes com os do movimento de democratização da saúde; 2. Planejamento e administração descentralizados; 3. Instâncias deliberativas permeáveis à negociação política; 4. Possibilidade concreta de participação popular organizada; **5. Percurso para o estabelecimento do Sistema Unificado de Saúde**; 6. Respeito ao princípio federativo; 7. Respaldo de forças sociais atuantes no setor; 8. Perspectivas mais concretas de viabilidade; 9. Incorporação do planejamento à prática institucional; 10. Responsabilidade das universidades na formulação e implementação de políticas de saúde (PAIM, 1986; PAIM, 2008).

Não obstante esses motivos, dificuldades se impunham às AIS, como por exemplo, a lentidão da burocracia; o clientelismo político, adversário histórico; a resistência ao planejamento; a crise fiscal e a compressão salarial. No plano político, era importante identificar forças aliadas e buscar alianças. Outro fator seria vencer as contradições entre demanda e oferta de serviços, e isso envolveria os trabalhadores de saúde. Os parlamentares e os partidos políticos, comprometidos com a redemocratização da saúde, também representavam um importante aliado (PAIM, 1986).

A relevância do PLE neste quadro do SNS estava no seu potencial para formar profissionais como pessoas que compreendessem as AIS enquanto redefinição democratizante de uma estratégia rumo ao SUS, ou seja, com vistas a uma política de saúde que seria construída a partir da VIII CNS, da Assembléia Nacional Constituinte, do SUDS e finalmente faria parte do texto constitucional em 1988. Estes profissionais marcariam sua participação nos serviços de saúde num momento em que as AIS representavam um dos trâmites de travessia para o SUS.

Retomando fatos no tempo que marcaram a reorganização do serviço para um novo sistema, o SUS, o AS1 refere:

[...] para mim os marcos nos tempos: eu faço aqui o grande destaque para a Declaração de Alma Ata, que contribuiu para o desenho da Reforma Sanitária na década de 80; a Oitava Conferência; a Constituição de 88; o processo de libertação do povo brasileiro com as Diretas já; o fim da ditadura militar, que também coincide com esse período [...] onde você buscava, você tinha uma gana por encontrar coisas que mudassem aquela história triste da tua pátria!

Muito significado há nessa fala demonstrando a subjetividade envolvida na ação de quem naquela hora desejou e participou de mudanças marcantes não só no sistema de saúde, mas na sociedade, construindo um tempo e uma história. Lembro aqui que para Hengemühle (2007) somos seres históricos movidos pela constante busca de significado das coisas, o que muito bem confirma a posição dos protagonistas naquele momento que marcou a década de 1980. Mudanças estão atreladas não só a conhecimento, mas a comprometimento das pessoas, o que dinamiza a história. Como bem recorda o AS1, o protagonista:

Está comprometido com a transformação de uma sociedade, porque [...] ela precisa sempre estar em movimento, sempre [...] se redesenhando, porque são novas as questões que se colocam todo o tempo prá você!

Mais uma vez recorro a citação abaixo para confirmar essa questão do movimento, da construção e da recompreensão:

“Todas as dimensões da vida, em todos os campos do conhecimento, estão sendo constantemente questionadas e redimensionadas. Nada permanece estático” (HENGEMÜHLE, 2007, p. 15).

7.2.3.4 Categorias relacionadas ao sistema de saúde (SUS) no DO4

As categorias identificadas estão agrupadas no quadro 14.

QUADRO 14 – Categorias relacionadas ao sistema de saúde (SUS)	
Categorias	Unidades de Registro
S1 – Reforma Sanitária Brasileira	“[...] na consolidação da RSB [...]”
S2 – Política Nacional de Saúde	“[...] pelos princípios e diretrizes do SUS [...]” “[...] política estadual e nacional de saúde [...]” “[...] e a gestão em saúde [...]”
S3 – Serviços de Saúde	“[...] ações e serviços [...]” “[...] integração da rede de atenção como cadeia de cuidados progressivos à saúde [...]”

- Categoria Reforma Sanitária Brasileira

Em 2004, época deste documento em análise, a RSB encontrava-se em curso e ainda na luta pela incorporação, na prática, do conceito ampliado de saúde, evidenciando a distância entre valores proclamados na Carta Magna e sua concretização. Isto é apenas um lembrete que o SUS idealizado pela RSB difere do SUS real, o que é decorrente das mudanças contextuais internas ante as exigências da globalização (FRANCO NETO et al, 2006). Desde seus passos iniciais a dinâmica da RSB mostrou os distintos padrões da relação Estado-Sociedade, desde um regime autoritário, perpassando pela redemocratização, avança nos anos 1990 e adentra o século XXI, expressando as mudanças no setor saúde (TEIXEIRA, 1989).

A referência à responsabilidade do MS na *consolidação da RSB* significa o compromisso dos gestores federais com o ideário da mesma.

A RSB constitui o grande celeiro conceitual que permeia tanto o PLE como a PNEPS, portanto mais um ponto de aproximação das duas políticas.

- Categoria Política Nacional de Saúde

Com esta categoria pretendo apresentar resumidamente alguns aspectos apenas, que circunscrevem o documento que ora analiso, visto constar em categorias anteriores o processo de construção do SUS. Este “é o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política”

(VASCONCELOS e PASCHE, 2006, p. 531). Os autores informam que o SUS integra o sistema brasileiro de proteção social, ladeado pelo Sistema de Previdência Social e o Sistema Único de Assistência Social, compondo o tripé da seguridade social¹⁰.

O que veio diferenciar o padrão da prestação dos serviços no Sistema em relação ao SNS foi a instituição da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, ancorada na concepção de Seguridade Social. A Lei Magna rompe assim com o caráter anterior de política social “marcado pela exclusão de milhões de brasileiros do usufruto público de bens de consumo coletivo” (VASCONCELOS e PASCHE, 2006, p. 533).

Desde que foi adotada no Brasil a APS, sob a denominação de Atenção Básica à Saúde e de sua implantação através do SUS em 1988 já se passaram mais de vinte anos. A partir de seus princípios e diretrizes, passou pela regulamentação da organização e funcionamento dos serviços; e, pela regulamentação da participação da comunidade na gestão do SUS e do financiamento para a área da saúde; pelas Leis Nº 8.080/90 e Nº 8.142/90 respectivamente. As NOB/SUS/93 e 96 trataram da descentralização e do modelo de gestão. Em 2002, com a aprovação da NOAS, foi definida a regionalização e a descentralização da assistência à saúde. Em 2003 foi criada nova estrutura do MS, com as secretarias Atenção à Saúde; Vigilância em Saúde; Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; Gestão Participativa; e Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Neste ano também foi discutido sobre o SUS na 12ª CNS.

Em 2004, a aprovação da PNEPS como estratégia do SUS para formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor é o desdobramento da definição no texto constitucional sobre a responsabilidade do MS em ordenar a formação de RH para o setor.

Analisando a consolidação do SUS, seus avanços, impasses e contradições, Vasconcelos e Pasche (2006) apontam como maior desafio do Sistema a promoção de “mudanças na organização dos serviços e nas práticas assistenciais para assegurar acesso e melhorar a qualidade do cuidado em todos os níveis de atenção”

¹⁰ Estabelecida na Lei Magna, no Art. 194, a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (VASCONCELOS e PASCHE, 2006).

(p. 558). Decorre daí a importância da PNEPS nesse processo, conforme afirma o AS2:

[...] mas que hoje você não tem, ou não se tem conhecimento de alguma possibilidade melhor de se trabalhar dentro do que o SUS se propõe [...] não só nessa questão política, mas na visão de que você tem que começar o processo pela Atenção Primária que é estruturante do Sistema de Saúde. [...] e parar com essa questão de focar só no levantamento de uso do sistema, porque muitas vezes o sistema é usado dentro daquilo que está ofertado. E precisa de outras coisas, e você só reorganiza isso dentro do SUS se estruturar redes de serviços a partir da Atenção Primária, com linhas de cuidado!

Essa fala incisiva transparece não só o valor conferido à EPS pelo AS1, como também revela um olhar que transcende o instituído rumo a um novo fazer em saúde.

- Categoria Serviços de Saúde

Com esta categoria pretendo visualizar a estrutura e o funcionamento dos serviços de saúde, tela da PNEPS. Ações e serviços de saúde formam um conjunto organizado e articulado aglutinando organizações públicas de saúde existentes no âmbito municipal, estadual e nacional e, ainda, os serviços privados complementares através de contratos ou convênios. Esse desenho organizacional tem orientação nos princípios doutrinários (universalidade, integralidade e equidade) e nas diretrizes organizativas do SUS (descentralização, regionalização/hierarquização e participação comunitária). A operacionalização desse desenho tem como base a regulamentação federal, o ordenamento jurídico nos âmbitos municipal e estadual, as NOB e NOAS (VASCONCELOS e PASCHE, 2006).

A segunda unidade de registro destacada, *a integração da rede de atenção como cadeia de cuidados progressivos à saúde*, indica que há necessidade de se avançar na prestação dos serviços do Sistema de modo que funcione como uma rede de atenção intercomplementar que atenda as necessidades de saúde individuais e coletivas. Essa cadeia propõe romper com a verticalidade introduzindo a noção de conjunto articulado entre serviços básicos, ambulatoriais de especialidades, hospitais gerais e especializados, de modo que a prestação de serviços e ações de saúde seja feita “reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações” (BRASIL, 2004c, p.12). A prestação dos

serviços de saúde é concebida como uma cadeia de cuidados progressivos à saúde e a PNEPS tem nessa cadeia um de seus princípios norteadores.

7.2.3.5 Categorias relacionadas ao sistema de saúde (SUS) no DO5

As categorias que apresento no quadro 15 expressam a dinâmica da construção progressiva do SUS.

QUADRO 15 – Categorias relacionadas ao sistema de saúde (SUS)	
Categorias	Unidades de Registro
S1 – Reforma Sanitária Brasileira	“[...] na consolidação da RSB [...]”
S2 – Serviços de Saúde	<p>“[...] diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde”</p> <p>“[...] definidos e pactuados no âmbito das CIB”</p> <p>“[...] diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão”</p> <p>“[...] o financiamento das ações de saúde [...] das três esferas de gestão do SUS [...]”</p> <p>“[...] instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS”</p>

- Categoria Reforma Sanitária Brasileira

A luta pela construção de um sistema de saúde justo e que concretize o ideário da RSB segue em curso e não se trata de ter que se encerrar. A dinâmica de evolução dos fatos desde as décadas de 1970 e 1980 mostra as várias etapas dos caminhos percorridos para que o SUS hoje seja uma realidade mesmo com todas as suas contradições.

- Categoria Serviços de Saúde

As unidades de registro selecionadas expressam aspectos do quadro organizacional da estrutura e funcionamento do SUS, extremamente relacionado à operacionalização da PNEPS.

Em 2007, data deste documento, portanto mais de vinte anos após a aprovação do PLE, os serviços de saúde já estão com um desenho estrutural e funcional bem diferente daquele da década de 1980. A prestação dos serviços de saúde está fundamentada nos seguintes pilares:

O Pacto pela Saúde:

A Portaria Nº. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, em seu Art. 1º, divulga o Pacto pela Saúde.

A Pactuação:

Refere-se à Gestão do SUS. A Portaria em análise refere a Portaria Nº. 598/GM de 23 de março de 2006, que trata de pactuação. Destacam-se em seu corpo de considerandos, além de aspectos contextuais, que as CIB são as instâncias para a realização dos pactos intra-estaduais e a definição de modelos organizacionais, a partir de diretrizes e normas pactuadas na CIT (BRASIL, 2006b). Essa lógica da multiplicidade de atores sociais e coletivos é presente na PNEPS.

Os Pactos pela Vida e de Gestão:

A Portaria Nº. 699/GM de 30 de março de 2006, como as demais, apresenta breve contextualização de fatos precedentes à regulamentação das diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Esta regulamentação deriva das diretrizes do Pacto pela Saúde, que redimensiona o SUS. Estabelece como instrumentos do Pacto pela Vida os TCG Municipal, Estadual, do Distrito Federal, e Federal (BRASIL, 2006c).

O Financiamento¹¹:

Na conjuntura que se insere a PNEPS há uma atenção especial ao financiamento de suas ações, explícita no documento em análise, o que não ocorreu com o PLE. Nesse aspecto elas se diferenciam.

O Planejamento:

A Portaria Nº. 3.332/GM de 28 de dezembro de 2006 trata dos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS, sendo eles o TCG, o Plano de Saúde e o Relatório de Gestão (BRASIL, 2006d).

Como política integrante do SUS a PNEPS passa a constar no Plano de Saúde do estado, construído coletivamente.

7.2.3.6 O sistema de saúde à luz documental e das vozes

Convergências e diferenças: Articulação e integração aparecem na CIPLAN/ PLE e nos Polos de EPS; desde as AIS até o SUS, a RSB é bandeira da reorganização dos serviços. No âmbito da PNEPS a integração da rede de atenção, que vem desde o PLE, está acrescida explicitamente do conceito de cuidados progressivos à saúde.

¹¹ A análise detalhada desta categoria está na Análise Documental em CD-ROM.

Tanto o PLE como a PNEPS ocorrem relacionados à dinâmica de (re) organização e transformações do serviço. Para o reconhecimento do conceito ampliado de saúde, base dessa reorganização, foi decisiva a circulação de atores sociais reformistas, requerendo espaço para seu arsenal ideológico conceitual, como mostra a voz do AS3, mais um *flash* da história do PLE em sua relação com o sistema de saúde:

Vem o movimento de Reforma Sanitária como componente para qualificar a saúde, a Assembléia Constituinte, O SUDS e finalmente a Constituição. Eleutério Rodrigues e Sérgio Arouca e muitos outros que não é possível nomear [...] são expressões deste movimento sanitário no país. Nesse movimento foi importante entender a saúde como direito de todos e dever do Estado, o que veio a ser consagrado na Constituição Federal.

Na continuidade do processo da reorganização dos serviços, já em 2003, quando a PNEPS é implantada, o envolvimento do Governo do estado com a questão da saúde é explicitado pelo AS2:

Nós tínhamos como uma das diretrizes básicas do governo que foi eleito, o reforço à regionalização e a descentralização de serviços [...]. Em julho de 2003 [...] cada Secretaria devia apresentar o seu plano de governo adequado as diretrizes do governador que foi eleito com esse compromisso com a população [...]. Nós conseguimos incluir nesse momento a questão da descentralização do processo de educação através dos vinte e dois Polos Regionais de EPS, com recursos estaduais!

Essas duas falas expressam momentos diferentes da construção do SUS.

Concepção da formação: A sustentação conceitual trazida pelos militantes do PLE influenciando as mudanças na concepção de formação e na reorientação do serviço é apresentada pelo AS1:

A questão da organização dos serviços, [...] a gente via a organização da enfermagem inicialmente, a gente não tinha ideia, quer dizer a Izabel Santos tinha ideia sim, mas a gente era muito novo naquela época, vinte e poucos anos! E a gente não enxergava tudo o que eles já enxergavam. E eu tenho admiração profunda por ela e por toda a equipe que estava no entorno, porque foram eles que construíram a viabilidade de uma mudança de concepção do que era saúde, do que era ser profissional, do que era a concepção de homem, do que era a concepção de aprendizagem, a concepção de ensino [...].

O exemplo abaixo trazido pelo AS2 ilustra as primeiras aproximações entre os trabalhadores do serviço e o conceito de EP, vivenciado nos momentos iniciais da política no estado:

O teste da orelhinha da criança! O teste do olhinho da criança! [...] cada área trazia a demanda assim: Vamos treinar os pediatras! Vamos treinar quem atende criança sobre o teste do olhinho, vamos treinar sobre o teste da orelha! A gente não fazia [...] este pediatra está inserido e vamos trabalhar juntos! [...] e de uma vez só sabe como é que é? Vamos trabalhar a Malária a Dengue [...] a Leishmaniose! [...] porque não adianta cada semana você trazer prá fazer uma coisa! Tira muito o profissional do

serviço. Foi um processo de aproximação, nós conseguimos um avanço muito grande!

É evidente na primeira fala os elementos de mudança na concepção de formação, enquanto que nesta última o que aparece é o exercício prático do conceito da própria EPS buscando a reformulação da prática educativa.

Implicações: O exemplo abaixo, trazido pelo AS1, ilustra claramente em que implicou a base conceitual do PLE na relação educação e saúde:

E a medida que você se legitima no serviço e você ganha credibilidade, que acho que é o que a gente conseguiu aqui em Curitiba, a gente tem um Sistema de Saúde funcionando no município e uma articulação dos sistemas, que são muito integrados, todos eles [...] entendendo a configuração dessa complexidade que se transformou o SUS. A gente entende que isso é o que serve hoje como modelo para os alunos, para os professores, porque a gente produziu muito conhecimento no município [...]. Os protocolos são riquíssimos exemplares, alguns deles servindo claramente, e manifestado isso pela academia, como importante aporte na aprendizagem, nas graduações de todos os cursos, inclusive medicina. E mais do que isso, você ter essa possibilidade de fazer a ordenação da formação de RH em saúde a partir do serviço, com uma fundamentação que foi trazida pelo PLE.

A implicação conceitual da PNEPS pode ser vista tanto no processo de trabalho como no arranjo operacional do SUS, conforme lembra o AS2 nas duas colocações:

“O que a Educação Permanente traz de super importante nesse processo? A co-responsabilidade. Eu não sou mais responsável sozinho por alguma coisa, eu sou co-responsável na minha equipe de trabalho por aquilo que a equipe está conseguindo atingir ou não, tá bom?”

“[...] como eu falei no início, a Educação Permanente não vem sozinha. ela está num contexto de discussão do Pacto pela Saúde que já foi efetivado, pactuado num modelo de gerência de co-responsabilidade dos gestores, certo?”

Outra implicação aparece no financiamento da PNEPS pelo próprio Estado o que possibilitou o avanço diferenciado da EPS, como informa o AS2:

“Então nós temos além dos recursos federais, esse recurso estadual, que quando o recurso federal não atende a necessidade específica de um município o recurso estadual mantém a política. Houve uma possibilidade de compatibilizar uma política nacional e uma política estadual e que deu um avanço diferenciado no estado do Paraná”

7.2.4 Bloco 4: discutindo as categorias relacionadas à arquitetura institucional nos documentos DO1, DO2, DO3, DO4 e DO5

7.2.4.1 Categoria relacionada à arquitetura institucional (PLE) no DO1

Para a execução do PLE, a partir de sua aprovação em 1985, seria necessária uma estrutura institucional que se configurasse como espaço de articulação, decisão e encaminhamentos. Identifiquei a CIPLAN como parte desta estrutura que explico no quadro 16.

QUADRO 16 – Categoria relacionada à arquitetura institucional do PLE	
Categoria	Unidade de Registro
A1 – Espaço.	“[...] instituída a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação – CIPLAN [...]” “A CIPLAN disciplinará a forma de seu funcionamento [...]” “A CIPLAN submeterá à aprovação dos dois Ministros de Estado as resoluções estabelecidas [...]” “À CIPLAN poderão integrar-se [...] representantes dos Ministérios componentes do SNS”

- Categoria Espaço

O documento institui a CIPLAN, define sua coordenação pelos Secretários Gerais de ambos os Ministérios e indica sua composição: Secretário de Serviços Médicos do MPAS; Presidente e Secretário de Planejamento do INAMPS; Secretários Nacionais de Programas Especiais de Saúde e de Ações Básicas de Saúde do MS e Presidente da FSESP. Esse desenho implica em complexa gestão setorial e confere à CIPLAN a característica de instância de planejamento conjunto das ações de saúde. Alves e Paiva (2006) referem que “a CIPLAN fora desenhada para funcionar como instância estratégica de articulação em alto nível decisório, sendo composta pelos secretários gerais e pelas secretarias técnicas de cada pasta” (p. 94). Todas essas instâncias representam o arranjo/arquitetura institucional primordial à aprovação do PLE em 1985. Depreende-se ainda do texto documental que a CIPLAN tem autonomia para organizar sua forma de atuação, emite resoluções e aprova projetos. O documento também transmite a ideia de flexibilidade quanto à composição da comissão ao definir a integração de representantes dos Ministérios que compõem o SNS.

A análise deste documento possibilitou me aproximar do entorno do PLE e compreender contextualmente sua emergência. O documento é assinado por Eleutério Rodriguez Neto, Secretário Geral do MS, mostrando a relação de sua militância na RSB com o PLE.

7.2.4.2 Categoria relacionada à arquitetura institucional (PLE) no DO2

A categoria espaço é o item principal e apresento-o no quadro 17.

QUADRO 17 – Categoria relacionada à arquitetura institucional do PLE	
Categoria	Unidade de Registro
A1 – Espaço.	“Ampliar a CIPLAN [...] que passará a contar com a participação do MEC através de uma Comissão [...]”

- Categoria Espaço

A determinação de ampliar a CIPLAN decorre da complexidade que envolvia, na época, a reordenação dos serviços de saúde de forma conjunta pelos MS e MPAS, ante aos consequentes desdobramentos e avanços. O planejamento de ações conjugadas, a compatibilização de programas e atividades, a alocação de recursos requeria a participação de outros atores sociais. A inclusão de uma comissão com representantes do MEC alterou a composição inicial da CIPLAN e os três novos atores sociais têm sua participação garantida na função de coordenação. Igualmente, a inclusão de representantes de dois outros segmentos do setor saúde mostra a amplitude deste setor. Alimentação e medicamentos são dimensões essenciais das políticas de saúde, o que justifica a presença e participação de representantes do INAN e da CEME na CIPLAN. Esse desenho institucional vai ser decisivo na aprovação do PLE em 1985.

7.2.4.3 Categoria relacionada à arquitetura institucional (PLE) no DO3

Apenas uma categoria foi identificada, que apresento no quadro 18.

QUADRO 18 – Categoria relacionada à arquitetura institucional do PLE	
Categoria	Unidade de Registro
A1 – Espaço	“Ratificar a participação do MS, MEC, das SES, das Secretarias Estaduais de Educação e da OPAS no desenvolvimento e consolidação do Projeto”

- Categoria Espaço

A unidade de registro selecionada confirma o *design* institucional necessário à efetivação do PLE e denota a demanda de articulação no seu devir. Há uma reafirmação das instituições signatárias da Cooperação Técnica OPAS-Brasil, e a afirmação das SES e de Educação como instâncias de execução local do Projeto, uma vez que esta execução implicará na criação dos Centros Formadores e todo seu corolário nos estados.

O desenvolvimento e a consolidação do PLE nos estados vão estar diretamente ligados à capacidade de articulação e de negociação entre os interlocutores em todas estas instâncias.

7.2.4.4 Categorias relacionadas à arquitetura institucional (PNEPS) no DO4

A arquitetura institucional da PNEPS, detalhada no documento, resultou na categorização que apresento no quadro 19.

QUADRO 19 – Categoria relacionada à arquitetura institucional da PNEPS	
Categorias	Unidades de Registro
A1 – Espaço	“[...] um Colegiado de Gestão configurado como Pólo de EPS [...]” “[...] uma Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de EP do SUS [...]”
A2 – Funções	“[...] instância interinstitucional e locorregional/roda de gestão com as funções de”
A3 – Território	“A definição dos territórios locorregionais [...]” “Cada Pólo de EPS [...] se responsabilizará por um determinado território [...]”

- Categoria Espaço

Colegiado de Gestão/Polo de EPS: Fortalecendo o princípio da integração ensino-serviço, entre formação e gestão setorial e entre desenvolvimento institucional e controle social, os Polos constituem-se no *locus* de identificação das necessidades de formação e desenvolvimento; diálogo; articulação interinstitucional;

construção de estratégias e de políticas nesta temática; fazendo assim a gestão da EPS. A perspectiva do trabalho destes Polos de EPS é a construção, nos espaços locais; microrregionais; regionais; estaduais e interestaduais; da capacidade de “pensar e executar a formação profissional e o desenvolvimento das equipes de saúde, dos agentes sociais e dos parceiros intersetoriais” (BRASIL, 2004c, p.12). O AS2 atenta para o papel do gestor no tocante à transformação das práticas de gestão:

Outra coisa que se tem que ter sempre é a anuência ou a co-responsabilidade ou aceitação ou compromisso do gestor para trabalhar com a EP [...]. A grande maioria dos problemas que afloram é de gestão, não são individuais dos profissionais, e aí se o gestor não [...] puder trabalhar com o grupo, porque aquela solução não é possível naquele momento o processo fica desacreditado. Então, para se qualificar o processo você tem que ter o envolvimento e o compromisso do gestor para o encaminhamento das situações, ou pelo menos, de trabalhar com o grupo uma possibilidade de encaminhamentos.

Não sendo um espaço executivo e sim de articulação interinstitucional, “reúne gestores, instituições formadoras, instâncias de controle social, hospitais de ensino e serviços e representação estudantil” que constituem uma plenária, que propicie amplo debate “acerca dos problemas, prioridades e conformação das alternativas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e demais atores sociais da saúde” (BRASIL, 2004c, p. 19).

O AS2 enfatiza a participação efetiva nos Polos de EPS para que ocorram as mudanças:

Nos Polos de EP, quem tem que participar? O gestor municipal! Alguém da universidade que se proponha a trabalhar no seu espaço universitário também com esta questão! Porque não adianta vir para o Polo de EP, se não levar as situações que são encontradas no Polo para modificar o processo educacional na própria instituição.

A atuação dos Polos será no sentido de “promover mudanças, tanto nas práticas de saúde quanto nas práticas de educação na saúde, funcionando como rodas de debate e de construção coletiva” (BRASIL, 2004c, p.11).

Um exemplo da importância do Polo como espaço de discussão entre os representantes do ensino e do serviço para definições e mudanças que podem causar impactos é trazido pelo AS2:

[...] um exemplo que é clássico para mim: o SENAC era nosso parceiro, e seu representante ouviu no Polo de EP de um prefeito: “[...] eu quando faço a seleção de Auxiliar de Enfermagem eu já digo que o que vem do SENAC não serve para o serviço de Atenção Primária em Saúde, para trabalhar no Posto de Saúde ele não serve, ele é excelente para o hospital”. E, lógico que isso não vem de uma pauta normal, vem como uma fala política, forte

[...]. Aí você tem uma fala política de um prefeito e a presença de um técnico que coordena um curso. E quem está coordenando a oficina incorpora isso na discussão. E para felicidade [...] em menos de três meses, o SENAC reestruturou o Curso de Auxiliar de Enfermagem dentro das necessidades do que os municípios precisavam [...]. É um parceiro de Polo que modifica uma grade! Reorganiza seu curso para ter profissionais que possam se inserir no mercado.

O AS2 destaca a amplitude da EPS:

[...] em dois mil e três nós implantamos a EP [...] diferente de outros estados. Nós a implantamos como política e o Polo como espaço de articulação entre as entidades para fazer a EP. Se você tem que trabalhar com um contexto maior precisa de outros parceiros, por isso não se pode fechar só na saúde e só no trabalhador de saúde.

Esta nova estrutura organizativa, a partir da articulação interinstitucional, apresenta-se “fortemente comprometida com o projeto ético-político da RSB, com a co-responsabilidade nas ações de saúde e com a articulação e integração entre as instituições das áreas da saúde e da educação” (BRASIL, 2004c, p. 22).

No Paraná a operacionalização do conceito da EPS junto aos trabalhadores, que ainda tinham a visão parcelarizada dos treinamentos foi processual, como relata o AS2:

[...] em dois mil e três fizemos as oficinas e discutimos toda questão da EP. Implementamos os Pólos trabalhando gradativamente, [...]. A partir de então todos os processos educacionais deveriam ter em algum momento a oficina de EP sobre o foco do assunto tratado. Lógico que era um processo, assim, de aproximação da EP; e, entendemos que a maior parte dos processos ainda vinha com foco na educação continuada e nós tentávamos integrar conteúdos.

Também é constituída a *Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de EP do SUS* como espaço de pactuação no âmbito “das diretrizes políticas gerais e a formulação de critérios para o acompanhamento e a resignificação dos projetos existentes, bem como para a análise dos novos projetos, sua avaliação e acompanhamento [...]” (BRASIL, 2004b, p. 5). São definidas suas atribuições e composição. Essa comissão assemelha-se à CIPLAN/PLE trazendo como elemento novo a pactuação.

- Categoria Funções

Destaco apenas a função Ruptura de paradigma: da verticalidade à horizontalidade. Gestão colegiada, articulação interinstitucional e roda de EPS, como protagonismo do Polo de EPS, pode superar a racionalidade gerencial hegemônica, “ocupando os espaços da verticalidade com mudanças não só estruturais, mas

acima de tudo na imagem do sistema e na sua condução” (BRASIL, 2004c, p. 22). Com isso “a União e os estados têm de problematizar, para si, a função coordenação descentralizadora e, os municípios e as escolas, a função execução significativa para o Sistema e não para a produtividade individual” (BRASIL, 2004c, p. 32).

Essa ruptura, em sua essência, semelhante àquela promovida pelo PLE na questão educacional, mesmo considerando a amplitude da PNEPS, tem relação direta com a integração ensino-serviço. Conceitos como roda, reflexão e transformação coletiva das práticas, aprendizagem significativa e outros, ditos de outra forma, são comuns às duas políticas. Como no PLE, o que move a PNEPS é a busca por uma educação na saúde que tenha relevância social, neste aspecto essas políticas convergem.

- Categoria Território

Por ser um dispositivo de agregação e de direcionalidade das diferentes instituições o Polo tem sob sua responsabilidade um determinado território. “O conceito de território pode abranger municípios vizinhos – dentro ou fora dos limites de um mesmo estado –, áreas de um município e áreas de outros municípios e, ainda, municípios não vizinhos” (BRASIL, 2004c, p. 18).

Deve considerar a regionalização da atenção à saúde, ou outras. No Paraná, informa o AS2, a conformação dos Polos de EPS se deu obedecendo a Regionalização da saúde, inicialmente a partir dos cinco Polos de Educação Continuada da Estratégia Saúde da Família, com sede na:

Universidade Estadual de Londrina, Universidade Estadual de Maringá, Universidade Estadual de Ponta Grossa, Universidade Federal do Paraná e Universidade do Oeste do Paraná em Cascavel.

O AS2 traz mais aspectos discutidos na configuração dos Polos:

Outra coisa, ele era focado com sede na universidade, o facilitador que na época se chamava de coordenador de Polo, era um professor universitário [...]. Numa estratégia que envolve o processo de trabalho e focado na EP o facilitador deveria ficar no estado, isso também se tornou um diferencial do estado do Paraná.

E com relação ao termo coordenador, diz o AS2:

[...] aqui no Paraná nós evitamos este termo, dizemos que coordenador traz prá si uma responsabilidade que é só dele, ele deve ser um facilitador de um espaço de discussão [...] esse é o segundo diferencial, que encontramos.

Os Polos na EPS e os órgãos de RH no PLE são análogos enquanto espaços de discussão e operacionalização das ações educativas, aspecto que aproxima essas políticas.

7.2.4.5 Categorias relacionadas à arquitetura institucional (PNEPS) no DO5

Apresento no quadro 20 esse grupo de categorias.

QUADRO 20 – Categorias relacionadas à arquitetura institucional da PNEPS	
Categorias	Unidades de Registro
A1 – Espaço	<p>“[...] por meio dos CGR, com a participação das CIES”</p> <p>“As CIES deverão contar com uma secretaria executiva [...]”</p> <p>“A CIB deverá contar com o apoio de uma CIES [...]”</p> <p>“do CES [...]”</p> <p>“O MS e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde [...]”</p> <p>“Reativar a Comissão Nacional de Acompanhamento da PNEPS [...]”</p>
A2 – Atribuições	<p>“São atribuições do CGR [...]”</p> <p>“São atribuições das CIES [...]”</p> <p>“São atribuições da CIES vinculada à CIB”</p> <p>“São atribuições da CIB [...]”</p> <p>“São atribuições do CES [...]”</p> <p>“O MS e as SES garantirão cooperação e assessoramento [...]”</p>
A3 – Território	<p>“[...] território de referência para as CIES [...]”</p>

- Categoria Espaço

Esse documento apresenta conformação diferente do espaço em relação ao documento anterior (DO4). São o CGR e as CIES como instâncias de condução regional da PNEPS nos estados. A elaboração do Plano de Ação Regional de EPS, no âmbito do CGR, deve ser coerente com os Planos de Saúde estadual e municipais. Além de reafirmar os princípios da EPS como norteadores dos Planos Regionais de EPS e das ações educativas na saúde, agrega-os ao planejamento do

SUS, assegurando a participação do controle social na construção das diretrizes para a política, nas diferentes esferas de gestão do SUS, até o controle da sua execução (ROSCHKE, 1986?).

As CIES são instâncias intersetoriais e interinstitucionais de articulação regional da EPS, conforme disposto na Lei N^o. 8.080/90, avançando na implementação das instâncias do SUS previstas em lei e na sua consolidação, conforme a autora acima citada.

As CIB podem contar com o apoio de uma CIES, devidamente composta, fortalecendo a instância de pactuação. Os CES, o MS, as SES, as SMS compõem o espaço para as ações da PNEPS. Integra o espaço, ainda, uma secretaria executiva responsável pelas questões administrativas fortalecendo a gestão da política.

A reativação da Comissão Nacional de Acompanhamento da PNEPS, suas atribuições e composição, reforçam o caráter relevante de uma instância nacional para a formulação de políticas nacionais e definição de prioridades nacionais em educação na saúde, o que a identifica como espaço de referência nas discussões da temática da EPS.

- Categoria Atribuições

Para além da definição das atribuições das instâncias parceiras na efetivação da PNEPS, o caráter central é o compartilhamento, a gestão participativa. Resumidamente as atribuições, definidas no documento, envolvem ações de articulação, integração e coordenação, necessárias à construção de processos.

A cooperação e assessoramento do MS e das SES indica seu compromisso nos desdobramentos das ações da política, implicando em dar suporte na identificação das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e na realização de todas as atividades que envolvam a concretização conceitual da PNEPS.

Vale lembrar a importância desse compromisso para que em situação decorrente de mudanças nos níveis gerenciais não impactem negativamente no andamento da PNEPS, conforme lembra o AS2:

[...] em 2005 teve uma quebra nesse processo. Primeiro, houve algumas mudanças [...] na estrutura central no Paraná, na sequência, também houve uma modificação da equipe do MS [...]. Quando retornamos em 2007, a grande surpresa foi, que da mesma forma que durante os dois primeiros anos isso foi se consolidando, após dois anos, não é que ele se perde, mas ele arrefece muito. Ele se mescla outra vez chamando EP uma coisa que não é EP!? A questão de parceria em que se trabalhava muito a questão do

respeito a todos os parceiros, quanto as várias visões do processo, também arrefece muito [...].

- Categoria Território

A regionalização para a Educação na Saúde deve seguir os mesmos princípios da regionalização instituída no Pacto pela Saúde.

Observação: Este documento também explicita a questão do financiamento da PNEPS, que procedi à categorização. Igualmente, identifiquei três categorias relacionadas ao monitoramento da política. Mantenho-as na matriz original da análise documental, em CD-ROM, anexo a esta dissertação.

7.2.4.6 A arquitetura institucional à luz documental e das vozes

Convergências e diferenças: a existência de um espaço como *locus* para a definição, coordenação, operacionalização das ações e construção de mudanças no rumo das Políticas de Educação Profissional é comum nas duas políticas, o elemento que as diferencia é o detalhamento apresentado no DO4, mais explicitado no DO5, em consonância com a arquitetura do SUS.

Concepção da formação: O que posso depreender dessa análise é que o conceito de formação em cada política tem relação com a existência de um espaço caracterizado por um arranjo institucional para concretização das mesmas.

Implicações: Com a aprovação do PLE pela CIPLAN foram criados os centros formadores nos estados. No caso da PNEPS, os Polos/CGR dão movimento ao conceito de EPS.

7.3 O FACIES DOCUMENTAL: PLE e PNEPS

Separei nos quadros 21 e 22 as categorias para visualizá-las espacialmente concluindo um retrato dos documentos. Após estes quadros destaco em que se aproximam e se distanciam as duas políticas, comparando-as.

QUADRO 21 – O retrato dos documentos DO1, DO2 e DO3 (PLE)

Grupos de Categorias	Código	Categorias		
		DO1	DO2	DO3
Contextuais	C1	Economia	Política	Processo
	C2	Sociedade	Educação	Política
Conceituais	AC1	Integração	Formação	Movimento
	AC2	Descentralização	Capacitação	Formação
	AC3	-	RH	Escolaridade
	AC4	-	-	Integração ensino serviço
	AC5	-	-	Supervisão
	AC6	-	-	Qualificação
	AC7	-	-	Descentralização
	AC8	-	-	Capacitação
	AC9	-	-	Política
	AC10	-	-	RH
Sistema de Saúde (SNS)	S1	Articulação	Integração	Reorganização dos serviços de saúde
	S2	Serviços de Saúde	-	-
Arquitetura Institucional do PLE	A1	Espaço	Espaço	Espaço

Numa visão panorâmica o quadro mostra, pelas categorias identificadas nos três documentos, a dinâmica de formulação de uma política como o PLE.

O arcabouço conceitual do PLE é expressivo no DO3 evidenciando sentidos e valores de militantes envolvidos com sua criação e aprovação. Isto não ocorreu alheio ao âmbito econômico-social como exibem as categorias contextuais do DO1 nem à revelia da dinâmica dos serviços de saúde como retratam as categorias do sistema de saúde/SNS apresentadas pelos DO1, DO3 e as categorias conceituais do DO1. Diante do cenário social brasileiro evidenciado no DO1; da existência de trabalhadores com déficits em sua escolaridade e que sem qualificação atuavam nos

serviços de saúde, como se vê no DO3; num momento significativo da reorganização do sistema de saúde expresso no DO1 e no DO3; o MS, o MPAS e o MEC, atendendo a lógica da integração interinstitucional tiveram papel decisivo na aprovação do PLE em 1985. Isso é percebido nas categorias contextuais, conceituais e do sistema de saúde/SNS identificadas no DO2, que exprimem a aproximação entre os mundos da saúde e da educação, o que já ocorria no âmbito do Acordo de Cooperação Técnica OPAS-Brasil.

Discussões conceituais à parte (formação, capacitação, qualificação) o PLE se preocupou com uma formação crítica, o que aparece nas categorias conceituais do DO3. Estas categorias mostram a base conceitual que era o móvel ao chamado para que docentes e alunos assumissem novo papel no processo ensino-aprendizagem na perspectiva de uma atuação coerente com o momento de transformações pelo qual passava o SNS. Desta forma o PLE vinha romper concepções tradicionais de educação a partir de uma concepção diferenciada de RH.

A construção do PLE foi processual como exibem as categorias contextuais do DO3. As categorias da arquitetura institucional do PLE coincidem no DO1, DO2 e DO3 mostrando a relevância da existência de um espaço de decisões como a CIPLAN para a construção de políticas no campo da saúde e dos RH na saúde.

Os três documentos se diferenciam quantitativamente nas categorias conceituais, em maior número no DO3, fato que me permite considerar o PLE uma política, primeiro porque seu suporte conceitual gerou desdobramentos como a criação dos CFRH; segundo pelo fato de ter resgatado às pessoas o exercício de sua cidadania, pela inclusão social e profissional que acarretou; terceiro por figurar hoje como referência conceitual, o que o pereniza como movimento. Enfatizo que não desconsidero o caráter amplo que tem uma política no sentido em que apresenta as diretrizes gerais para a execução de diversos programas e projetos para sua implementação. Assim poderia pensar no PLE como um projeto apenas, no âmbito de uma política de RH, o que não me ocorre.

QUADRO 22 – O retrato dos documentos DO4 e DO5 (PNEPS)

Grupos de Categorias	Código	Categorias	
		DO4	DO5
Contextuais	C1	Responsabilidade	Processo
	C2	Política	Educação
	C3	Processo	-
Conceituais	AC1	Descentralização	Descentralização
	AC2	Integralidade	Integralidade
	AC3	Participação Popular	Participação Popular
	AC4	Formação	Formação
	AC5	Desenvolvimento	Gestão
	AC6	Gestão	Co-gestão
	AC7	Integração ensino serviço	EP
	AC8	EP	-
	AC9	Problematização	-
	AC10	Promoção da Saúde	-
Sistema de Saúde (SUS)	S1	RSB	RSB
	S2	Política Nacional de Saúde	Serviços de Saúde
	S3	Serviços de Saúde	-
Arquitetura Institucional da PNEPS	A1	Espaço	Espaço
	A2	Funções	Atribuições
	A3	Território	Território

A visão panorâmica do quadro evidencia a formulação e aprovação da PNEPS, quase vinte anos após a aprovação do PLE, a partir de uma determinação legal que responsabiliza o MS pela ordenação da formação de RH no setor. Logo nas categorias contextuais do DO4 e DO5 aparece a dinâmica da formulação da política diante dessa responsabilidade que consta na Constituição Federal de 1988.

Pessoas atuantes na saúde envolvidas com a temática de RH para o SUS movimentaram bastidores para que fosse criada uma estrutura para sustentação de uma política de educação para os trabalhadores de saúde. A presença da categoria contextual educação no DO5 mostra a importância desse setor para o desenvolvimento da política educacional na área da saúde. Isso significa também que a PNEPS como política estruturante do SUS pode trazer uma continuidade no processo de formação dos trabalhadores do SUS o que é reforçado pela categoria conceitual formação no DO4 e DO5. Esta categoria mostrou o lado controverso do aparato legal vigente que por sua vez representa embates conceituais sobre educação profissional. A categoria conceitual EP, presente nos dois documentos revela ser importante compreender a aplicação deste conceito no âmbito da saúde e seus desdobramentos futuros. As categorias conceituais aparecem mais expressivamente no DO4, embora se repitam no DO5 com algumas exceções. Expressam conceitos a serem considerados nas propostas educacionais para os trabalhadores de um sistema de saúde como o SUS, em constante construção e reconstrução, conforme se constata nas categorias sistema de saúde/SUS identificadas nos dois documentos. A categoria conceitual promoção da saúde, pela sua relevância para a consolidação do sistema, foi contemplada com legislação, mostrando que o conceito sai do discurso, vai para a intenção política através da lei e pode ser efetivado por ações diversas entre as quais a EPS. A base conceitual detectada nos documentos significa a força ideária dos militantes da RSB. A categoria conceitual desenvolvimento põe em evidência o caráter amplo da PNEPS, que não se restringe à formação dos trabalhadores da área. As categorias conceituais estão em consonância com os princípios doutrinários e organizativos do SUS.

As categorias da arquitetura institucional coincidem no DO4 e DO5 e são detalhadamente explicitadas, conferindo relevada importância a este espaço para a discussão e definição de políticas no campo da educação na saúde.

PLE e PNEPS: aproximações e divergências nos documentos

A princípio o distanciamento entre os documentos do PLE e da PNEPS reside na esfera do contexto. Entretanto pela densidade em que ambas convergem nessa ordem de categorias a primeira inferência possível é que apesar da construção das

mesmas ter ocorrido à luz de contextos epocais diferentes, foi comum nestes a produção dos serviços de saúde em momentos distintos de sua reorganização. Estes serviços expressavam o grau de compromisso do poder público com a população. Diante disso pessoas engajadas a ideais de melhores condições de saúde da população buscaram-nos nas políticas de educação para os trabalhadores saúde. Neste sentido política, educação e processo são as categorias contextuais coincidentes em ambas as políticas e aparecem no DO2, DO3, DO4 e DO5. Outro ponto comum é a preocupação do Estado com o preparo de profissionais para atuar na operacionalização dessas políticas, cuja evidência se encontra na categoria conceitual supervisão no DO3 e na categoria contextual política no DO4, que mostram as capacitações pedagógicas no PLE e a formação de formadores na PNEPS. Neste grupo de categorias o que evidencia divergência entre as duas políticas é a questão da responsabilidade, explícita no DO4. Nos documentos do PLE não havia referência oficial sobre essa responsabilidade para o MS embora muitas discussões e ações foram articuladas por este ministério, como foi visto na análise documental apresentada nos Blocos 1, 2, 3 e 4.

Uma aproximação evidente entre as políticas está nas categorias conceituais descentralização, vista no DO1, DO3, DO4 e DO5; formação, visível no DO2, DO3, DO4 e DO5; integração ensino-serviço, de acordo com o DO3 e DO4. A formação profissional desenvolvida para os trabalhadores da saúde pelo PLE ocorreu conectada ao princípio da descentralização dos serviços de saúde, cujo desenho hoje é considerado para a implementação da PNEPS. Essa formação, foco do PLE, hoje é contemplada pela PNEPS, visto que esta faz referência às Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico, visto na categoria contextual educação no DO5. E a categoria integração ensino-serviço, que no PLE estava vinculada a processos formativos dos trabalhadores na ótica da reorganização dos serviços, hoje, com a PNEPS se pretende chegar a uma integração entre educação e trabalho em saúde num sentido mais amplo que envolva a comunidade na perspectiva de mudança nas práticas de formação e nas práticas de saúde. Pensando além da aparente convergência a PNEPS confere continuidade a esses conceitos básicos do PLE resignificando-os no atual contexto do SUS. Outro exemplo que transcende uma simples aproximação em ambas as políticas é a problematização das práticas para a transformação pretendida, um dos

pilares do PLE resignificado pela PNEPS. Conceitos como análise crítica da realidade; operações mentais; construção da inteligência; construção da aprendizagem; horizontalidade na relação educador/educando, utilização de experiências do aluno; sujeito participante; reorganização do serviço; processos de transformação; formação articulada ao serviço; significado social da prática; intervenção no serviço e no ensino; e outros, corroboram a primazia da problematização tanto no PLE como na EPS. Essa base conceitual aproxima as duas políticas em seus princípios de Transformação Social e Aprendizagem Significativa, isto é, se esta ocorrer, aquela será consequência, mostrando em ambas as políticas a preocupação com a relevância social da educação na saúde.

As demais categorias conceituais diferentes nos documentos do PLE e da PNEPS refletem a especificidade de cada uma dessas políticas conforme o momento da história da saúde em que ocorreu sua emergência.

A RSB que aparece como categoria do sistema de saúde no DO4 e DO5 foi o campo conceitual das lutas por mudança social e melhores condições de saúde da população brasileira anterior aos DO1, DO2 e DO3, como visto no espaço temporal das duas políticas sob o olhar de Jairnilson Paim. As categorias dos sistemas de saúde contemporâneos ao PLE e PNEPS (SNS e SUS) comprovam a mudança ocorrida nos serviços de saúde a partir da concepção ampliada de saúde apresentada pelos militantes da RSB. O sistema avançou desde a determinação da ação conjugada das ações pelos MS e MPAS trazida pelo DO1 até a configuração atual dos serviços no âmbito do Pacto pela Saúde apresentada pelo DO5.

As categorias da arquitetura institucional coincidem nas duas políticas ao figurarem nos cinco documentos analisados. Entretanto o aspecto em que o DO1, DO2 e DO3 se distanciam do DO4 e DO5 é o detalhamento dessas categorias nos dois últimos, com relação às funções, atribuições e definição de território. Os documentos da PNEPS explicitam também a definição e operacionalização do financiamento para a execução da mesma, o que não foi evidenciado nos documentos do PLE. Isto reflete não apenas a importância da PNEPS para o governo como também que houve uma evolução no processo de discussão das políticas de educação para os trabalhadores da saúde, na busca de maior garantia para a realização das ações.

A intenção desta breve síntese é retratar comparativamente as duas políticas nos documentos analisados, visto que nos Blocos 1, 2, 3 e 4 anteriormente apresentados já foi contemplada a análise comparativa dos aspectos relativos às quatro ordens de categorias encontradas nos cinco documentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa me possibilitou a construção de conhecimentos por meio de sucessivas aproximações ao objeto, princípio do PLE, pois a análise comparativa a partir de análise documental e da entrevista demandou constante busca de subsídios teóricos.

Retomando:

A questão de pesquisa:

Que concepções têm orientado os programas de formação profissional na área da saúde e em que implica sua aplicação prática?

O objetivo geral:

Analisar mudanças na concepção da formação profissional desenvolvida para os trabalhadores da área da saúde, através de uma comparação entre o PLE e a PNEPS.

Os objetivos específicos:

Identificar as bases conceituais (homem, formação profissional, educação), princípios norteadores, intencionalidades e metas do PLE e PNEPS.

Contextualizar o PLE e a PNEPS em seus eixos socioeconômico e político, destacando a problematização como eixo norteador pedagógico.

Revisar os fundamentos teóricos para a problematização.

Apresentar subsídios (síntese propositiva) para agregar às capacitações pedagógicas do CFRH, contribuindo com a problematização na busca de um aprimoramento na concepção crítica da sociedade.

Abaixo faço minhas considerações:

Adentrar o campo conceitual no âmbito da formação profissional em saúde implica saber que há uma relação entre os setores educação, saúde e trabalho, unidades tematizadas de uma totalidade, o Estado, que por sua vez representa uma realidade possuidora de uma estrutura, social e historicamente determinada. Compreender o real como totalidade implica conhecer as partes desse real e as relações entre elas (RAMOS, 2005). É importante ter essa noção porque concepções determinam políticas, intencionam (ou não) mudanças conjunturais que podem ser frustradas ou exitosas dependendo da correlação de forças nessa realidade. A partir desse entendimento é possível então olhar criticamente para um

contexto, compreender a formulação de políticas e a criação dos meios para colocá-las em movimento.

Compreender o surgimento do PLE e sua base conceitual no campo da educação na área da saúde nos anos de 1980 implica considerar os efeitos do ápice e o caso do milagre econômico da década de 1970 sobre a sociedade brasileira, que incidiam especialmente sobre o setor de serviços, como o da saúde e da educação, cujo influxo recaía sobre a população brasileira. Desta, os segmentos desfavorecidos economicamente, bem como as comunidades mais distantes a exemplo das comunidades rurais, não tinham acesso aos serviços de saúde, o que levou o Brasil a adotar os PEC, como o PIASS. Por outro lado, na linha da prestação dos serviços de saúde estava um contingente de trabalhadores, na sua maioria de nível médio e elementar, desprovida de qualificação específica, o que ocorria também com a mão de obra local que era requisitada pelo PIASS. Naquela época havia uma preocupação com o preparo destes trabalhadores e vinha fluente com as discussões sobre a formação médica que eram feitas no âmbito internacional, em que se buscava adequar essa formação às reais necessidades de saúde das populações. Como o cenário nacional não está isento do forâneo, a adoção dos PEC gerou a criação do PPREPS, possível dentro do Acordo de Cooperação Técnica OPAS-Brasil, de 1973. Com seus três objetivos: a preparação massiva de pessoal de nível médio; os PIDA e os sistemas de desenvolvimento de RH nos estados; buscou adequar a oferta de RH ao SNS e pavimentou o caminho para o PLE. Entretanto a proposta educacional do PPREPS na perspectiva assistencialista e econômica dos PEC propunha capacitação massiva e treinamentos em serviço para os trabalhadores de nível médio e não conferiam identidade profissional.

Em termos conceituais, preparar, qualificar e treinar na perspectiva utilitarista, era a concepção norteadora dos programas anteriores ao PLE. O indivíduo trabalhador não tinha centralidade nesses programas, era concebido como não pensante, que necessitava apenas de preparo técnico em função da produtividade do setor saúde.

A face inovadora do PPREPS é que ele trazia o princípio da integração docente-assistencial, que procurava aproximar os processos formativos às realidades concretas do serviço envolvendo as universidades. Esse aspecto se assemelha ao que a PNEPS propõe hoje, passados mais de 30 anos. O PPREPS

implicou na criação dos órgãos de RH nos estados, desdobramento importante no âmbito da política de RH para a saúde, para a operacionalização do PLE na década seguinte.

Além destes antecedentes, para entender o caráter da inclusão a partir da identidade profissional, discurso do PLE, para entender a amplitude da PNEPS e por considerar que a educação profissional não pode se concretizar à revelia da legislação foi necessário tomar como referência a fundamentação legal do ensino vigente em cada época. Isto porque elas trazem implícito o conceito de homem a partir do qual se formulam as políticas e os programas educacionais. As leis visitadas foram a Lei Nº. 5.692/71, que conferia à formação o caráter adstringente de uma preparação para o mercado de trabalho, norteadas pelo industrialismo e pelo economicismo da década de 1970; e a Lei Nº. 9.394/96, que supõe um trabalhador polivalente, para atender a economia corrente dos anos 1990, enfatizando a produtividade, isto é, o foco continua sendo a preparação para o trabalho. Ambas as leis trazem a concepção burguesa de educação, que ascende junto ao capitalismo. Baseada na separação entre ensino para elites e ensino para trabalhadores essa concepção é dualista e fragmentária.

A luta malograda de Saviani na década de 1980 em relação ao conceito de politecnia no projeto inicial da atual LDB, especificamente quanto ao ensino médio, propondo uma educação profissional ampla e integral, mostrou ser mais forte a persistência de interesses conservadores nesse campo. Foi trazida uma mudança conceitual, mas o contorno limitante próprio da legislação aprovada evidencia a perenidade da concepção burguesa em função da estrutura econômico-social que, permanecendo a mesma não permite mudanças em termos conjunturais.

Considero que o PLE tem consubstanciado em sua proposta princípios da concepção socialista de educação, opondo-se à concepção burguesa marcadamente presente na década de 1970 e expressa na lei educacional da época. A concepção socialista foi defendida por intelectuais comprometidos com a transformação social, como Lênin, que atribuiu grande importância à educação no processo de transformação social; Pistrak que valorizava a aprendizagem como necessária à vida e nas ações do educando; Gramsci, que defendia a escola unitária (GADOTTI, 2006). O PLE, ao propor a problematização e colocar o sujeito da aprendizagem como centro do processo educativo e fundado no princípio da

inclusão, conferiu legitimidade profissional, proporcionando ascensão social e profissional ao trabalhador, resgatando uma dívida social para com ele. O docente também alcançou centralidade no PLE que proporcionou vivências e profundas transformações por intermédio das capacitações pedagógicas. Com uma formação a partir do currículo integrado e da integração ensino-serviço; da reflexão sobre a prática e o serviço; sobre os determinantes sociais, econômicos e políticos; construía-se uma visão ampliada do contexto com desenvolvimento do senso crítico do aluno trabalhador rompendo a barreira da alienação. Revelava assim sua concepção emancipadora de formação, considerando esse aluno um cidadão pensante, capaz de transformações nos planos individual e coletivo, reconhecendo o papel integrador e facilitador do docente neste processo. Superou a concepção massiva dos programas anteriores e transcendeu o viés tecnicista da Lei Nº. 5.692/71, como visto na análise documental. A implicação foi a criação dos centros formadores nos estados.

A formação do PLE a partir de sua aprovação em 1985 foi suprimindo a necessidade de trabalhadores conectados com a realidade dos serviços de saúde que eram reorganizados sob a bandeira da RSB. Inicialmente o alvo do PLE eram os atendentes de enfermagem, visto que nessa área se concentrava contingente significativo de trabalhadores sem qualificação.

A entrada da década de 1990 trouxe novo contexto econômico ante a nova aparência do capitalismo. A resposta da educação aos novos anseios veio com a Lei Nº. 9.394/96 e o Decreto Nº. 2.208/97. Este foi substituído pelo Decreto Nº. 5.154/2004 que trata da educação profissional e juntamente com a referida lei regem a educação profissional para os trabalhadores da saúde.

Na época o SUS se exercitava em seus primeiros passos após sua inserção na Constituição Federal de 1988, os trabalhadores da saúde (enfermagem) continuavam sendo alvo de políticas de formação profissional como o PROFAE, feita pelos centros formadores. Estes são referidos agora como as ET-SUS que estão agregadas em rede, a RET-SUS desde o ano de 2000. Apesar da atuação das ET-SUS, uma necessidade sentida no SUS é a de mudanças nos processos de trabalho, gestão e formação de RH. Então, no primeiro decênio do século XXI, em 2004 se instituiu a PNEPS pelo MS, e em 2007 foi redimensionada pela Portaria Nº 1.996. Esta política reconhece a importância da formação profissional técnica, mas

não se reduz a essa modalidade de educação, e sim está orientada substantivamente para a gestão da educação na saúde abarcando a graduação, pós-graduação e toda diversidade educacional da área da saúde. Propõe a problematização e objetiva a mudança e transformação das práticas formativas, pedagógicas, de saúde e de gestão. Caracteriza-se assim pela ampliação de seu âmbito diante da realidade dos serviços de saúde. Isso implica ampla articulação intra e interinstitucional conclamando outras esferas ao compromisso com as questões educacionais da saúde. Um princípio que move a PNEPS é a integração ensino-serviço, originário do PPREPS, contemplado pelo PLE e resignificado neste contexto da EPS.

Para entender o deslocamento do conceito de EP ao setor saúde busquei apoio em Lengrand (1970). A partir de sua informação a EP não se refere a meramente um prolongamento da educação tradicional; preconiza a mobilização e utilização maciça de todos os meios de formação e de informação (instrumentos e meios de comunicação) transcendendo os meios tradicionais e os limites institucionais; e está estritamente ligada à política de desenvolvimento cultural no universo da sociedade. Entendo que o sentido dessa transposição conceitual ao campo da saúde está além da perspectiva de mudança cultural das práticas. Não entrei na discussão acerca do que essa transformação cultural requer na dimensão humana do trabalhador da saúde, pois é outra realidade para futuros estudos. Entretanto creio ser necessário pensar se essa concepção pode trazer consequências em longo prazo para a educação, que não estejam sendo visualizadas neste momento, uma vez entendido o fator relacional entre as unidades tematizadas do Estado na formulação das políticas.

Por ser uma política de grande escopo a implicação da instituição da PNEPS foi a estruturação dos Polos/CGR para as ações de EPS, o chamado a outros setores sociais como o das Telecomunicações para as ações de educação na saúde. O Programa Nacional de Telessaúde é um exemplo da aplicação do conceito de EP no setor saúde.

Ao entender que a concepção globalizada de educação orienta a EPS, conforme os princípios da EP de Lengrand (1970) uma concepção larga e interdisciplinar do processo educativo, penso no papel das ET-SUS neste novo tempo e na necessidade de rever sua missão.

Concluo que há mudança na concepção da formação profissional desenvolvida para os trabalhadores de saúde na medida em que os contextos foram se modificando. A concepção utilitarista que vigorava na década de 1970, coerente com o ufanismo desenvolvimentista da época, não dava centralidade ao sujeito. Foi superada pela concepção socialista trazida pelo PLE na década de 1980, quando o país se libertava do autoritarismo. O PLE enfatizou o sujeito tanto aluno como docente no processo de transformação. Chegou-se a uma concepção globalizada de educação nos anos 2000, época de revisão dos processos de trabalho e de globalização, espaço de tempo em que a EPS assume o protagonismo tendo como foco de sua ação a equipe, o conjunto, na perspectiva de uma resignificação das práticas.

Essas mudanças não são necessariamente lineares, mas sim processuais e a fala do AS1 mostra algumas situações concretas de mudanças conceituais a partir do PLE:

Você vê na questão da educação os reflexos disso tudo mudando. [...] Mudança na formação de crianças desde o jardim de infância, passando pelo ensino fundamental, ensino médio de escolas que nem são profissionalizantes, mas que tem a tônica da problematização, e a certeza de que a concepção de homem, e que homem é esse, que vai fazer com que a humanidade perdure, e que mude os caminhos para que a gente não volte aos tempos das barbáries que nós vivemos antes da revolução francesa.

[...] a questão da concepção de homem na educação, [...], que várias escolas a gente vê com propósitos construtivistas, envolvendo a criança no mundo da pesquisa bastante cedo, que o estímulo a que seja um ser inquietado, que seja um ser que busque, que seja um ser que compreenda [...].

Entretanto cabe lembrar que Ramos (2005) em discussão sobre currículo integrado coloca a falta da centralidade humana nos projetos educacionais brasileiros, tanto no período industrialista como no atual período, em que a nova feição do capitalismo se reveste pela flexibilização das relações e dos direitos sociais. A formação baseada em competências derivada da atual LDB, para a autora, promove a “desintegração curricular” (p. 113). Sem entrar no âmbito das competências, mas entendendo o caráter limitante que as leis podem conferir aos objetivos conclamados pela sociedade e que ainda predomina a concepção burguesa de educação no seu plano geral seria incauto não considerar que esta reflete na formação profissional. Isso pode trazer uma retomada da concepção utilitarista para a saúde, apesar do discurso de transformação da EPS, o que pode

ser visto no requisito da produtividade e rapidez, em que se desloca o valor do sujeito para a produção.

Outra questão a se atentar é o possível aliancismo entre o discurso da GQT na educação e o construtivismo pedagógico, que conveniente ao contexto econômico pode enredar a ação docente distorcendo os reais propósitos de uma educação problematizadora.

Como a PNEPS surge sob a vigência da Lei Nº. 9.394/96 e do Decreto Nº. 5.154/2004 cabe refletir sobre as possibilidades de enfrentamento das limitações impostas por estes documentos, para uma educação profissional mais voltada às necessidades do campo da saúde.

Como ambas as políticas propõem a problematização como eixo norteador pedagógico, cabe pensar e destaco que princípios da EP como reflexão, análise, síntese, assimilação, relação saber-ação, contemplados pela problematização, compõem a base conceitual comum ao PLE e a EPS, o que leva a inferência que a EP é a raiz conceitual das duas políticas. Isto não só confirma como também explica meu pressuposto que a problematização é o ponto de intersecção das duas políticas.

Neste trabalho pude revisar alguns fundamentos teóricos para a problematização o que ampliou um pouco a compreensão de seus princípios. Constam no item fundamentação teórica.

Este estudo me permite apresentar uma síntese propositiva para subsidiar as capacitações pedagógicas do CFRH. Com base nos princípios do PLE, no espaço da EPS e considerando:

- as contradições presentes na sociedade brasileira, das barreiras aos processos educativos emancipatórios, barreiras estruturais historicamente construídas, de manutenção de poderes e privilégios, e não de barreiras apenas conjunturais;
- como as Políticas de Educação Profissional, tanto o PLE como a PNEPS, não estão dissociadas da Política Educacional e suas concepções, que sob a lógica capitalista, mesmo num Estado Democrático Representativo, mantém a cruel desigualdade social e educacional entre o povo brasileiro;
- que sob outro momento político, o país continua expondo sua face de desigualdade, confirmando a existência de um tecido estrutural profundamente

opaco nas relações de poder e de propriedade, na sociedade brasileira, “que se move em conjunturas muito específicas, mas que no seu núcleo duro, de marca excludente, de subalternidade e de violência, se mantém recalcitrante” (FRIGOTTO, CIAVATTA e RAMOS, 2005, p. 7);

- que o enfrentamento aos condicionantes de uma cultura que se constrói na sociedade brasileira, do sucesso pessoal, requer entendimento e aprimoramento da concepção crítica acerca dessas questões.

Estas são apenas algumas das questões que considero importante pensar, assim venho propor:

Inserção de temas da área das ciências sociais e políticas nas propostas de capacitações pedagógicas do CFRH, para discussão sobre aspectos contextuais e conceituais envolvidos com as questões de saúde. O objetivo é o desenvolvimento/aprimoramento da criticidade dos profissionais que atuam como docentes na educação profissional em saúde, ampliando sua concepção de sociedade para além do conhecimento pedagógico, científico e técnico.

Esses temas, para não ficarem apenas como anexos ou apêndices, serão relacionados ao eixo norteador do curso de formação técnica que estiver sendo oferecido (odontologia, enfermagem, biodiagnóstico, etc). Como exemplos de temas: Sociedade, saúde e cidadania; Saúde e democracia; Educação, política e emancipação; Saúde e educação como políticas sociais; Democracia, emancipação e cidadania. A problematização destes temas será articulada à problematização das práticas pedagógicas e terá como apoio textos que contemplem a temática.

Primeiramente esse processo deverá ser desenvolvido com os supervisores pedagógicos do CFRH por meio de uma capacitação pedagógica cujo projeto pretendo apresentar em médio prazo à direção deste CFRH.

Essa é a maneira pela qual vejo ser possível oxigenar as capacitações pedagógicas, num momento,

Em que outras questões emergem:

 Ou seja, as questões que se recolocam, que já surgiram em outros momentos, elas estão se recolocando num outro ambiente, com um outro conjunto de pessoas, frente a uma outra situação. (AS1)

Em que vínculo é redimensionado:

 Para poder desenvolver isso (batendo na mesa) tem que ter vínculo, e o vínculo é reconhecer-se como alguém que pode transformar o perfil epidemiológico, pode transformar as relações humanas, pode mudar o mundo, você tem que acreditar que você pode mudar o mundo e você

muda! [...] em alguns momentos onde você está num posto de trabalho de maior abrangência de poder, você pode ter acesso a influenciar políticas em maior extensão. Ou no teu micro universo, aonde quer que seja, ou na educação do teu filho, na interação com alguém dentro de um ônibus, em qualquer lugar que você esteja, é você que está lá e você pode fazer diferente, desde [...] que você acredite que isso é teu, é tua prerrogativa. (AS1)

Em que os tempos precisam ser compreendidos:

Hoje eu acho que vocês têm esse papel de continuar estudando a aprendizagem dos adultos. Você e outras gerações que vão vir, devem ir resgatando o que já foi feito. É assim mesmo: processo social avança ou recua dependendo de momentos históricos; ele não é linear, contínuo, porque depende de idiosincrasias, da concepção que as pessoas têm de educação, de homem, do que é o processo produtivo. (AS3)

Em que não se pode esquecer:

Se existiu algum tipo de inversão de pirâmide que a gente falava muito na Reforma Sanitária, essa foi a principal, o principal pilar, porque é quando você mexe no arranjo individual de pessoas que vão construir a história daquilo que eu falei, ou você fala e faz e constrói ou você se omite não faz e outros farão e a tua contribuição não ficou registrada na história. (AS1)

Em que posicionamentos continuam sendo requisitados:

A EP em termos de perspectiva talvez tenha que ir se adaptando, sofrendo algumas modificações se for o caso. Para isso se precisa trabalhar em prol da incorporação do conceito da EPS fortalecendo esse processo, que está totalmente integrado dentro do novo processo de discussão e perspectiva da saúde! (AS2)

Limitações: A principal limitação foi a escassez de material mais antigo sobre a problematização e sobre o autor do Método do Arco: Charles Maguerez.

Sugestões para novos estudos: sinto necessidade de ser avaliado na prática diária dos egressos dos cursos do CFRH o alcance dos propósitos da problematização, de possibilitar uma educação emancipadora, voltada para a cidadania. Deixo como sugestão essa pesquisa, destacando que desconheço trabalho neste sentido, portanto, creio que não há indicadores para tal avaliação. Outra sugestão de estudo é buscar a origem da problematização e do Arco de Charles Maguerez, pois é importante conhecer os significados nessa procedência de métodos e de técnicas, essencial para que se possa fazer sua redução sociológica. Mais uma questão para investigação futura que sugiro são as implicações decorrentes da concepção globalizada de educação no campo da saúde, como por exemplo, a desescolarização. Fica ainda: Considerando as convergências conceituais entre o PLE e a PNEPS, há uma continuidade em suas concepções, como isso é possível diante do vendaval neoliberal que golpeou as políticas sociais?

Essa continuidade significa que os ideais da RSB estão intactos nas políticas de saúde até a contemporaneidade?

Outras questões como uma revisão mais ampliada dos fundamentos teóricos da problematização para fortalecer sua prática; a relação entre GQT e construtivismo pedagógico; a transformação cultural das práticas no âmbito da PNEPS e seus reflexos na dimensão humana do trabalhador da saúde; também constituem temas interessantes para estudos ulteriores.

Para finalizar insiro aqui mais um componente da composição desse vitral saúde/educação/trabalho para destacar a saúde como um campo que absorveu muito bem as questões educacionais, que é a opção pelo fazer, explicada pelo AS3, na referência calorosa à Izabel dos Santos, ao processo e às pessoas na construção do PLE, muitas à frente hoje da PNEPS, ao contar sua história:

Bom eu acho que um pouco eu trago assim a minha história no contexto dessa história. Uma história de vida, de crescimento como profissional, como pessoa humana, onde aprendi no setor saúde muito mais do que eu aprendi no setor de educação. Talvez porque a saúde não tinha absolutamente nada dado, não entendia de educação, não incorporava educadores, e por isso muito mais livre pra pensar. Uma pessoa como a Izabel, por excelência uma filósofa educadora, era uma exceção. O comando desse processo sempre esteve na mão dela, embora ela não fale. Seu mérito também passa pela identificação das pessoas certas, na hora certa, para ajudar a construir essa proposta. Tem gente nesse país todo e você é um exemplo disso! Rosângela que você entrevistou é outro exemplo! E muitas outras que nem daria conta de citar. Sabe, são pessoas que conseguiram resignificar a sua prática pedagógica a partir de um novo referencial e que o próprio setor da educação até hoje não conseguiu avançar como um todo.

E mais, o AS1 conclui com aquilo que até hoje eu não havia pensado:

Então essa ideia do movimento é porque ele ressurgiu, de modos diferentes, apoiando uma mesma política, que é a política da estruturação da formação dos recursos humanos em saúde [...]. E assim vai continuar sendo porque eles se constituíram naquilo que eu digo, nos clássicos da saúde! (fala com orgulho) E o Projeto Larga Escala é um CLÁSSICO DA SAÚDE (fala com emoção) e da integração ensino-serviço!

O reconhecimento do PLE e da problematização são referidos pelo AS2:

[...] o pessoal que trabalhou no Larga Escala é excepcional nisso, porque quem trabalhou com esse Projeto é especialista em trabalhar com a problematização!

A valorização e o respeito aos processos é lembrado pelo AS2:

Tudo tem seu valor. Aqui na cultura do estado do Paraná não se costuma jogar fora o que se tem de bom. Temos respeito histórico aos processos principalmente na área da saúde.

Se houverem dificuldades no processo da EP, lembra o AS2:

Tem que encarar isso como um momento que tem que ser vencido. Tudo o que é muito fácil não favorece mudanças. O que vem para mudar nem sempre é fácil por requerer maiores esforços.

Aspectos importantes a serem considerados na implementação de novos processos como a PNEPS.

Assim encerro este trabalho enfatizando a importância da evocação de fatos vividos, presenciados e compartilhados, como o PLE, uma vez que o conhecimento sobre o 'ontem' facilita o entendimento do 'hoje', momento da PNEPS, para uma adequada construção do 'amanhã' da questão educacional para os trabalhadores da saúde. Esse porvir depende de ações a partir de uma concepção crítica sobre EP e sua aplicabilidade no seio da saúde. Considerando minha história profissional, marcada pela cultura do PLE, hoje posso dizer que este estudo me possibilitou compreender melhor a EPS e que as duas políticas estão relacionadas ao fortalecimento do SUS em espaços temporais diferentes.

11 REFERÊNCIAS

ADORNO, Theodor W. **Educação e emancipação**. Tradutor: Wolfgang Leo Maar. 4ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

ALVES, Fernando A. Pires, PAIVA, Carlos Henrique Assunção. **Recursos Críticos: História da Cooperação Técnica Opas-Brasil em Recursos Humanos para a Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

ANESI, Sandra Mara. **Uma proposta pedagógica à promoção da educação em saúde do fumicultor**. 1998. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – UFPR, Curitiba, 1998.

ASBAHR, Flávia da Silva Ferreira. Sobre o Projeto Político Pedagógico (Im) possibilidades de construção. *In*: VIÉGAS, Lygia de Souza; ANGELUCCI, Carla Biancha (Orgs.). **Políticas Públicas em Educação & Psicologia Escolar**. 1ª ed. São Paulo: Casa Psi Livraria, Editora e Gráfica LTDA, 2006. p. 77-116.

BASSINELLO, Greicelene Aparecida Hespanol. **Projeto Larga Escala: Análise história e compreensão dos resultados para a Enfermagem no Estado de São Paulo**. 2007. 217p. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2007.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: edições 70, 1977.

BARROS, Roque Spencer Maciel de. Fundamentos da Educação. *In*: MENESES, João Gualberto de Carvalho (Org.). **Educação Básica: Políticas, Legislação e Gestão – Leituras**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004. p. 3-15.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. **A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos?** Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 2, n. 2, 1998.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da Saúde Pública no Brasil**. 4ª ed. São Paulo: Ática, 2004.

BORDENAVE, Juan E. Dias. **Alguns fatores pedagógicos**. *In*: Capacitação Pedagógica de Instrutor/Supervisor. Área da Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 1989. p. 19-26.

BORDENAVE, Juan E. Dias; PEREIRA, Adair Martins. **Estratégias de ensino aprendizagem**. 27ª edição. Rio de Janeiro: Vozes, 1977.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é educação**. 7ª ed. Brasília: Brasiliense, 1983.

BRASIL. **Decreto Nº. 75.985, de 17 de julho de 1975**. Disponível em <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=122892>>. Acesso em 12 de junho de 2009

_____. **Resolução CIPLAN Nº. 15 de 11 de novembro de 1985**. Dispõe sobre a aprovação do Projeto de Formação em “Larga Escala de Pessoal de Nível Médio”. Diário Oficial da União, Brasília, 19 nov. 1985. Seção 1, p. 167, 83-84.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. **Lei Nº. 9.394 de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº. 1298 de 28 de novembro de 2000**. Institui a Rede de Escolas Técnicas do SUS.

_____. **Portaria Nº. 373, de 20 de fevereiro de 2002**. Aprova a NOAS-SUS 01/2002.

_____. **Resolução CNS Nº. 335 de 27 de novembro de 2003**. Afirma a aprovação da Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde e a estratégia de Polos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde como instâncias locais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente.

_____. **Parecer CNE/CEB Nº 39/2004a**. Aplicação do Decreto Nº. 5.154/2004 na Educação Profissional Técnica de nível médio e no Ensino Médio.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº. 198 de 13 de fevereiro de 2004b**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

_____. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS:** Caminhos para a Educação Permanente em Saúde: polos de Educação Permanente em Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2004c. Disponível em www.saude.gov.br. Acesso em 02 de agosto de 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Curso de Formação de Facilitadores em Educação Permanente em Saúde:** unidade de aprendizagem integradora. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **A educação permanente entra na roda:** polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS).** 3ª ed. Brasília: MS, 2005c. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/nob_rh_2005.pdf. Acesso em 03 de maio de 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº. 1.996, de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências.

_____. **Portaria Nº. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006a.** Institui as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde.

_____. **Portaria Nº. 598/GM de 23 de março de 2006b.** Trata sobre pactuação.

_____. **Portaria Nº. 699/GM de 30 de março de 2006c.** Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão.

_____. **Portaria Nº. 3.332/GM de 28 de dezembro de 2006d.** Dispõe sobre o Sistema de Planejamento do SUS.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Políticas de formação de pessoal para o SUS:** reflexões fragmentadas. Cadernos RH Saúde. Ministério da Saúde, vol. 3, n.1, p. 55-59, Brasília, 2006a.

_____. Prefácio. *In:* CASTRO, Adriana. MALO, Miguel. **SUS:** ressignificando a promoção da saúde. Opas. São Paulo: Hucitec, 2006b.

CAMPOS, Francisco Eduardo et al. **Os desafios atuais para a educação permanente no SUS**. Cadernos RH Saúde. Ministério da Saúde, vol. 3, n.1, p. 41-53, Brasília, 2006c.

CAMPOS, Francisco Eduardo de; PIERANTONI, Célia Regina; MACHADO, Maria Helena. **Conferências de Saúde, o trabalho e o trabalhador da saúde**: a expectativa do debate. Cadernos RH Saúde. Ministério da Saúde, vol. 3, n.1, p. 9-12, Brasília, 2006d.

CARTA DE OTTAWA, 1986. Disponível em <http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm?idcarta=15>. Acesso em 03 de setembro de 2009.

CASTRO, Janete Lima de; SANTANA, José Paranaguá de; NOGUEIRA, Roberto Passos. **Isabel dos Santos**: A arte e a paixão de aprender fazendo. Natal: Observatório RH NESC/UFRN, 2002.

CASTRO, Adriana. MALO, Miguel. Apresentação. *In*: **SUS**: ressignificando a promoção da saúde. Opas. São Paulo: Hucitec, 2006. p, 13-16.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUWERWERKER, Laura C. M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde**: ensino, gestão, atenção e controle social. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, 14(1): 41-65, Rio de Janeiro, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg. **Educação Permanente em Saúde**: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. V. 9, n. 16, p. 161-77, set 2004/ fev. 2005a.

_____. **Educação Permanente em Saúde**: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, p. 975-986, Rio de Janeiro, 2005b.

ClAVATTA, Maria. A formação integrada: a escola e o trabalho como lugares de memória e de identidade. *In*: FRIGOTTO, Gaudêncio; ClAVATTA, Maria; RAMOS, Marise (Orgs.). **Ensino Médio Integrado**: concepção e contradições. São Paulo: Cortez, 2005. p. 83-105.

CORTELLA, Mário Sérgio. **A escola e o conhecimento**: fundamentos epistemológicos e políticos. 7ª ed., Cortez: Instituto Paulo Freire, São Paulo, 2003.

DADICO, Luciana. Terceira Via, Ideologia e Educação. *In: VIÉGAS, Lygia de Souza; ANGELUCCI, Carla Biancha (Orgs.). Políticas Públicas em Educação & Psicologia Escolar*. 1ª ed. São Paulo: Casa Psi Livraria, Editora e Gráfica LTDA, 2006. p. 25-46.

DAVINI, Maria Cristina. Currículo Integrado. *In: Capacitação Pedagógica para Instrutor/Supervisor*. Área da Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 1989a. p. 35-55.

_____. Do Processo de Aprender ao de Ensinar. *In: Capacitação Pedagógica para Instrutor/Supervisor*. Área da Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 1989b. p. 27-33.

DELUIZ, Neise. **Qualificação, competências e certificação**: Visão do mundo do trabalho. Formação. Ministério da Saúde, v. 1, n. 2, p. 5-15, Brasília, 2001.

DEWEY, John. **Democracia e Educação**: capítulos essenciais. Tradutor: Roberto Cavallari Filho. São Paulo: Ática, 2007.

ESCODA, Maria do Socorro Quirino. **Investimento no Capital Humano**: Uma análise da Política de Nutrição-R. N. Cadernos FUNPEC, ano II, nº 2 e 3. RN, 1983. Disponível em <http://www.ufrnet.br/~scorpius/37-lnv%20Cap%20Hum.htm>. Acesso em 10 de junho de 2009. Novo acesso em 17 de novembro de 2009.

FALEIROS, Vicente de Paula et al. **A construção do SUS**. Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf>. Acesso em 12 de julho de 2009.

FEUERWERKER, Laura. **Modelos tecnoassistenciais, gestão, organização do trabalho em saúde**: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v.9 n.18. p.489-506. Set/dez 2005.

FRANCO NETTO, Guilherme et al. Saúde e ambiente: reflexões para um novo ciclo do SUS. *In: CASTRO, Adriana. MALO, Miguel. SUS: ressignificando a promoção da saúde*. Opas. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 152-170.

FREIRE, Paulo. **Educação e Mudança**. 24ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1979.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. 47ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

FRIGOTTO, Gaudêncio; CIAVATTA, Maria; RAMOS, Marise (Orgs.). Apresentação. *In: Ensino Médio Integrado: concepção e contradições*. São Paulo: Cortez, 2005. p. 7-20.

_____. A gênese do Decreto Nº. 5.154/2004: um debate no controverso da democracia restrita. *In: Ensino Médio Integrado: concepção e contradições*. São Paulo: Cortez, 2005. p. 21-56.

FRIGOTTO, Gaudêncio. Concepções e mudanças no mundo do trabalho e o ensino médio. *In: FRIGOTTO, Gaudêncio; CIAVATTA, Maria; RAMOS, Marise (Orgs.). Ensino Médio Integrado: concepção e contradições*. São Paulo: Cortez, 2005. p. 57-82.

GADOTTI, Moacir. **História das idéias pedagógicas**. 8ª ed. Editora Ampliada, São Paulo, 2006.

GALVÃO, Ena de Araújo et al. **As escolas técnicas do SUS: uma abordagem histórica**. Cadernos RH Saúde. Ministério da Saúde, vol. 3, n.1, p. 61-83, Brasília, 2006.

GALVÃO, Ena de Araújo et al. **Processo educativo nos serviços de saúde**. Desenvolvimento de Recursos Humanos, n.1. OPAS, Brasília, 1991.

GEISLER, Adriana. **Revisitando o conceito de cidadania**: notas para uma educação politécnica. Trabalho, Educação e Saúde, v.4 n.2, p. 335-378, 2006.

GERMANO, José Willington. **Estado Militar e Educação no Brasil (1964-1985)**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1994.

GUIMARÃES, Nadya de Araújo. Qualificação como relação social. *In: BRASIL, Isabel Pereira; LIMA, Júlio César França. Dicionário da educação profissional em saúde*. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV. 2008. p. 335-341.

GRYSCHER, Anna Luiza de Fátima Pinho Lins et al. Projeto Larga Escala: Uma proposta pedagógica atual. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v.34, n.2, p.196-201, jun. 2000.

HADDAD, Jorge Q. ROSCHKE, Maria Alice C. DAVINI, Maria Cristina. **Educación Permanente de Personal de Salud**. OPAS, 1994.

HAIDAR, Maria de Lourdes Mariotto; TANURI, Leonor Maria. A evolução da Educação Básica no Brasil – Políticas e Organização. *In*: MENEZES, João Gualberto de Carvalho (Org.). **Educação Básica: Políticas, Legislação e Gestão – Leituras**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004. p. 36-67.

HENGEMÜHLE, Adelar. **Formação de Professores: da função de ensinar ao resgate da educação**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

JOHNSON, Guillermo Alfredo; ESPÍNDOLA, Célio Gregório. Crise Sistêmica, desemprego e educação profissional: uma análise da implementação do Planfor em Santa Catarina. *In*: Boeira, Sérgio Luís (Org). **Democracia & Políticas Públicas**. Itajaí: Univali, 2005. p. 193-222.

KLEBA, Maria Elizabeth. COMERLATTO, Dunia. COLLISELLI, Liane. **Promoção do empoderamento com conselhos gestores de um pólo de educação permanente em saúde**. Texto Contexto Enfermagem. Abril-Junho; 16(2) 335-42. Florianópolis, 2007.

KNECHTEL, Maria do Rosário. **Educação Permanente: da reunificação alemã a reflexões e práticas no Brasil**. 3ª ed. Curitiba: Editora da UFPR, 2001.

KUENZER, Acácia Zeneida. **Ensino Médio: Construindo uma proposta para os que vivem do trabalho**. São Paulo: Cortez, 2000.

LENGRAND, Paul. **Introdução à Educação Permanente**. Tradução de Dr. Antônio R. dos Santos. Livros Horizonte, LTDA. Copyright: Unesco, 1970.

LIBÂNIO, José Carlos. **Democratização da Escola Pública**. A pedagogia crítico-social dos conteúdos. 14ª ed. São Paulo: Loyola, 1996.

_____. **Pedagogia e Pedagogos, prá quê?** 9ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

LIBANIO, João Batista. **Ideologia e cidadania**. São Paulo: Moderna, 1995.

LIMA, Júlio César França. BRAGA, Ialê Falleiros. **Memória da Educação Profissional em Saúde no Brasil**. Anos 1980-1990. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em <http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/EPSJV-FIOCRUZ/Memorias_educacao_profissional.pdf>. Acesso em 15 de junho de 2009.

LOPES, Sara Regina Souto et al. **Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde**. Com. Ciências Saúde. 2007; 18 (2): 147-155.

MACHADO, Maria Helena. **Trabalhadores da saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária**. Cadernos RH Saúde. Ministério da Saúde, vol. 3, n.1, p. 13-27, Brasília, 2006.

MALHÃO, André. Revista Poli. Saúde, Educação e Trabalho. **Editorial**. Ano I, n. 1, set/out. 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MPAS/INAMPS. **Programa de Formação de Pessoal de Nível Médio**. Rio de Janeiro, (mimeo), 1987. 8p.

NOB/RH/SUS/96. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3ª ed. rev., atual., Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/nob_rh_2005.pdf>. Acesso em 20 de novembro de 2009.

NUNES, Rui Afonso da Costa. Evolução da Instituição Escolar. *In*: Meneses, João Gualberto de Carvalho (Org.). **Educação Básica: Políticas, Legislação e Gestão – Leituras**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004. p. 16-35.

NUNES, Tânia Celeste Matos. **Democracia no ensino e nas instituições: a face pedagógica do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

OLIVEIRA, Marta Kohl de. **Vygotsky: aprendizado e desenvolvimento: um processo sócio-histórico**. São Paulo: Scipione, 1997.

PAIM, Jairnilson Silva. **Ações Integradas de Saúde (AIS): por que não é dois passos atrás**. Cadernos de Saúde Pública, 2(2): 167-183, Rio de Janeiro, 1986.

_____. **Reforma Sanitária: contribuição para a compreensão e crítica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PARANÁ. **Resolução Nº. 3.094/88.** Altera a denominação do Colégio "Dr. Caetano Munhoz da Rocha" – Ensino de 2º Grau Supletivo, para Centro Formador de Recursos Humanos "Dr. Caetano Munhoz da Rocha" Ensino de 1º e 2º Graus Supletivo, 1988.

_____. **Deliberação Nº. 018 de 06 de dezembro de 1989.** Transforma o Colégio "Dr. Caetano Munhoz da Rocha" – Ensino de 2º Grau Supletivo em Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha, 1989.

_____. **Parecer Nº. 003/89.** Aprova o Regimento Interno do CFRH. 1989.

_____. **Projeto Político Pedagógico** do Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha, 2006.

PASCHE, Dário Frederico. HENNINGTON, Élide Azevedo. Promoção da Saúde e o Sistema Único de Saúde. *In*: CASTRO, Adriana. MALO, Miguel. **SUS**: ressignificando a promoção da saúde. Opas. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 19-40.

PIMENTA, Aparecida Linhares. **A história do CONASEMS**: da fase heróica da década de 80 ao desejo de mudança do modelo de atenção e gestão dos anos 2000. Impressão Athalaia Gráfica. [2007?].

PINHEIRO, Eliana de Fátima Catussi et al. **Profissional de saúde**: a inter-relação entre a formação e a prática. Formação. Ministério da Saúde, v. 3, n. 8, p. 47-58, Brasília, maio/ago 2003.

PINTO, Álvaro Vieira. **Sete lições sobre educação de adultos.** São Paulo: Cortez, 1993.

POLI. Saúde, educação, trabalho. **8ª Conferência Nacional de Saúde**: o SUS ganha forma. Ano 1. n.1. Rio de Janeiro: Fiocruz, set/ out. 2008. p.10-14.

PRADO JR, Caio. **Formação do Brasil Contemporâneo.** São Paulo: Brasiliense, 1999.

QUINTANA, Pedro Brito. ROSCHKE, Maria Alice C. RIBEIRO, Eliana Cláudia de Otero. **Educação Permanente**: processo de trabalho e qualidade de serviço de saúde. [1985?]. Disponível em <http://www.foxitsoftware.com>. Acesso em 10 de agosto de 2009.

RAMOS, Marise Nogueira; PEREIRA, Isabel Brasil. **Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

RAMOS, Marise. Possibilidades e desafios na organização do currículo integrado. *In*: FRIGOTTO, Gaudêncio; CIAVATTA, Maria; RAMOS, Marise (Orgs.). **Ensino Médio Integrado: concepção e contradições**. São Paulo: Cortez, 2005. p. 106-127.

RET-SUS. Rio de Janeiro. Editora Cátia Guimarães, Ano I n. 1, set/2004.

RET-SUS. Disponível em www.retsus.epsiv.fiocruz.br. Acesso em 09 de outubro de 2008.

RODRIGUES, José. **Qual cidadania, qual democracia, qual educação?** Trabalho, Educação e Saúde. v.4, n.2. p. 417-429. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Setembro/2006.

ROSCHKE, Maria Alice. **Aprendizagem e conhecimento significativo nos serviços de saúde**. (Tradução livre do original publicado no livro de EPS de Honduras). [1986?]

SANTANA, José Paranaguá de. **A função de desenvolvimento de recursos humanos no INAMPS/ MPAS**. Brasília, (mimeo). [1986?] 10p.

SANTOS, Izabel dos; SOUZA, Alina A. **Formação de Pessoal de Nível Médio pelas Instituições de Saúde**: Projeto Larga Escala, uma experiência em construção. Saúde em Debate, p. 61-64. Março/89.

SANTOS, Izabel dos. **Ensino de Nível Médio** — Perspectiva dos Serviços. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2 (4): 449-465, out/dez, 1986.

SANTOS, Marco Antonio Merechia. Dissertação de Mestrado. **As diretrizes curriculares e o currículo de graduação em medicina da Univali**: Construindo a interdisciplinaridade através de objetos fronteiriços e da epistemologia de Fleck. 2005. Dissertação de Mestrado. Univali, Itajaí, 2005.

SAUPE, Rosita; CUTOLO, Luiz Roberto Agea; SANDRI, Juliana V. de Araújo. **Construção de descritores para o processo de educação permanente em atenção básica.** Trabalho, Educação e Saúde, v.5 n. 3. p. 433-452. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Novembro 2007-Fevereiro 2008,

SAVIANI, Demerval. **Educação e questões da atualidade.** São Paulo: Cortez, 1991.

_____. O trabalho como princípio educativo frente às novas tecnologias. *In:* FERRETTI, Celso João et al (Org.). **Tecnologias, Trabalho e Educação:** um debate multidisciplinar. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 151-166.

_____. **Política e Educação no Brasil.** 4ª ed. Campinas: Autores Associados, 1999.

_____. **Educação: do senso comum à consciência filosófica.** 17ª Ed. Campinas: Autores Associados, 2007.

_____. **Escola e Democracia.** 40ª ed. Campinas: Autores Associados, 2008a.

_____. **Pedagogia Histórico-Crítica.** 10ª ed. Campinas: Autores Associados, 2008b.

SILVA, Jair Militão. Educação Escolar e Trabalho no Brasil: O ensino médio. *In:* MENESES, João Gualberto de Carvalho. (Org.). **Educação Básica:** Políticas, Legislação e Gestão – leituras. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004. p. 175-191.

SILVA, Joana Azevedo. Apresentação. *In:* **Capacitação Pedagógica de Instrutor/ Supervisor.** Área da Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 1989. p. 5.

SILVA, Tomaz Tadeu da. A nova direita e as transformações na pedagogia da política e na política da pedagogia. *In:* GENTILI, Pablo; SILVA, Tomaz Tadeu da. (Orgs.). **Neoliberalismo, qualidade total e educação:** visões críticas. 11ª ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 9-29.

SIMÕES, Anete Pereira. **Os Núcleos de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2 (4): 553-560, out/dez, 1986.

SOUZA, Marilene Proença Rebello. Políticas Públicas e Educação – desafios, dilemas e possibilidades. *In*: VIÉGAS, Lygia de Souza; ANGELUCCI, Carla Biancha (Orgs.). **Políticas Públicas em Educação & Psicologia Escolar**. 1ª ed. São Paulo: Casa Psi Livraria, Editora e Gráfica LTDA, 2006. p. 229-240.

TEIXEIRA, Carmem Fontes. Promoção da saúde e SUS: um diálogo pertinente. *In*: CASTRO, Adriana. MALO, Miguel. **SUS**: resignificando a promoção da saúde. Opas. São Paulo: Hucitec, 2006. P. 41-61.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989.

TREZZA, Maria Cristina A. Figueiredo; SANTOS, Regina Maria dos; LEITE, Josete Luzia. **Enfermagem como prática social**: um exercício de reflexão. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 61(6): 904-8, nov/dez, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000600019>. Acesso em 02 de junho de 2009.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. 1ª Ed. São Paulo: Atlas, 1987.

VIEIRA, Mônica. Recursos Humanos em Saúde. *In*: BRASIL, Isabel Pereira; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV. 2008. p. 343-347.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Frederico Dário. O Sistema Único de Saúde. *In*: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco et al (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz; São Paulo: Hucitec, 2006. p.531-558.

VASCONCELOS, Maura Moura Morita. Aspectos pedagógicos e filosóficos da metodologia da problematização. *In*: BERBEL, Neusi Aparecida Navas (Org.). **Metodologia da Problematização**: fundamentos e aplicações. Londrina: Eduel, 1999. P. 29-59.

APÊNDICES

(A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, L E M, constam em CD)

ANEXOS

(I, II e III: Impressos constam na dissertação)

(IV e V: Constam em CD)

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)