

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Flávia Marinho Duarte dos Santos

A QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL E A POLÍTICA NACIONAL
DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE:
considerações sobre o pró-saúde e o pet-saúde

Rio de Janeiro

2016

Flávia Marinho Duarte dos Santos

A QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL E A POLÍTICA NACIONAL
DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE:
considerações sobre o pró-saúde e o pet-saúde

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

Orientadora: Prof.^a Dra. Monica Vieira

Rio de Janeiro

2016

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

S237q Santos, Flávia Marinho Duarte dos
A qualificação profissional e a política nacional de educação permanente em saúde: considerações sobre o pró-saúde e o pet-saúde / Flávia Marinho Duarte dos Santos. - Rio de Janeiro, 2016.

112 f.

Orientadora: Monica Vieira

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

1. Qualificação Profissional. 2. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. 3. Trabalho. 4. Educação. I. Vieira, Monica. II. Título.

CDD 331.14423

Flávia Marinho Duarte dos Santos

A QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL E A POLÍTICA NACIONAL
DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE:
considerações sobre o pró-saúde e o pet-saúde

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

Aprovada em 12/05/2016

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Monica Vieira (FIOCRUZ / EPSJV)

Prof.^a Dra. Marise Nogueira Ramos (FIOCRUZ / EPSJV)

Prof. Dr. José Inácio Jardim Motta (FIOCRUZ / ENSP)

Dedico este trabalho a todos os trabalhadores da saúde que diariamente constroem o SUS, apesar de todas as forças contrárias a efetivação deste.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para a minha formação, enquanto profissional de saúde. A todos os serviços de saúde por onde passei, e aos usuários que me ensinaram a refletir sobre a minha prática profissional. Serei eternamente grata pela experiência de ter trabalhado durante quatro anos em serviços de emergência, onde aprendi o quão duro pode ser o sistema para as classes menos favorecidas.

Agradeço aos amigos queridos, que dividiram comigo a dor e a delícia desse processo de aprendizado, em especial aos amigos que fiz durante a residência no Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ, no período de 2007 a 2009. Aos queridos Carol Leão, Ana Aline Silva, Viviane Machado, Rita de Cássia Marcos, Mary Paixão, Roberto Boaes e Sandra Maia. Em 2017 celebraremos 10 anos de uma linda trajetória.

Agradeço aos “meus” residentes (turma 2015-2017 e 2016-2018) pelo apoio e compreensão. Leticia Diniz, Renata Vianna, Karen Casemiro e Igor Collyer, sem a colaboração de vocês seria impossível chegar a este momento.

Aos meus familiares, em especial a minha mãe, Léa Marinho, que apesar das dificuldades e limitações impostas pela vida, sempre me apoiou.

Ao meu companheiro, Leonardo Soares, uma das inspirações para seguir nesta jornada. Admiro a sua dedicação a produção do conhecimento socialmente referenciado.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde, pela possibilidade de discutir a temática com tamanha qualidade.

Agradeço, imensamente, a Monica Vieira, por sua paciência, respeito e humanidade. Agradeço por não ter desistido mesmo quando era o mais provável a fazer. Não tenho dúvidas que devo o término desse trabalho a sua paciente orientação. Agradeço pela sensibilidade nos momentos mais difíceis, e por ter dividido comigo preciosos momentos de reflexão.

RESUMO

Esta dissertação tem como objeto a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – Pneps, e a expressão desta proposta no Programa Nacional de Reorientação Profissional (PRÓ-SAÚDE) e no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE). O objetivo do estudo é analisar a noção de qualificação profissional presente na Pneps, a partir de sua manifestação nos programas (PRÓ e PET SAÚDE). A metodologia se constituiu da análise de fontes primárias e análise de fontes secundárias. Observa-se que a Política Nacional de Educação Permanente foi pensada não apenas como uma vertente pedagógica, mas sim uma política pública que norteará, a partir dos seus pressupostos, todos os programas e ações para formar e qualificar a força de trabalho em saúde. A Pneps e os seus programas de reorientação da formação profissional apontam para a dimensão da gestão como a solução dos entraves apresentados e o cotidiano dos serviços como espaço privilegiado de “aprender a aprender” e de “aprender a ser e a agir” diante das imprevisibilidades do trabalho em saúde. Essa perspectiva enfatiza a problematização como forma de ensino aprendizagem e o desenvolvimento de atributos pessoais e subjetivos como forma de adaptação a realidade instituída. Sem considerar o princípio educativo do trabalho como base da formação, não avançaremos na direção de uma formação qualificada e também comprometida com os princípios e diretrizes do SUS.

Palavras chave: Qualificação profissional. Trabalho. Educação. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

ABSTRACT

This dissertation have like theme the National Policy for Permanent Education in the Health - Pneps, and its expression by Professional Reorientation National Program (PRÓ-SAÚDE) and Program of Education by Work for Health (PET-SAÚDE). The goal of this study is to analyse the professional qualification present in Pneps, from your manifestation in these programs (PRÓ e PET SAÚDE). The methodology concern by analysis of primary sources and secondary sources. I observe that the National Policy for Permanent Education in Health was thought not only like pedagogical opinion, however a public policy that should to guide, from your principles, all programs and actions to former and to qualify the workforce in the health. The Pneps and yours programs of professional training reorientation argues about its dimension of control as the solution of obstacles showed and the daily services like favorite space "to learn to be and to act" face to unpredictabilities of the work in health. This perspective emphasizes the problematization as way of learnership and developing of personal and subjective atributes as way of adaptation to fixed reality. If we don't consider the educational principle like basis of the formation, we don't go up toward qualified formation and engaged too with the principles and directives of SUS.

Key words: Professional Qualification. Work. Education. National Policy for Permanent Education in the Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
Abrasco	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
Cadrhu	Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina
CF	Constituição Federal
CGPRH	Coordenação Geral de Políticas de Recursos Humanos em Saúde
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CIES	Comissões Permanentes de Integração Ensino-SERVIÇO
CIR	Comissões Intergestores Regionais
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNRHS	Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRTS	Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais.
DEGERTS	Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
Deneru	Departamento Nacional de Endemias Rurais
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
HU	Hospital Universitário
IDA	Programa de Integração Docente Assistencial

LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MEC	Ministério da Educação.
MNNP-SUS	Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS
MPT	Ministério Público do Trabalho
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OS	Organizações Sociais
Oscips	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PCCS	Plano de Cargos, Carreira e Salários
PCNs	Parâmetros Curriculares Nacionais
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
Proformar	Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde
ProgeSUS	Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS
Promed	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Graduação em Medicina
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação Profissional
PSF	Programa de Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
RJU	Regime Jurídico Único
Rorehs	Coordenação da Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde
SciELO	SciELO
SGTES	SGTES

SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Una- SUS	Sistema Universidade Aberta do SUS
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura
UNI	Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde — União com a Comunidade
VER-SUS	Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1 – AS CATEGORIAS DO ESTUDO	18
1.1. A RELAÇÃO ENTRE TRABALHO E EDUCAÇÃO NO CAPITALISMO	19
1.2. O CONCEITO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL COMO RELAÇÃO SOCIAL E A TRANSIÇÃO PARA A NOÇÃO DE COMPETÊNCIA.....	27
CAPITULO 2 - AS POLÍTICAS DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL	41
2.1. ANTECEDENTES	41
2.2. AS POLÍTICAS DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO GOVERNO LULA: LIMITES E CONTINUIDADES	52
2.3. A AGENDA FEDERAL PARA A SAÚDE ENTRE 2003 E 2010	59
2.3.1. As principais ações da “Agenda Positiva” do Degerts	59
2.3.2. O DEGES e a política de reorientação da formação profissional.....	64
CAPITULO 3 - A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE ...	72
3.1. CONCEITOS ESTRUTURANTES	72
3.2. O PROGRAMA NACIONAL DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE – PRÓ-SAÚDE	85
3.3. O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA SAÚDE – PET SAÚDE.....	94
CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
REFERÊNCIAS	105

INTRODUÇÃO

Este estudo pretende analisar a noção de qualificação profissional presente na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – Pneps, a partir de sua manifestação no Programa Nacional de Reorientação Profissional (Pró-Saúde) e no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde). Insere-se na linha de pesquisa *Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde*, do Mestrado em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Trata-se de pesquisa documental, na qual foram investigadas e analisadas fontes primárias e secundárias, a partir do referencial teórico metodológico materialista histórico dialético. Dessa forma, refletiu-se sobre o objeto a partir das categorias metodológicas, analíticas e de conteúdo, buscando-se trabalhar desde as categorias mais complexas e gerais até as categorias mais intrínsecas ao objeto e assim fazer a “viagem” de ida e volta que o método marxista nos propõe.

O objeto de estudo é a proposta de qualificação profissional que está sendo compreendida como uma categoria produzida pela relação entre trabalho e educação na modernidade, ou seja, a partir das relações sociais. Portanto, trata-se de uma categoria que se constrói histórica e socialmente e que em certa medida, pode expressar uma concepção de formação humana ou como o homem se faz homem na práxis. A qualificação profissional pode ser estabelecida a partir das demandas do capital, submetendo o ser humano a sua lógica de reprodução ou pode ter a perspectiva da emancipação humana. Ou seja, trata-se de um conceito em disputa, que pode cumprir o papel de fortalecer a capacidade criativa do homem potencializando a sua existência. (RAMOS, 2006, OLIVEIRA, 2011)

Ramos (2006) a partir de seu estudo, se apropriando de Schwartz (1995 e 1998) apresenta a qualificação como relação social em suas dimensões: conceitual, social e experimental. Trata-se de uma análise que nos permitirá compreender a riqueza do conceito, bem como a sua multidimensionalidade em contraposição ao modelo de competência que, como veremos no primeiro capítulo, é uma noção marcada pela imprecisão e pelo destaque das aptidões pessoais.

Contudo, a noção de competência tem sido utilizada como parâmetro para as formulações das políticas voltadas para a formação, atualização e desenvolvimentos dos trabalhadores na saúde. Nos documentos oficiais, nacionais e internacionais, ela aparece como a solução dos

problemas para a gestão dos trabalhadores ao alçar as características individuais e aptidões pessoais ao status de qualidades dominantes. Oriunda do discurso empresarial, a noção de competência reaparece nos estudos da economia e da sociologia como uma noção marcada política e ideologicamente por sua origem, e da qual está totalmente ausente a ideia de relação social, que define o conceito de qualificação. (HIRATA, 1994)

Ao analisarmos a Pneps percebemos que a referida política apresenta a defesa de mudança no perfil dos profissionais de saúde que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente com a implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que visa romper com a concepção hospitalocêntrica, médico centrada e medicalizadora da saúde. A partir desse diagnóstico propõe programas que teriam o objetivo de induzir essa mudança e formar uma nova cultura profissional. Cultura essa, que valorizaria a preservação da saúde e sua recuperação com o uso de tecnologias leves, menos onerosas e que colocariam o trabalhador como protagonistas do processo de mudança.

Tecnologias leves é um conceito trabalhado por Merhy em seu livro “Saúde a cartografia do trabalho vivo” (2007) e define um conjunto de ferramentas a serem usadas no trabalho em saúde. As tecnologias envolvidas no trabalho em saúde, de acordo com o autor, podem ser classificadas como: tecnologias leves (relações pessoais), tecnologias leve-duras (saberes estruturados que operam no processo de trabalho em saúde) e tecnologias duras (equipamentos tecnológicos). Desta forma, o trabalhador da saúde utilizaria, preferencialmente, as tecnologias leves e as leve-duras, sendo o agente fundamental na mudança do modelo técnicoassistencial a partir da participação na gestão e dos vínculos estabelecidos como os usuários do SUS. Esta fonte teórica também deu corpo a Política Nacional de Humanização (PNH) que propõe que o trabalhador reinvente seu processo de trabalho e que seja agente ativo nos processos de mudança.

O usuário do sistema como figura central e o trabalhador da saúde como meio de promover a mudança no modelo técnico assistencial, tem sido o discurso do Estado brasileiro para dar cabo as principais problemáticas apontadas pelos estudiosos da saúde e reivindicadas pela população. Neste sentido, no período analisado (2003-2010), o Ministério da Saúde (MS) financiou programas e ações como o PRÓ- SAÚDE E O PET- SAÚDE e ambos objetivam, em poucas palavras, integrar ensino e serviço, reorientar a formação profissional e qualificar a força de trabalho em saúde numa perspectiva de “evolução” do SUS. O princípio da integração ensino serviço aparece com estratégia de formação e de educação permanente, sendo considerado como

um princípio pedagógico para desenvolvimento da capacidade de produzir conhecimento. É, ainda, objetivo principal dos programas estudados na dissertação, como veremos de forma mais detalhada no terceiro capítulo.

Percebemos a importância deste estudo dissertativo, pois se trata de discutir a Pneps a partir de um viés crítico e que coloca em xeque alguns conceitos dantes apenas difundidos e pouco questionados. Se pensarmos na proposta de qualificação profissional para o nível superior, a discussão se torna ainda mais escassa. Observamos a partir de levantamento bibliográfico, que na quase totalidade, os artigos abordam experiências relacionadas aos programas (PET-SAÚDE E PRÓ-SAÚDE) muito localizadas, não raro restritas a um único curso superior ou mesmo uma única disciplina ou serviço específico. Desta forma, não tomamos conhecimento de outros estudos que fizessem análise da Pneps, a partir da perspectiva da qualificação profissional, no âmbito da educação superior.

Assim, o objetivo geral do estudo é apreender a proposta de qualificação profissional presente na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – Pneps, e a expressão desta proposta no Programa Nacional de Reorientação Profissional (PRÓ-SAÚDE) e no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE). Temos como referência a construção de possibilidades de formação humana tendo o trabalho como princípio educativo e a práxis como sua permanente busca e constituição. Partiremos da compreensão de que a qualificação profissional se produz na relação entre trabalho e educação, logo se insere no âmbito das práticas sociais. Desta forma, o conceito de qualificação profissional está relacionado com as formas de produção da existência humana. (LIMA E PEREIRA, 2009, OLIVEIRA, 2011).

Como desdobramento do objetivo geral, propomos identificar as concepções de educação e trabalho presentes na Pneps, a partir da noção de qualificação profissional como relação social. Buscou-se discutir o princípio de integração-ensino serviço apresentado como eixo de transformação da política através da educação e por último identificar até que ponto se trata de educação permanente ou gerenciamento permanente em saúde, levando em consideração o estudo dos programas.

O percurso metodológico escolhido parte da consulta às fontes primárias, através dos documentos oficiais, portarias, leis, decretos, e documentos de referência dos programas e da

Pneps. Entendemos que os documentos oficiais nos fornecem informações de grande valia para julgarmos de onde as propostas estão partindo, sua orientação, sua visão de mundo. De acordo com Evangelista,

Os documentos disseminam afirmações sobre o mundo em que vivemos que tanto pretendem oferecer representações únicas sobre a realidade como têm a intenção de trazer soluções idealizadas para problemas diagnosticados. Convém observar que qualquer discurso, ao enfatizar determinados objetos e certos conceitos, omite outros. (BALL apud EVANGELISTA, 2004 p. 18).

As fontes secundárias nos possibilitaram o acesso às produções referentes à temática escolhida. Para tanto, consultamos livros, artigos e dissertações. Nas bases de dados on-line SciELO (Biblioteca Científica Eletrônica em Linha) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), pesquisamos os artigos utilizando os seguintes descritores: educação permanente, educação permanente em saúde, Pró-Saúde, Pet- Saúde e integração ensino-serviço. O período da pesquisa compreende os anos de 2003 a 2010.

Como já dito anteriormente, o estudo tem como orientação teórica a perspectiva crítica o que nos traz o desafio de articular as categorias próprias do método dialético com as categorias que convencionamos chamar de analíticas que não são próprias do método, porém tem relações com o mesmo. Kuenzer (1998) chama atenção para a importância de estabelecer delimitações conceituais em torno de categorias que articulem a dimensão teórica com a dimensão prática. Como já afirmava Marx (2007) nas teses sobre Feuerbach (II), o critério de verdade da teoria é seu caráter prático, sua eficácia para a compreensão e para a intervenção na realidade. A autora sustenta ainda, que o conhecimento produzido terá caráter prático, fornecendo os necessários elementos para a compreensão e intervenção na realidade, se a metodologia utilizada para a sua produção desde o início articular os momentos de reflexão teórica e de inserção empírica.

Algumas categorias são fundamentais para a produção de conhecimento, a partir dos pressupostos teóricos contidos na produção marxiana. Categorias ontológicas como: historicidade, totalidade, contradição e mediação dão corpo ao método marxista em sua função social de conhecer para transformar. Nesta perspectiva, os princípios que explicam o processo de desenvolvimento social podem ser sintetizados em tal método (MINAYO, 2010).

A dimensão da historicidade na teoria marxista evidencia que as relações sociais, a formação econômica e os modos de produção, ou seja, a dinâmica do real na efervescência da

sociedade, não é considerada um conjunto de fatores naturais e positivos. (Minayo, 2010; Ramos, 2010). Ainda de acordo com Ramos, (2010) a “essência humana” é produzida historicamente no processo de transformação e apropriação da natureza para si, com outros homens. Desta forma, a natureza do homem enquanto ser é histórico. Ao agir sobre o mundo os homens vão conhecendo-o, transformando-o e, ao mesmo tempo, vão se transformando. Assim, a vida social vai se efetuando como processo histórico – construído, e não dado imediato pela imposição da natureza. (ARAÚJO, 2002, p. 02, SAVIANI 1994, p.148). A historicidade nos apresenta as possibilidades de transformação da realidade.

A dominação geral e determinante do todo sobre as partes, que entendemos por totalidade, é a essência do método que Marx assumiu a partir de Hegel¹ e, de maneira original, transformou na base de uma ciência totalmente nova (BOTTOMORE, 2001). A partir de Hegel e baseado no conceito de dialética, Marx vai contrastar as concepções metafísica e formalista, que tratam a totalidade como abstrata, intemporal e, portanto, inerte – na qual as partes ocupam uma posição fixa num todo inalterável –, o conceito dialético de totalidade é dinâmico, refletindo as mediações e transformações abrangentes, mas historicamente mutáveis, da realidade objetiva. Tratar o objeto a partir da totalidade é perceber as mediações da realidade entre a realidade e o objeto estudado.

¹ Na filosofia de Hegel, o conceito de totalidade tem importância central. Como “totalidade concreta”, com suas diferenciações internas, ela constitui o início do progresso e do desenvolvimento (Hegel, 1812, Vol.II; 1929, p.472). O resultado do desenvolvimento é o “todo idêntico a si mesmo” (1920, p.480) que recobre a imediatez original na forma de “determinação transcendente”, através do “sistema de totalidade” (1929, p.482). Portanto, a pura imediatez do Ser, na qual a princípio toda determinação parece ter sido extinta ou omitida pela abstração, é a Ideia que alcançou sua auto igualdade adequada através da mediação – isto é, através da transcendência da mediação. O método é o Conceito puro, que só se relaciona consigo mesmo; é, portanto, a simples auto relação que é o Ser. Mas agora é também o ser realizado, o Conceito auto abrangente, o Ser como *totalidade* concreta e também plenamente *intensiva*. (Hegel, 1929, p.485)

Assim, o conceito hegeliano de totalidade é ao mesmo tempo o núcleo organizador do *método* dialético e o critério de verdade. Este último aspecto é vigorosamente ressaltado por Lenin quando este, em 1916, elogia Hegel nos termos seguintes: a *totalidade* de todos os aspectos do fenômeno, da realidade e de suas *relações* recíprocas – isto é, daquilo de que a *verdade* é composta. As relações (= transição = contradições) de noções = o conteúdo principal da lógica, pelas quais esses conceitos (e suas relações, transições, contradições) são mostrados como reflexos do mundo objetivo. A dialética das coisas produz a dialética das ideias, e não o inverso. Hegel percebeu de forma brilhante a dialética das coisas (fenômenos, o mundo, a natureza) na dialética dos conceitos. (Lênin, 1961, p.196) (BOTTOMORE, 2001, p.381)

A contradição é uma categoria que envolve a lei da negação da negação, lei das transformações das mudanças quantitativas em qualitativas. De acordo com Kuenzer (1998) nada existe no mundo que não seja um estado intermediário entre o ser e o nada, mas não como mistura, mas enquanto relação ativa de contrários em busca de superação. A contradição é a categoria fundamental na lógica dialética. O método é dialético porque trabalha e elabora os conceitos expondo as suas contradições e mediações. De acordo com Bottomore (2001)

É o método que permite ao pensador observar o processo pelo qual as categorias, noções ou formas de consciência surgem uma das outras para formar totalidades cada vez mais inclusivas, até que se complete o sistema de categorias, noções ou formas como um todo. O pensamento “dialético”, em contraste com o “reflexivo”, apreende as formas conceituais em suas interligações sistemáticas, e não apenas em suas diferenças determinadas, concebendo cada evolução como produto de uma fase anterior menos desenvolvida, cuja verdade ou realização necessária ela representa. (BOTTOMORE, 2001, p. 102)

Essas são as categorias que vão moldar o método de estudo em Marx. O interessante de perceber é que na teoria marxiana a busca de entendimento de uma categoria sempre nos remete a outra e assim vamos desvelando, decompondo e analisando o real. Até porque, todo ser, por mais singular que pareça, é um complexo e tem uma totalidade. (ARAÚJO, 2002)

Contudo, precisamos de categorias que instrumentalizem nosso pensamento, ou a nossa análise, para tecer críticas ao objeto. Tais categorias não são do método, porém tem relações com este. Neste trabalho, trata-se de pensar na qualificação profissional como relação social e no trabalho como princípio educativo.

Kuenzer (1998) destaca ainda as categorias de conteúdo que são categorias fundamentais desdobradas e extraídas do conteúdo do objeto. As categorias de conteúdo podem ser entendidas como aquelas que aplicam as expressões das leis universais ao particular. São determinadas a partir dos objetivos da pesquisa e passíveis de serem detalhadas em subcategorias. Neste estudo as competências e habilidades, a formação profissional e a integração ensino- serviço podem ser considerados como categorias de conteúdo. Tais categorias nos ajudarão a entender e a apreender a proposta de qualificação profissional contida na Pneps, a partir os seus programas.

A partir de Ramos (2010), Lima (2006), Vieira (2006) discutiremos o princípio da integração ensino-serviço, levando em consideração a pedagogia das competências e a política Pneps, tentaremos responder algumas questões: a Pneps representa um modelo de gestão da educação em saúde ou um modelo de gerenciamento do trabalho na saúde? O princípio da

integração ensino serviço na atual conjuntura da saúde, fortalece a unidade teoria-prática ou subordina a teoria à prática através do uso excessivo e autocentrado das metodologias?

Para tentar responder as questões apresentadas, a dissertação foi estruturada em três capítulos. No primeiro capítulo apresentamos a fundamentação teórica do estudo. Discorremos sobre as categorias já apresentadas com o intuito de delimitar de onde estamos partindo e sobre o conceito de qualificação profissional que defendemos, a partir do marco teórico de referência.

No segundo capítulo apresentamos a Pneps e seus principais programas PRÓ-SAÚDE e PET- SAÚDE. A Pneps é formulada como uma resposta aos diagnósticos feitos por especialistas da área de que havia um descompasso entre a formação dos profissionais para a atuação no SUS e as demandas sócio-epidemiológicas do sistema. Tais críticas também eram apontadas pela população que demandava por um melhor atendimento nas unidades de saúde. A Pneps centra na formação pelo trabalho como metodologia educacional para conceber um perfil profissional condizente com as necessidades do SUS (Andrade, 2015). O capítulo aborda as mudanças políticas e a reconfiguração do Ministério da Saúde (MS) para então discutir a formulação dos programas.

No terceiro capítulo faremos a análise do objeto de estudo propriamente dito. Discutimos, a partir dos documentos oficiais, das fontes primárias e secundárias e das pesquisas nas bases de dados, as categorias de conteúdo e os conceitos que tem afinidade com a proposta de qualificação profissional. Identificamos as concepções de educação e trabalho contidas nestes documentos e seus limites e possibilidades para a efetivação de uma qualificação profissional para o trabalho em saúde. Proposta essa que leve em consideração a realidade objetiva e as bases materiais que interferem na constituição da subjetividade do trabalhador.

Nas considerações finais retomamos as principais questões do estudo e apontamos a necessidade de aprofundar determinados aspectos como forma de dar continuidade à análise da temática.

1

AS CATEGORIAS DO ESTUDO

O conceito de qualificação empregado neste estudo parte da referência a sociologia do trabalho francesa. Autores como George Friedmann e Pierre Naville são fundamentais para a discussão sobre a qualificação.

Desde os meados do século XX a qualificação tem se estabelecido como um importante conceito para explicar as transformações nos modelos de produção, suas consequências para o mundo do trabalho e, conseqüentemente, para o desenvolvimento humano.

O conceito adquire ainda mais destaque na medida em que se acredita que seja ele um dos fatores determinantes para a produtividade e a competitividade. Da mesma forma que a dimensão cognitiva e comportamental alça status de excelência no modelo flexível dos processos de trabalho, os chamados aspectos informais e subjetivos da qualificação se destacam. Como indica Tartuce (2002,2004) os discursos sociológicos sobre trabalho e qualificação utilizam alguns termos como autonomia, iniciativa, responsabilidade e criatividade. Percebe-se que o próprio conceito de qualificação tem sido questionado e substituído pela noção de competência, que a partir desses discursos teria a capacidade de expressar melhor essa etapa complexa dos processos de trabalho. A noção de competências reivindica para si a capacidade de dar conta das características subjetivas tão valorizadas pelo mercado de trabalho.

Assim como Tartuce (2004) compreendemos que a qualificação está relacionada tanto ao mundo do trabalho como ao mundo da educação. Podemos afirmar a partir da referida autora que há uma correspondência entre o sistema educativo, o sistema produtivo e o sistema social. Para analisar a qualificação deve se levar em consideração o contexto histórico, social, cultural, político e econômico de uma dada sociedade.

Desta forma, discutir as categorias trabalho e educação pode nos ajudar a entender o conceito de qualificação profissional como está posto na atualidade e a transição para o modelo de competências. Entendendo que as práticas sociais sofrem as mudanças nos diferentes estágios

de desenvolvimento do sistema capitalista. De um processo comunal onde produzir e aprender estão no mesmo espaço e tempo, chega-se a flexibilização de todo o processo de produção e de valorização de características pessoais que possam elevar a capacidade de resolução máxima das demandas apresentadas ao trabalhador, como veremos nos tópicos seguintes.

1.1 A RELAÇÃO ENTRE TRABALHO E EDUCAÇÃO NO CAPITALISMO

Trabalho e educação são atividades especificamente humanas. O ato de agir sobre a natureza transformando-a em função das suas necessidades é o que conhecemos por trabalho. A essência do homem não é uma dádiva e nem é natural, ela é produzida pelos próprios homens na busca da satisfação das suas necessidades. A essência humana é um feito humano. É um trabalho que se desenvolve, se aprofunda e se complexifica ao longo do tempo como nos mostra Saviani (2007) e Ramos (2010), logo é um processo histórico. O trabalho transforma a natureza e aquele que trabalha, porque não sendo uma dádiva natural o homem não nasce sabendo produzir. Ele precisa aprender a sua essência, precisa aprender a produzir e nesse processo de produção, que é ao mesmo tempo a formação do homem, o homem se educa. Pelo trabalho faz-se homem, educa-se e transforma-se. A relação entre trabalho e educação é uma relação de identidade.

Neste momento histórico no qual os homens apropriavam-se coletivamente dos meios de sua existência. O trabalho permitia não apenas a satisfação das necessidades mais imediatas do homem como também criava utilidades que acrescentavam algo à natureza. Desta forma, o homem trabalhador podia perceber a concretude de seu trabalho. O trabalho aqui não é apenas uma atividade econômica separada de outras esferas da vida social. Ao contrário, neste período as atividades de trabalho estão integradas a família, a comunidade e ao lazer. Como bem notam Tartuce (2002) e Frigotto (1998), o trabalho é o ato fundador da vida social e da realização de si, é um processo que permeia todo o ser humano e constitui a sua especificidade.

Saviani (2007) registra que essas são as bases fundamentais da dupla determinação do trabalho, seus fundamentos histórico-ontológicos que estabelecem uma relação direta com a educação. Ontológico porque o produto dessa ação é o próprio ser dos homens e histórico porque é referido a um processo que, ao longo do tempo, organizou relações sociais de produção da vida. Identificamos assim, a origem da educação que coincide com a origem do próprio homem.

Contudo, o conceito de trabalho com o conhecemos hoje é fruto da modernidade, ou seja, ele é resultado das transformações da sociedade. No momento em que o desenvolvimento da produção conduz a divisão do trabalho², a apropriação privada da terra, deixamos para trás a ideia de produção comunal com domínio de todo o processo produtivo. O principal meio de produção até então era a propriedade e com a privatização do seu uso, alguns detêm os meios de produção e outros a força de seu trabalho. A sociedade se divide em classes sociais: a dos proprietários e a dos não proprietários dos meios de produção. O valor dos produtos passa a não ser exclusivamente a sua utilidade ou o seu valor de uso. Eles não representam mais o meio de subsistência do produtor, os produtos agora possuem valor de troca e dessa forma se tornam mercadorias³. Como assinala Ramos (2006) as relações de produção, agora, constituem-se em relações de produção de mercadorias.

Recuperando o início desse texto, é o trabalho que define a essência humana. A partir da divisão da sociedade em classes para trabalhar o homem precisa vender a sua força de trabalho, oferece-la como uma mercadoria. Sendo assim, o homem se converte de sujeito a objeto. Entretanto, o advento da propriedade privada tornou possível aos que detêm os meios de produção viver do trabalho alheio, logo tornou possível a classe dos proprietários viver sem trabalhar.

² Marx define a divisão social do trabalho como “a totalidade das formas heterogêneas de trabalho útil, que diferem em ordem, gênero, espécie e variedade” (O Capital, I, cap. I). A seguir, assinala que a divisão do trabalho é uma condição necessária para a produção de mercadorias pois, sem atos de trabalho mutuamente independentes, executados isoladamente uns dos outros, não haveria mercadorias para trocar no mercado. Mas a recíproca não é verdadeira: a produção de mercadorias não é uma condição necessária para a existência de uma divisão social do trabalho; mesmo as com unidades primitivas já conheciam a divisão de trabalho, mas seus produtos nem por isso se convertiam em mercadorias. De modo semelhante, a divisão do trabalho dentro de uma fábrica não é o resultado da troca, entre trabalhadores, dos seus produtos individuais. Isso sugere que há duas divisões de trabalho inteiramente diversas a serem consideradas. Primeiro, há a divisão social do trabalho, entendida como o sistema complexo de todas as formas úteis diferentes de trabalho que são levadas a cabo independentemente umas das outras por produtores privados, ou seja, no caso do capitalismo, uma divisão do trabalho que se dá na troca entre capitalistas individuais e independentes que competem uns com os outros. Em segundo lugar, existe a divisão de trabalho entre trabalhadores, cada um dos quais executa uma operação parcial de um conjunto de operações que são, todas, executadas simultaneamente e cujo resultado é o produto social do trabalhador coletivo. Essa é uma divisão de trabalho que se dá na produção, entre o capital e o trabalho em seu confronto dentro do processo de produção. Embora essa divisão do trabalho na produção e a divisão de trabalho na troca estejam mutuamente relacionadas, suas origens e seu desenvolvimento são de todo diferentes. (BOTTOMORE, 2001, p.112)

³ Forma social que adquirem os produtos do trabalho humano na sociedade mercantil capitalista. Um objeto é mercadoria, se além de ter valor de uso (utilidade), possui valor. Só é mercadoria o que se produz para vender, não para se consumir diretamente. Na mercadoria, estão encerradas as potenciais contradições antagônicas do capitalismo. (KOHAN, Néstor. Dicionário Básico das Categorias Marxistas. Disponível em: <<http://pcb.org.br/portal/docs1/texto3.pdf>> Acesso em: 06 de março de 2016).

Note que a mudança expressa pela nova realidade no mundo do trabalho, da mesma forma, atinge diretamente a educação. Anteriormente o homem se formava no processo do seu trabalho, alterava a natureza e se transformava. A divisão dos homens em classe irá provocar uma divisão também na educação. Saviani (2007) mostra que a partir do escravismo antigo, passamos a ter duas modalidades distintas e separadas de educação: uma para a classe proprietária, identificada com a educação dos homens livres, e outra para a classe não proprietária, identificada com a educação dos escravos e serviçais.

Esta cisão coloca a classe que vive do trabalho alheio e possui os meios de produção, centrada nas atividades intelectuais, que refletem sobre a vida e a nossa existência. Procura dar conta do conhecimento produzido pela humanidade e exalta a arte das palavras formando os grandes oradores que conduzirão os demais. O segundo grupo tem a sua educação assimilada ao próprio processo de trabalho.

A primeira modalidade de educação deu origem a escola. Neste momento, a escola era o lugar para quem tinha tempo livre, logo, para aqueles que viviam do trabalho alheio e que possuíam os meios de produção. Neste espaço desenvolveu-se uma forma de educação que se contrapunha a educação inerente ao processo produtivo. Esta pode ser considerada a origem da escola. SAVIANI (2007)

Saviani (2007) chama a atenção para as correlações entre o processo de institucionalização da educação, o processo de surgimento das classes sociais e o aprofundamento da divisão do trabalho. Em associação, esses conjuntos de ações descaracterizam o modo de produção⁴ coletivo de produção da existência humana e a educação dessa sociedade que consistia uma ação espontânea. Essa divisão vai resultar numa educação cindida em que um modelo servirá as classes dominantes e outro, absolutamente diferenciado, para a classe dominada.

A relação entre trabalho e educação sofre as determinações dos modos de produção capitalista e impactará diretamente as relações sociais. As especificidades da relação entre

⁴ Conjunto articulado de relações sociais de produção. Os diversos modos de produção permitem periodizar a história humana. Segundo a teoria marxista da história, cada um deles expressa as relações sociais em sua máxima pureza e em seu conceito essencial. Nas sociedades empíricas e concretas, as relações sociais nunca se dão de forma pura, na verdade estão combinadas com relações de outros modos de produção (sempre há um que predomina sobre os demais). (KOHAN, Néstor. Dicionário Básico das Categorias Marxistas. Disponível em: <<http://pcb.org.br/portal/docs1/texto3.pdf>> Acesso em: 06 de março de 2016).

trabalho e educação no capitalismo nos remetem a refletir sobre a produção de bens e valores a partir da transformação, criação e recriação da natureza, mas também do acúmulo de conhecimento que acontece nesse processo. O homem transforma a natureza e é transformado. Na busca de conhecer para transformar os fenômenos sociais e naturais o homem produz conhecimento, logo como indica Ramos (2010) a ampliação das capacidades, das potencialidades e dos sentidos humanos constitui o processo histórico de produção científica e tecnológica.

O conhecimento produzido nas sociedades pré-capitalistas era organizado e administrado pelos próprios trabalhadores que tinham o controle de todo o processo de trabalho. O artesão participava ativamente e diretamente desde a escolha da matéria prima a ser utilizada, passando pelo conhecimento gerado e ensinado aos seus pares, até a troca deste produto por outro que ele necessitasse para a sua subsistência. Com o advento da sociedade capitalista temos outra configuração do modo de produção, assim como do processo de trabalho. Como observamos em Ramos (2010) o conhecimento passou a ser exigido apenas pela produção combinada em seu conjunto, separando-se do trabalhador individual, assim como dele se separa o próprio produto e seu valor de uso. Ou seja, a própria utilidade para quem o produz.

O trabalho divide-se entre trabalho intelectual e trabalho manual e como assinala Ramos (2010) ocorre a divisão entre as esferas do conhecimento e da produção; da ciência e da técnica; da teoria e da prática. Como consequência da divisão entre trabalho manual e intelectual parte dos trabalhadores não são considerados, porque não precisam refletir sobre o seu próprio processo de trabalho. Deles não serão exigidos mais conhecimentos do que aqueles estritamente necessários para a realização de operações simples. O trabalho mais complexo será realizado por uma força de trabalho mais rebuscada. Nesse grupo será investido recursos para que a partir da formação desenvolvam o trabalho mais complexo, porque lhe será exigido mais do que conhecimentos elementares.

Os avanços nas relações capitalistas de produção impõem mudanças na dimensão do trabalho que por sua vez refletem na educação. O ritmo de trabalho acelerado altera a rotina, os costumes e hábitos da população. A escola desempenha o papel fundamental de incorporar valores como disciplina, ordem, pontualidade, separando as dimensões de produção da subsistência, lazer e formação para o trabalho que antes o trabalhador administrava com a sua família. Essas transformações caracterizarão a separação do trabalho do trabalhador, da aprendizagem do exercício do trabalho. Os filhos dos trabalhadores não mais aprenderão no

próprio local de trabalho como dantes, as escolas desempenharão o papel de formar a mão de obra necessária para ocupar os postos de trabalho. A formação para o trabalho passa a significar a formação profissional.

O trabalho assume na acepção moderna relação direta com as atividades inseridas na produção e que visam acumulação. Nessa forma histórica e socialmente construída o trabalho, segundo Tartuce (2002) torna-se sinônimo de trabalho assalariado, coletivo, fabril, ocupado por homens, na esfera pública, enfim emprego⁵, o exercício da atividade econômica dentro da divisão social e técnica do trabalho por meio de uma profissão.

Dada a dimensão da categoria trabalho, esta assume uma posição central na produção dos principais autores da sociologia, a saber, Karl Marx, Max Weber e Émile Durkheim, como observamos em Tartuce (2002),

[...] resumidamente, o propósito genérico da construção teórica na sociologia é o da formulação dos princípios gerais que moldam a estrutura da sociedade, programam sua interação ou seus conflitos, comandam o sentido do seu desenvolvimento e conduzem a autoimagem do seu presente e do seu futuro. Observando as respostas a tais indagações quanto aos princípios de organização das estruturas e dinâmicas sociais, elaboradas no período entre o fim do século XVII e o término da 1ª guerra mundial, não será difícil concluir que o trabalho assume uma posição estratégica nesses projetos da teoria social. O modelo de uma sociedade burguesa voltada para a atividade econômica, dedicada ao trabalho, impulsionada por sua racionalidade e abalada pelos conflitos trabalhistas, é o centro das pesquisas de Marx, Weber e Durkheim - apesar das divergências na abordagem metodológica e nos resultados teóricos. (OFFE apud TARTUCE, 2002, p.11)

Esses autores, considerados os mais importantes da sociologia refletem sobre as consequências da modernidade para a categoria trabalho. Destacam que se por um lado o trabalho é integrador e fonte de riqueza ele assume ao mesmo tempo, formas degradantes de desenvolvimento. É em Marx que a forma aviltada do trabalho sob o modo de produção capitalista, que como afirmamos anteriormente impacta diretamente na educação, será exposta de

⁵ A noção de emprego - e de seu correlato: o desemprego - surge no final do século XIX, quando a segunda revolução industrial joga nas ruas uma multidão de “vagabundos e miseráveis” que se vê desprovida da antiga proteção da família e da comunidade, base da qual retirava suas condições de reprodução e existência. É nesse momento que se colocam as premissas da proteção social, mas é somente no século XX que a noção de emprego se estende para todas as formas de atividades remuneradas, assalariadas ou não; também remunerado. O emprego refere-se, antes e tudo, ao lugar que uma pessoa ocupa no mercado de trabalho, ao fato dela estar submetida a uma atividade remunerada, à relação que a une a uma organização, num contexto que é construído fora e antes dela e que lhe fornece garantias e proteção coletivas. Dito de outro modo, o emprego é o conjunto de modalidades de entrada e saída do mercado de trabalho, assim como a tradução da atividade de trabalho em termos de estatuto social. (FOUQUET, 1998, DADOY, 1989 apud TARTUCE, 2002, p.10)

forma mais enfática. Na análise de Tartuce (2002) Marx defende o trabalho como uma satisfação em si, a valorização está no potencial do homem se integrar e se realizar pelo trabalho. Já em Weber, nas palavras da autora, a valorização do trabalho como produto das mentalidades, mostra o trabalho como um dever moral, como um fim em si mesmo, tornando-o assim fragmentado, como criticava Marx. Fazendo um contraponto entre os autores, Marx aponta que no modo de produção capitalista o objetivo é a produção de mais valia e a acumulação, existindo uma dependência dos indivíduos em relação ao sistema, expressa na relação de classes, na perspectiva weberiana a dependência seria pela dominação da racionalidade e apenas Durkheim via a dependência e a divisão do trabalho não como fatores de dominação, mas como promotores de solidariedade. TARTUCE (2002)

Fato é que em pleno século XX, os aspectos associados ao trabalho descritos pelos autores estavam presentes na realidade dos trabalhadores. No sistema fordista o trabalho ainda que submetido a métodos de organização que realçavam a alienação⁶ estudada por Marx, também era possível identificar, como nos mostra Tartuce (2002) a moral condizente com a ética do trabalho analisada por Weber e em alguma medida a solidariedade descrita por Durkheim.

Para Harvey (2007), Tartuce (2002) e Souza (1999) o sistema fordista é mais do que um modelo de organização do processo de trabalho. Trata-se de um modo de desenvolvimento que marca uma fase de desenvolvimento do capitalismo em países do centro: os anos de prosperidade sem precedentes do sistema pós-guerra, assentado sobre o pacto entre trabalho, capital e Estado. Nas palavras de Harvey

O fordismo do pós-guerra tem de ser visto menos como um mero sistema de produção em massa do que como um modo de vida total. Produção em massa significava padronização do produto e consumo de massa, o que implicava toda uma nova estética e mercadificação da cultura que muitos neoconservadores mais tarde considerariam prejudicial à preservação da ética do trabalho e de outras supostas virtudes capitalistas.

⁶ Processo histórico-social no qual o produto do trabalho humano torna-se independente, se autonomiza, escapando ao controle racional e virando-se contra seu criador. Apesar de, etimologicamente, —alienação possuir uma origem psicológica, Marx utilizou o termo também no seu aspecto econômico, ao se referir à alienação no trabalho e suas consequências no cotidiano das pessoas. Marx também observou a alienação da sociedade burguesa – o fetichismo. Hegel define —alienação como —o outro distinto de si mesmo. Em Hegel, seu conteúdo não é negativo. Em Marx, sim. Expressa o estranhamento, a separação e a fragmentação do ser humano. Algo está alienado quando já não mais nos pertence. (KOHAN, Néstor. Dicionário Básico das Categorias Marxistas. Disponível em: <<http://pcb.org.br/portal/docs1/texto3.pdf>> Acesso em: 06 de março de 2016).

O fordismo também se apoiou na, e contribuiu para a estética do modernismo de maneira muito explícitas, enquanto as formas de intervencionismo estatal (orientadas por princípios de racionalidade burocrático-técnica) e a configuração do poder político que davam ao sistema a sua coerência se apoiavam em noções de uma democracia econômica de massa que se mantinha através de um equilíbrio de forças de interesse especial. (HARVEY, 2007, p. 131)

Ford, se utilizando das inovações tecnológicas e organizacionais, conseguiu uma detalhada divisão do trabalho e com isso conquistou ganhos na produtividade. Suas ideias seminais se expressam na separação entre a concepção e a execução, fragmentando o processo de trabalho. Contudo, foi necessário lançar mão das ideias de Frederik W. Taylor em seu texto “Os princípios da Administração Científica”, para que Ford radicalmente aumentasse a sua produtividade através da decomposição de cada processo de trabalho em movimentos componentes e da organização de tarefas fragmentadas, como destaca Tartuce (2002).

O movimento iniciado por Taylor no final do século XIX procurava aplicar “métodos científicos” ao processo de trabalho visando a sua otimização; mais especificamente, visava aplicar “métodos racionais” aos problemas complexos e crescentes do controle do trabalho nas empresas capitalistas em rápida expansão – quando se dá a passagem do capitalismo concorrencial para o monopolista, isto é, quando se inicia a organização da indústria em monopólios. (TARTUCE, 2002, p. 13)

Ainda sobre o sistema fordista e o taylorismo com base em Tartuce (2002) podemos afirmar que

Ford introduz a cadeia de montagem, cuja principal característica é a fixação do posto de trabalho. Ford racionaliza a detalhada divisão técnica do trabalho idealizada por Taylor: o ritmo e o movimento do trabalhador passam a ser controlados pela própria máquina (e não apenas pela organização do trabalho), o que reduz a porosidade do trabalho e aumenta a produtividade de maneira brutal.[...] A proposta de Taylor se baseia na performance individual, enquanto Ford – se fundamenta na socialização do ritmo de trabalho, já que todos os trabalhadores se submetem à velocidade de uma mesma correia transportadora. (Ibid., p. 14)

Harvey (2007), quando trata da diferença marcante entre o sistema fordista e o taylorismo, acrescenta que

o que havia de especial em Ford (e que, em última análise distingue o taylorismo do fordismo) era a sua visão, seu reconhecimento explícito de que produção em massa significava consumo de massa, um novo sistema de reprodução da força de trabalho, uma nova política de controle e gerência do trabalho, uma nova estética e uma psicologia. (HARVEY, 2007, p. 121)

A partir das leituras de Coriat (1994), Tartuce (2002) destaca que o cenário de organização de uma nova ordem industrial, exige uma nova maneira de trabalhar, onde a insubordinação e a indisciplina dos trabalhadores torna-se um obstáculo a ser superado. Note que o sistema fordista/taylorista é profundamente marcado pela dimensão técnica. Pode-se afirmar que o taylorismo é uma resposta do capital a resistência dos trabalhadores em aceitar a destruição de seu modo de trabalhar, de sua autonomia e da sua mobilidade em função de um progresso técnico que atende as demandas do modo de produção capitalista. Todas estas mudanças na organização técnica do trabalho não acontecem sem resistência por parte dos trabalhadores. As resistências se davam porque os trabalhadores perceberam que o novo sistema de trabalho lhes tirava o controle do seu próprio tempo.

Neste contexto, a educação da classe trabalhadora é voltada para satisfazer as necessidades impostas pelo progresso técnico e as mudanças técnico-organizacionais, que estão diretamente ligadas às demandas do modo de produção capitalista. Em Ramos (2006) podemos observar que uma das características do modelo taylorista-fordista de organização da produção é a classificação dos processos de preparação da força de trabalho que vai reorganizar o ensino, seja ele formal (escolas) seja por ações diretas das empresas. A qualificação profissional ganha corpo como conceito e apresenta sentidos diversos neste momento como veremos um pouco mais a diante.

Cabe ressaltar que cada país estabelecia a seu modo as políticas de investimento público, de bem-estar social e de gerenciamento das relações de trabalho. Logo se faz necessário levar em consideração as especificidades de cada país na análise do fordismo, tanto na acepção mais ampla como na mais circunscrita à esfera produtiva.

O núcleo essencial do fordismo se manteve robusto até o início da década de 1970, baseado na produção em massa. Conforme nos mostra Antunes (2007) e Souza (1999), o modelo baseava-se num pacto entre capital, trabalho e Estado⁷ (keynesianismo) que mantinha o padrão da

⁷ No Pacto fordista o Estado entra como terceiro ator, fazendo a mediação entre as duas pontas desse compromisso. O Estado é o gestor da relação entre as forças de trabalho e acumulação do capital. O keynesianismo consiste na ação do Estado de forma ativo e intervencionista. O Estado é o investidor, supre a deficiência, a falta de absorção da demanda, por meio de uma vigorosa política de consumo e de investimentos públicos, como promotor da justiça social inaugura o Estado de Bem Estar Social ou Estado Previdência. Ator central para viabilizar o maior e mais contínuo crescimento experimentado pelos países do centro, revertendo o impacto cíclico das crises. Inicia-se, então, a estruturação de um sistema de relações entre capital, trabalho e Estado ancorado no crescimento, o desenvolvimento do Estado de Bem-Estar Social, com a consequente melhora no padrão de vida da população e, de

população dos países capitalistas centrais estável e os lucros dos monopólios também. Contudo, a aguda recessão a partir de 1973 deflagra a crise no sistema fordista no polo que é externo a produção, isto é, na demanda e no consumo. Com a recessão, a crise do petróleo e a mudança no paradigma produtivo o sistema fordista se torna obsoleto a partir de uma de suas bases. A produção em massa, de forma rígida e estandardizada se esbarra em mercados saturados.

O paradigma da especialização flexível surge como resposta e reorganização do capital frente a crise do fordismo e conseqüentemente o desmonte do Estado de Bem-Estar Social. Souza (1999) e Tartuce destacam que a fluidez e amplitude dos processos são características do novo paradigma. A saturação dos mercados e seus novos padrões de exigências são pontos de partida e eram tidos como pontos nodais no sistema fordista. Como proposta o novo modelo apresenta máquinas e ferramentas flexíveis e advoga por trabalhadores flexíveis que sejam capazes de se deslocar dos seus postos, de suas tarefas, buscando uma aproximação de todas as etapas do processo produtivo. Para atender a essa nova etapa do modo de produção capitalista é preciso qualificar o trabalhador para o trabalho flexível e coletivo, permitindo que a sua educação o prepare, o qualifique para as múltiplas tarefas. Nesse contexto em que o trabalho, mesmo alienado, é considerado atividade fundante da vida social e da identidade coletiva e reconhecido como principal propulsor do desenvolvimento capitalista que novas exigências são requeridas ao trabalhador para contenção e resposta a crise do capital. De acordo com Tartuce (2002) a qualificação do trabalho também adquire centralidade, um papel fundamental não só na teoria, como na prática social.

1.2 O CONCEITO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL COMO RELAÇÃO SOCIAL E A TRANSIÇÃO PARA A NOÇÃO DE COMPETÊNCIA

Retomando o esforço de definir o conceito de qualificação profissional podemos afirmar segundo Tartuce (2002 e 2004), Vieira (2013), Ferreti (2004) e Ramos (2006) que se trata de um

outro, a estabilidade do nível da demanda, garantindo a lucratividade para o capital e a diminuição dos seus riscos. (TARTUCE, 2002, p. 16)

conceito polissêmico e multidimensional⁸, situado no âmbito das preocupações da sociologia do trabalho francesa, com destaque para a produção dos autores Georges Friedman e Pierre Naville. O conceito moderno de qualificação profissional toma vulto a partir do momento em que o modo de produção capitalista promove a separação entre formação e trabalho, entre a aprendizagem do trabalho e a prática do trabalho, impondo que os trabalhadores busquem se qualificar para atender as novas demandas apresentadas.

A forma de estruturar o conhecimento e a sua relação com outras instâncias também é afetada, transformando-se o saber, a posse de uma qualificação, em uma propriedade tipicamente moderna. Como indica Ramos (2006) a aprendizagem não ocorrerá mais diretamente ou exclusivamente no próprio local de trabalho, a escola assume não só o papel de socialização como o de transmissão do saber técnico. Além disso, a escola voltada para a formação dos trabalhadores não se ocupava apenas com a questão disciplinar, mas sim de conferir ao trabalhador o domínio de um ofício. A organização do ensino tem em vista o modo de organização do trabalho.

Observamos que Ferreti (2004) Ramos (2006) e Tartuce (2002,2004) localizam no período histórico em que se desenvolveu e predominou a forma taylorista-fordista de produção capitalista um olhar para a qualificação profundamente marcado pela dimensão técnica, a chamada “administração científica do trabalho”, o que leva os autores Friedman e Naville a estudá-la como objeto principal.

Friedmann é considerado o “pai fundador” da sociologia do trabalho francesa. Em seus estudos observou a dinâmica nas empresas que naquele momento adotaram a forma taylorista-fordista de produção. A ideia do autor era de *in loco* observar como se comportava o trabalhador frente às inovações tecnológicas, sobretudo no que dizia respeito ao desempenho do trabalhador diante das diversas situações de trabalho. Desta forma, o objetivo de Friedman era estabelecer quais seriam os conteúdos da qualificação. (FERRETTI, 2004, TARTUCE 2002)

A partir das suas observações, Friedmann tenta explorar quais são os impactos do progresso tecnológico sobre o trabalho. Essa perspectiva parte do conteúdo do trabalho para analisar a questão da qualificação profissional e vai influenciar as análises sociológicas posteriores

⁸ Do ponto de vista do capital, há a tentativa de manter o conceito circunscrito às normas instituídas de produção de valor e acumulação do capital. Mas, ao mesmo tempo, a dimensão relacional da qualificação potencializa o acirramento da correlação de forças entre capital e trabalho, ampliando o significado desse mesmo conceito. Portanto, ao se falar de qualificação profissional há que se considerar sua multidimensionalidade e as tendências do trabalho frente à nova materialidade produtiva. (RAMOS, 2006, p. 35 e 36)

a exemplo da tese da progressiva desqualificação do trabalhador a partir da divisão técnica e social do trabalho, defendida por Braverman. De acordo com Ferretti (2004) e Tartuce (2002) na perspectiva de Braverman a desqualificação do trabalho é uma decorrência inevitável do modo de produção capitalista. O autor faz duras críticas à relação progresso técnico/desqualificação e destaca que o objetivo do capital – a extração de mais valor – só se faz através do controle mediante a expropriação do saber do operário. Braverman evidencia não apenas o processo de alienação ao qual estavam submetidos os trabalhadores, mas também a perda de saberes que cada vez mais eram transferidos para as máquinas e equipamentos.

Como observamos em Ferretti (2004) Ramos (2006) e Tartuce (2002,2004) o ponto comum da abordagem de Friedmann e de Braverman é que a qualificação é concebida como sinônimo de um conjunto de conhecimentos e está relacionada com a possibilidade ou não de autonomia no desenvolvimento do trabalho. Trata-se de entendê-la como uma propriedade do posto de trabalho. Esta abordagem é denominada de essencialista ou substancialista, porque parte da complexidade das tarefas para chegar aos atributos dos trabalhadores necessários para desempenha-las. A qualificação não pertence ao homem, ela pertence ao posto de trabalho. Cabe destacar que a diferença entre Braverman e Friedmann está no fato deste último não acreditar que a desqualificação é intrínseca ao modo de produção capitalista, como uma relação linear.

Em oposição à visão essencialista, Pierre Naville propõe discutir a qualificação não apenas sob o prisma da técnica e do conteúdo do trabalho (ainda que os considere), mas centra sua análise da qualificação no homem. Contudo, Ramos (2006) e Tartuce (2002) nos mostram que não se trata de uma análise da qualificação no homem de forma individualizada, mas antes como sendo um processo e um produto social, que decorre, por um lado, da relação e das negociações tensas entre capital e trabalho, e por outro, de fatores socioculturais que influenciam o julgamento e a classificação que a sociedade faz sobre os indivíduos. Em outras palavras, como relação social complexa entre as operações técnicas e a estimativa de seu valor social. Ou ainda, nas palavras de Ferretti (2004) a qualificação resulta das relações sociais entre classes dentro e fora da empresa, que se traduz em um sistema de codificação social – qualificações – que organiza o sistema de remuneração do trabalho.

Naville em sua abordagem relativista vai destacar os variados aspectos com os quais a qualificação se relaciona e que a influenciam. Portanto, como é possível observar em Hirata

(1994) a abordagem relativista corrobora com a riqueza do conceito ao destacar a sua perspectiva multidimensional:

[...] qualificação do emprego, definida pela empresa a partir das exigências do posto de trabalho, e que serve de base ao sistema de classificações na França; qualificação do trabalhador, mais ampla do que a primeira, por incorporar as qualificações sociais ou tácitas que a noção de qualificação do emprego não considera – essa dimensão de noção de qualificação sendo, por sua vez, susceptível de decomposição em “qualificação real” (conjunto de competências e habilidades, técnicas, profissionais, escolares, sociais) e “qualificação operatória” (“potencialidades empregadas por um operador para enfrentar uma situação de trabalho”); finalmente, a dimensão da qualificação como uma relação social, como o resultado, sempre cambiante, de uma correlação de forças capital-trabalho, noção que resulta da distinção mesma entre qualificação dos empregos e qualificação dos trabalhadores. (HIRATA, 1994, p 128 e 129)

Ferretti (2004) nos chama a atenção para a complexidade em definir o conceito de qualificação. O autor vai mostrar que o dissenso não se dá apenas entre os que defendem concepções diversas, mas, também, no interior de cada uma das concepções. Os críticos de Braverman (Burawoy, Littler, Thompson), ainda que não dialogando com Naville, refletiram sobre a qualificação de uma determinada maneira que talvez possa ser assemelhada a essa concepção relativista. De acordo com Tartuce (2002), tais autores colocaram outros elementos e mediações para repensar a qualificação

[...] dando margem assim a uma nova maneira de se pensar a questão da qualificação: seu fundamento deve ser buscado agora nas relações políticas entre saberes e poderes no interior da fábrica. Elas refletem as experiências e as qualidades que os sujeitos trazem consigo e com as quais atuam na barganha por sua inserção nos sistemas de classificação que organizam as relações no campo profissional. (CASTRO apud TARTUCE, 2002, p. 22)

Quanto aos relativistas, Ferretti (2004) aponta as diferenças no entendimento sobre as relações sociais. Parte entendia que se tratava de relações entre classes e parte entendia relações sociais entre grupos. O autor conclui que qualificação profissional é um conceito de pouco consenso e não totalmente fechado. Ferretti (2004) cita Villavicencio (1992) para considerar que qualificação profissional

[...] não pode ser compreendida como uma construção teórica acabada, mas, sobretudo, como um conceito explicativo de articulação de diferentes elementos no contexto de relações de trabalho, capaz de dar conta das regulações técnicas que ocorrem na relação dos trabalhadores com a tecnologia e das regulações sociais que produzem os diferentes atores da produção que resultam nas formas coletivas de produzir. (VILLAVICENCIO apud FERRETTI, 2004, p. 414)

A qualificação é um conceito diretamente ligado ao mundo do trabalho e por consequência ao modo de produção, logo sofrerá interferência em cada tempo histórico analisado. As mudanças no mundo do trabalho afetarão a qualificação que em contrapartida influencia a educação e é influenciada por ela. Existe relação direta entre o sistema produtivo e o sistema educacional no modo de produção capitalista. Em Ramos (2006), podemos observar que o conceito de qualificação é uma resposta à ausência de regulações sociais. A qualificação formalizará, ainda, as aquisições dos movimentos sociais, como veremos adiante.

A realidade do pós-guerra na França coloca o desafio de organização para os trabalhadores. Os sindicatos apresentaram a demanda de organizar e padronizar os salários a partir das qualificações que os trabalhadores apresentavam. A ideia era acabar com as disparidades salariais promovendo a igualdade de salários para os trabalhadores que apresentavam as mesmas qualificações. De acordo com Tartuce (2004) foram estabelecidas normas que padronizavam os ganhos de forma que o recebimento não fosse um mérito pessoal, relativo a um atributo próprio.

Tartuce (2004) acrescenta que essas normas dão origem as classificações profissionais que vão ordenar hierarquicamente os trabalhadores de acordo com as suas qualificações para ocupar determinado posto de trabalho. Assim se constituiriam regras, contratos de trabalho e valores de salário. Nasceria, dessa forma, a estrutura coletiva de normas para direitos e regulação do uso do trabalho, com referência na qualificação.

O caráter central de que a noção de “qualificação” se reveste na França lhe é conferido pelo fato de ela fundamentar um conjunto de práticas que visam a relacionar o funcionamento do sistema educativo e do sistema produtivo. Assim compreendida, essa noção vai conduzir, logo após a Segunda Guerra Mundial, a diversas medidas institucionais, entre as quais as grades de classificação que repousam num compromisso social ao termo do qual são definidos os princípios de relação de duas distribuições hierarquizadas, a dos indivíduos segundo suas capacidades e a dos empregos aos quais são atribuídas remunerações. Um tal trabalho de formalização e de codificação realiza-se geralmente na escala dos ramos profissionais, lugar de organização privilegiado pelos empregadores e pelos assalariados na medida em que eles têm acesso, assim, à ação política e social. (TANGUY, apud TARTUCE, 2004, p. 357)

A qualificação parece central não apenas como um aspecto da prática política e social, mas como um conceito a ser problematizado. Tartuce (2002,2004) indica como a qualificação vai se transformando num conceito a medida que permite refletir sobre um mundo de problematizações. A partir da qualificação se discute a formação geral e profissional, as políticas

de recrutamento, a organização do trabalho e as classificações do salário. Sendo assim, engloba conteúdos que são requeridos para a formação do indivíduo para o trabalho e aqueles que são efetivamente adquiridos pelos trabalhadores. A qualificação como conceito se formaliza e padroniza o seu próprio conteúdo. A cada posto uma profissão, a cada profissão um conteúdo específico deverá ser ensinado. As profissões passam a ser classificadas de acordo com o nível de complexidade que, por sua vez, se relaciona com o nível de escolaridade necessário para o desenvolvimento de cada uma delas, como nos mostra Ramos (2006).

Com base nas leituras de Schwartz (1995) Ramos (2006) discute o conceito de qualificação a partir de três dimensões: conceitual, social e experimental. A primeira determina a qualificação em função dos registros teóricos formalizados, ou seja, associando o grau de conhecimento aos diplomas adquiridos, valorando a aquisição de conhecimento. O diploma é perseguido como a interface entre a formação e o emprego. A segunda dimensão consiste em pensar a qualificação no espaço das relações sociais que se estabelecem entre os conteúdos das atividades e o reconhecimento social dessas atividades. E a terceira dimensão estaria relacionada ao conteúdo real do trabalho, aquilo que o trabalhador vivencia no dia a dia da sua produção. Os conhecimentos tácitos são os conhecimentos implícitos ao fazer profissional, são próprios e produzidos na relação do homem com o seu trabalho. Nesse lugar há um destaque para a subjetividade do trabalhador no exercício do seu ofício. Ramos (2006) recomenda que o conceito de qualificação deve ser compreendido com uma construção social, uma síntese das dimensões conceitual, social e experimental e ainda acrescenta que nenhuma das dimensões isoladas expressam o conceito. Desta forma,

O conceito de qualificação exige que se enfoque o sujeito face à objetividade das relações sociais em que está inserido. Assim a qualificação depende tanto das condições objetivas de trabalho quanto da disposição subjetiva por meio do qual os trabalhadores coletivos, como sujeitos ativos, constroem e reconstróem sua profissionalidade. A qualificação individual é, ao mesmo tempo, pressuposto e resultado de um processo de qualificação coletiva, processo este dado pelas condições na organização da produção social. O grau de complexidade em que se expressa a qualificação individual depende das possibilidades de potenciação dos tipos de trabalho conhecidos na sociedade. É por esse motivo que a qualificação do trabalhador não pode ser considerada somente a efetivação prática das competências individuais. (RAMOS, 2006, p.54)

O deslocamento do conceito de qualificação para a noção de competência começa a ganhar notoriedade quando o sistema fordista, com a sua estabilidade e solidez da hierarquia e qualificações, entra em crise. Ao diluir os postos de trabalho, substituir a produção em série e de

massa por uma flexibilização da produção e flexibilizar os conteúdos das profissões, há um questionamento do próprio conceito de qualificação. O novo paradigma do modo de produção impõe, mudança no sistema educacional e o modelo de competências ganha forma e força no debate no mundo do trabalho e na academia.

A profunda recessão de 1973, exacerbada pelo choque do petróleo, a instabilidade na economia, a estagflação, as transformações políticas, socioculturais e financeiras, expressas na corrosão do Estado de Bem Estar Social e os novos padrões de consumo foram alguns dos aspectos que compunham o cenário no início da década de 1980. O sistema fordista/taylorista parecia esgotado e não capaz de superar a crise que se iniciou na década de 1970. De acordo com Harvey (2007) é nesse momento que se dá a passagem desse modelo para o chamado regime de acumulação flexível.

Segundo Harvey (2007), Hirata (1994), Souza (1999) e Tartuce (2002) o regime de acumulação flexível aparece como uma saída para evitar as recorrentes crises do sistema capitalista. Apresenta um novo padrão de produtividade, que ao contrário do sistema fordista, propõe uma produção enxuta que se realiza em função da demanda. As novas bases tecnológicas (microeletrônica e robótica, microbiologia e novas fontes de energia) corroboraram para se estabelecer uma forma de produzir flexível, com desconcentração industrial, permitindo uma retomada da produtividade ao assegurar uma nova economia de tempo, que por sua vez otimiza os recursos. Todas essas alterações na base do modelo produtivo e que impactará diretamente o trabalhador foi conceituada pelos estudiosos como reestruturação produtiva.

Note que as profundas transformações na estrutura produtiva e logo no mundo do trabalho atingem e alteram as relações entre Estado-sociedade, as relações entre as classes, intra-classes e as relações entre capital e trabalho. Trata-se de alterações não só na esfera da materialidade como também na própria subjetividade dos trabalhadores. O novo paradigma produtivo objetiva o aumento da produtividade com o investimento mínimo na mão de obra humana e, nesse contexto, a flexibilidade será a palavra chave para definir o *modus operandi* de realizar esse feito.

Souza (1999) alerta para o fato de que a transição do modo fordista/taylorista de produção para a acumulação flexível não elimina totalmente o modelo anterior. Verificam-se, em alguns países ou em alguns setores da economia, formas mescladas de produção. Fato é que se deseja com a acumulação flexível uma nova lógica na utilização da força de trabalho com maior integração das funções. Molda-se assim um trabalhador polivalente que seja capaz de apreender

todos os processos e intervir resolvendo problemas e apresentando soluções para o conjunto do trabalho.

Podemos observar em Harvey (2007) o destaque para o caráter perverso do modelo de acumulação flexível que é o de resgatar e mesmo combinar, no mesmo tempo e espaço, formas de trabalho dantes questionáveis ou que se tentou superar.

O que talvez seja mais inesperado é o modo como as novas tecnologias de produção e as novas formas coordenantes de organização permitiram o retorno dos sistemas de trabalho doméstico, familiar e paternalista, que Marx tendia a supor que saíam do negócio ou seriam reduzidos a condições de exploração cruel e de esforço desumanizante a ponto de se tornarem intoleráveis sob o capitalismo avançado. O retorno da superexploração em Nova Iorque e Los Angeles, do trabalho em casa e do “tele transporte”, bem como o enorme crescimento das práticas de trabalho do setor informal por todo o mundo capitalista avançado, representa de fato uma visão bem sombria da história supostamente progressista do capitalismo. Em condições de acumulação flexível, parece que sistemas de trabalho alternativos podem existir lado a lado, no mesmo espaço, de uma maneira que permita que os empreendedores capitalistas escolham à vontade entre eles. O mesmo molde de camisa pode ser produzido por fábricas de larga escala na Índia, pelo sistema cooperativo da “Terceira Itália”, por exploradores em Nova Iorque e Londres ou por sistemas de trabalho familiar em Hong Kong. O ecletismo nas práticas de trabalho parece quase tão marcado, em nosso tempo, quanto o ecletismo das filosofias e gostos pós-modernos. (HARVEY, 2007, p.175)

A transição do modelo fordista/taylorista para a acumulação flexível vem acompanhada do fortalecimento de uma doutrina político ideológica, o neoliberalismo, que se coaduna com as transformações do capital e as sustenta do ponto de vista da política. De acordo com Harvey (2008) essas são algumas características do neoliberalismo.

O Estado neoliberal deve favorecer fortes direitos individuais à propriedade privada, o regime de direito e as instituições de mercados de livre funcionamento e do livre comercio. [...] A santidade dos contratos e o direito individual à liberdade de ação, de expressão e de escolha tem de ser protegidos. O Estado tem, portanto, de usar seu monopólio dos meios de violência para preservar a todo custo essas liberdades. [...] a teoria neoliberal sustenta que a eliminação da pobreza (no plano doméstico e mundial) pode ser mais garantida através dos livres mercados e do livre comercio. (HARVEY, 2008, p.75)

Tartuce (2002) a partir das leituras de Leite e Silva (1996) faz uma bela síntese do que foi a transição do modelo produtivo e o advento do neoliberalismo. A autora vai destacar que no plano do processo produtivo, as tentativas de superação das dificuldades vieram com a intensificação do processo de mudança da base técnica e organizacional da produção. Contudo, essas mudanças só foram possíveis ou impulsionadas pela falência das concepções socialdemocratas, que haviam florescido sob a égide do fordismo, cedendo lugar às concepções

neoliberais, que não só conquistam a hegemonia na condução dos destinos de vários países, como passam a dirigir os principais organismos internacionais. A menção aos organismos internacionais nos remete a discussão da globalização que veremos logo adiante. Cabe destacar que a hegemonia neoliberal levou a difusão da ideia de que o mercado deve ser o instrumento básico de regulação social, substituindo as noções de finalidade e de valor social pelas de utilidade e competitividade. Esse pilar da política neoliberal acabou por incidir sobre toda a política de formação dos trabalhadores, seja ela técnica ou geral.

Por fim, a globalização da economia mundial tem efeitos sobre esse processo e contribui de forma significativa para a flexibilização e desregulamentação das relações e dos mercados de trabalho. A globalização aqui é entendida como a nova fase do imperialismo capitalista, caracterizada pela universalização produtiva, mercantil e financeira, pela revolução tecnológica e expansão das comunicações.

Diante de um cenário nacional e internacional de acumulação flexível, com inovações de base tecnológica e organizacional, que descentraliza as decisões dentro da estrutura da empresa, a exigência é por um trabalhador com formação mais abrangente. Espera-se que esteja apto a lidar com diversas tarefas cada vez mais abstratas, complexas e imprevisíveis, capaz de pensar, de decidir, de ter iniciativa e responsabilidade, ou seja, não mais um trabalhador especializado, mas sim um trabalhador polivalente.

Como consequência da flexibilização dos processos de trabalho os conhecimentos formais não são mais suficientes, passa a ser exigida do trabalhador uma gama de habilidades cognitivas e comportamentais. Assim, o conceito de qualificação antes referido na relação do trabalhador com a formação no trabalho começa a ser questionado e substituído pelo de competência (TARTUCE, 2002). Enquanto a qualificação é um conceito multidimensional e pode remeter à qualificação do emprego, do posto de trabalho, à qualificação do indivíduo, à relação social capital/trabalho, a competência enfatiza mais a pessoa do que o posto de trabalho destaca as qualidades pessoais, individuais, a dimensão subjetiva do trabalhador (HIRATA, 1994 e VIEIRA, 2013). Cabe ressaltar que o conceito de competência responde as necessidades geradas pelos novos padrões de competitividade e exigências do mercado de trabalho, implicando ao trabalhador o perfil polivalente exigido pelo mercado de trabalho.

Ramos (2006) se propôs a discutir os deslocamentos divergentes e convergentes entre as dimensões da qualificação e a noção de competência como caminho para evitar falsas oposições e

deduções. A autora destaca duas visões que instigaram a sua pesquisa. A primeira opção categoricamente o conceito de qualificação a noção de competência, porque localiza a qualificação no regime fordista/taylorista e estes associados a uma visão estática do mundo do trabalho. A competência surgiria como uma noção que traz agilidade, movimento, dinâmica ao novo modelo produtivo evitando associação com conceitos que engessem o ritmo de trabalho e de produção.

A segunda visão considera que a ideia da mudança que a noção de competência traz, mas pondera admitindo uma convivência entre qualificação e competência entendendo que seriam complementares e não excludentes. Instituições e organismos internacionais, a exemplo da OIT, consideram que a qualificação tenha relação com a capacidade de executar atividades de trabalho e que as competências estariam ligadas as habilidades pessoais, logo são coisas que não se excluem e podem sim ser potencializadas, nesta perspectiva.

Todavia, temos acordo quando a autora defende que a forma mais interessante e coerente de identificar o movimento dialético de deslocamento do conceito de qualificação para a noção de competência é através do estudo das dimensões da qualificação: conceitual, social e experimental – como propõe Schwartz - que contempla a qualificação como uma relação social, ressalta a sua multidimensionalidade e comprova a riqueza do conceito.

Durante o período de predominância do sistema fordista/taylorista a rigidez da hierarquia, a exigência da formação através do diploma e os códigos das profissões marcaram profundamente o conceito de qualificação. Naquele período existia uma atmosfera estável, de pleno emprego, de parceria do Estado como um ente que fomentava a abertura de novos postos de trabalho garantindo assim uma estabilidade. Entretanto, com o aumento da produtividade e da competitividade, e a partir do momento em que o desemprego aparece como um problema social prioritário a ser resolvido, a qualificação é questionada em seus fundamentos e pertinência. O novo modo de produção destaca a independência do mercado livre para as negociações. Com isto a dimensão conceitual perde o seu valor e a dimensão social é colocada em cheque. Os trabalhadores não precisam mais responder tanto ao trabalho prescrito, mas sim à imprevisibilidade. O saber construído no cotidiano ganha destaque. Nesse sentido,

O saber construído no cotidiano do trabalho, a chamada “qualificação tácita” que era negada pelo taylorismo, passa a ser então requisitado e valorizado. Assim, se no taylorismo os conteúdos da qualificação resumiam-se aos chamados “componentes

organizados e explícitos da qualificação” (o saber-fazer”), na produção flexível esses conteúdos deveriam também ser acrescidos pelos componentes “não-organizados e implícitos” (o “saber ser”). Melhor dizendo, se esse “saber-ser”, que engloba aspectos mais subjetivos e informais da qualificação, já estavam presentes no taylorismo – se supõe que neste modo de organização do trabalho também havia uma subjetividade -, ainda que não reconhecidos, na produção flexível eles ganham uma nova dimensão, na medida em que se faz um apelo explícito à participação, à cooperação e ao envolvimento dos trabalhadores. (TARTUCE, 2002, p.29)

Podemos inferir que a flexibilização do modelo produtivo coloca em xeque o trabalho especializado e exige um novo perfil ao trabalhador. Neste novo perfil o conceito de profissão, na sua acepção de uma atividade econômica específica dentro da divisão técnica e social do trabalho estaria sendo modificada. A relação entre o mundo do trabalho e o sistema educativo se fragiliza ao passo que a formação especializada do trabalhador, a organização dos conteúdos educativos, a validação dos saberes e o recrutamento e seleção de pessoal se tornam fluidos nessa nova dinâmica social em que os procedimentos individuais são priorizados. Essas mudanças irão enfraquecer duas das dimensões estruturantes do conceito de qualificação, a dimensão social e a dimensão conceitual. (RAMOS, 2006)

Na década de 1980 a noção de competência se notabiliza. O Estado já não intervém regulando a economia como antes, o desemprego alcança níveis alarmantes, as negociações trabalhistas são feitas por ramos profissionais e o recrutamento, a remuneração e a promoção nas empresas flexíveis passam a se estruturar não mais por cargos e sim por competências. Para Tartuce (2002) isto significa um deslocamento da rede de qualificações do posto de trabalho para o indivíduo.

Podemos observar em Ferretti (2004) que a discussão da qualificação profissional, como categoria teórica, despertou o interesse dos educadores brasileiros nos anos 90. Naquele ensejo os educadores tinham como preocupação os rumos da educação no Brasil. Tínhamos saído de uma ditadura a quase uma década, nos anos 80 tivemos conquistas sociais importantes e havia a necessidade de se pensar a educação brasileira, principalmente, porque as instituições ligadas a formação profissional e próximas aos setores produtivos se anteciparam e estabeleceram diálogo e mudanças. A literatura educacional propunha que a formação profissional resultasse em um indivíduo cada vez mais bem preparado, mais bem-educado. A separação entre teoria e prática, entre concepção e execução, entre trabalho manual e trabalho intelectual, não era bem vista. A empresa flexibilizada exigia um profissional com um tipo de qualificação mais elevada, nesse estágio chamada de requalificação profissional.

Ferretti (2004) informa que entre os educadores brasileiros o interesse pelo tema qualificação profissional, além de demorar a chegar, se realiza na concepção essencialista. Como vimos anteriormente, tal concepção não expressa de forma mais exata a complexidade e multidimensionalidade do conceito. O autor acrescenta que,

[...] o privilegiamento da abordagem essencialista se deveria ao fato de que tais autores realizam o exame da qualificação no âmbito do fordismo e da estreita relação entre o posto de trabalho e o desempenho das tarefas que lhe são adstritas. Isso conferiria enorme importância às características técnicas das tarefas e, por isso, aos requisitos técnicos da força de trabalho necessários à sua realização. Uma objeção a este argumento é a de que, mesmo com a tendência à diluição dos postos de trabalho observada a partir das inovações tecnológicas e organizacionais que passam a ocorrer com a denominada reestruturação produtiva, muito da literatura recente sobre as qualificações dos trabalhadores continua a circunscrever-se ao enfoque essencialista, ainda que priorizando aspectos anteriormente pouco considerados (por exemplo, o trabalho mental e as “qualificações sociais”). Em contrapartida, no âmbito do fordismo, o posto de trabalho é elemento central para a análise em ambos os enfoques, uma vez que a partir dele se organiza a produção no período em que os autores considerados tratam da qualificação. A discussão a partir do posto de trabalho não parece constituir, portanto, um encaminhamento adequado da questão posta anteriormente, apesar de a diluição tendencial dos postos conduzir ao debate sobre as semelhanças e diferenças entre os conceitos de qualificação e competência. Parece mais razoável considerar que o elemento distintivo reside no fato de que, na concepção relativista, a ênfase desloca-se do plano das relações entre o avanço das forças produtivas e a adequação de um dos elementos da reprodução da força de trabalho (seu aprimoramento, como valor de uso, pela via da qualificação) para, incluindo o, centrar-se sobre as relações de produção, o que implica, necessariamente, tratar a qualificação profissional no âmbito da correlação de forças capital/trabalho. [...] O conceito ampliado de qualificação derivado do enfoque relativista descortina, a nosso ver, a possibilidade de tratar a qualificação não apenas no plano econômico, mas também no político e no cultural. (FERRETTI, 2004, p.416 e 417)

Podemos verificar nos estudos de Ferretti (2004), Ramos (2006) e Tartuce (2002) que o deslocamento do conceito de qualificação para a noção de competência passa pelo fortalecimento da dimensão experimental da qualificação. Como ressalta Ramos (2006) esse é o ponto de convergência entre o conceito e a noção. A dimensão experimental diz muito sobre a história individual de cada trabalhador, os saberes que traz consigo, sua experiência de vida e o caráter subjetivo implicado ao trabalho, que nesse estágio de emergência e consolidação da noção de competências responde satisfatoriamente. Dito de outro modo, a noção de competência é um atributo que remete a subjetividade do indivíduo.

Como nota Tartuce (2002) a partir das leituras de Zarifian (1997,1998), Machado (1998) e Tanguy (1997), define a noção de competência como:

[...] a capacidade que os trabalhadores têm de tomar iniciativa e assumir as responsabilidades frente aos eventos produtivos – situações surpreendentes e imprevisíveis que ocorrem na produção. No singular, a competência expressa uma mudança na organização e nas relações sociais; no plural, ela designa as transformações nos conteúdos profissionais. (Ibid., p.31)

A autora destaca ainda os fundamentos da noção de competências.

[...] a competência é um atributo que remete à subjetividade do indivíduo e relaciona-se com a conscientização das responsabilidades pessoais frente a sua atuação profissional; a competência está intimamente associada à ação desenvolvida em uma situação específica, o que significa dizer que, tão importante quanto os conhecimentos adquiridos, é a mobilização e a capacidade do sujeito para articular a dimensão cognitiva desses saberes com as atitudes necessárias para enfrentar uma situação, [...] o saber passa a ser uma qualidade atribuída ao sujeito, e não se refere ao que foi condensado em saberes específicos. Ibid., p. 31)

A proximidade entre a dimensão experimental da qualificação e a noção de competência está no fato de ambas referirem-se as qualidades da pessoa e ao conteúdo do trabalho, afirma Ramos (2006). Contudo, com as mudanças no sistema produtivo o conteúdo do trabalho também é modificado, “o indivíduo evoluiria de uma lógica de ter (ter uma qualificação, ter conhecimentos) a uma lógica de ser (ser competente, ser qualificado)”. Note que há uma mudança no enfoque, a competência é um atributo que remete à subjetividade do indivíduo. No entanto, o conceito de qualificação como relação social levaria em consideração a dinâmica das transformações sociais que implica considerar as condições objetivas e subjetivas de produção e reprodução da existência. Desta forma, ainda que próximas a dimensão experimental do conceito de qualificação não pode ser reduzido a noção de competência, porque esta não valoriza a dimensão social das relações de trabalho. O foco é no indivíduo e suas capacidades. (RAMOS, 2006)

A difusão da noção de competência não se refere apenas à organização e gestão do trabalho, mas também está fortemente ligado aos fenômenos cognitivos e às transformações realizadas na escola em matéria de modelo pedagógico. Como assinalamos anteriormente a relação entre trabalho e educação no capitalismo pressupõe a formação da mão de obra que atenderá as necessidades do capital. As alterações no modelo produtivo farão com que o sistema educacional se adeque, desenvolva conceitos que captem a lógica da flexibilização. Não interessa

mais ao modo produtivo uma metodologia de ensino centrado nos saberes disciplinares, exige-se um sistema de aprendizagem centrado no aluno, ator de seu percurso escolar e nas suas competências, verificáveis em situações e tarefas específicas. Nesta nova organização educacional as competências ganham destaque. A formação em saúde é um dos conteúdos deste trabalho sendo possível perceber que também se encontra atravessada pelas novas metodologias do conjunto da educação, conforme discutiremos no capítulo 2.

2

AS POLÍTICAS DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL

2.1 ANTECEDENTES

O debate sobre a formação e qualificação dos recursos humanos em saúde⁹ antecede a própria existência do Sistema Único de Saúde (SUS). A III Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1963, no governo João Goulart, foi a primeira conferência após a criação do Ministério da Saúde¹⁰ e pode ser considerada o marco inicial do tratamento político-institucional dos problemas então detectados no campo dos recursos humanos em saúde. (VIEIRA, 2011)

Neste período histórico o Estado de Bem-Estar Social era uma realidade nos países europeus e desenvolvia políticas pactuadas entre Estado, sociedade e empresariado como forma de sustentar as áreas econômica e social garantindo o bem-estar da população e a produção econômica. O Brasil não experimentou um Estado de Bem-Estar Social, mas o período em questão é chamado de desenvolvimentista porque apontou a relação pobreza-doença-subdesenvolvimento, indicando a necessidade de políticas que resultassem numa melhoria de vida da população. BAPTISTA (2007).

No entanto, a política de saúde não era universal e o papel do Estado restringia-se a solucionar o problema da doença como forma de controle da situação sanitária do país. Conforme nos mostra Baptista (2007),

⁹ O conceito de recursos humanos é próprio da área de administração e remete à racionalidade gerencial hegemônica que reduz o trabalhador à condição de recurso, restringindo-o a uma dimensão funcional. No entanto, na área da saúde, a questão dos recursos humanos envolve tudo que se refere aos trabalhadores da saúde em sua relação com o processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde (SUS Mendes Gonçalves, 1993), configurando, assim, um dos seus subsistemas. Nesse sentido, esse é tanto um campo de estudo como de intervenção. A área de Recursos Humanos em Saúde (RHS) abarca múltiplas dimensões: composição e distribuição da força de trabalho, formação, qualificação profissional, mercado de trabalho, organização do trabalho, regulação do exercício profissional, relações de trabalho, além da tradicional administração de pessoal. (VIEIRA, 2009, p.343)

¹⁰ Foram acontecimentos importantes deste período e que marcaram a trajetória da política de saúde: a criação do Ministério da Saúde em 1953, atribuindo um papel político específico para a saúde no contexto do Estado brasileiro; e a reorganização dos serviços nacionais de controle das endemias rurais no Departamento Nacional de Endemias Rurais (Deneru) em 1956, possibilitando o incremento nas ações e nos programas de saúde voltados para o combate as doenças endêmicas na área rural. (BAPTISTA, 2007, p. 40)

Na prática, os anos do desenvolvimentismo mantiveram a lógica de organização do modelo político em vigor para a saúde, com as ações e serviços de saúde pública de um lado e o sistema previdenciário de outro, com políticas isoladas de saúde que atendiam a diferentes objetivos. Uma política de saúde pública universal e com ênfase na prevenção das doenças transmissíveis, e uma política de saúde previdenciária, restrita aos contribuintes da previdência e seus dependentes, com Ênfase na assistência curativa. O direito à saúde integral ainda não era um direito do cidadão brasileiro. (BAPTISTA, 2007, p.40)

A III CNS também debateu a necessidade de descentralizar as ações a partir de um novo arranjo federativo. Desta forma, em seu relatório obtivemos as primeiras recomendações sobre a municipalização como um caminho para o aumento da cobertura dos serviços de saúde e, também, sobre o “preparo de aproveitamento do pessoal técnico”, considerado como subsídio importante para a efetivação da referida municipalização. Havia uma conexão com as propostas da CEPAL para a saúde dos países latinos americanos na perspectiva de aumentar o grau de desenvolvimento do país a partir das ações de saúde, sendo a descentralização um dos caminhos. (FERREIRA, 2006, VIEIRA, 2011)

Percebe-se uma preocupação com a qualificação da mão-de-obra nas teses da III CNS. Contudo, a orientação em caso de municipalização é que o profissional médico supervisione um grupo de trabalhadores técnicos e menos qualificado para desempenhar os serviços nas pequenas comunidades do interior. De acordo com Vieira (2011) a recomendação para o recrutamento e seleção deveria ser: selecionar trabalhadores com pouco nível educacional; no próprio local de trabalho; realizar o treinamento em curto prazo de tempo e de forma prática. Como podemos observar, as questões apresentadas e debatidas na III CNS estão presentes até os dias atuais no tocante a formação dos trabalhadores. Os dilemas acerca da falta de qualidade na formação e de estratégias de mão-de-obra de baixo custo para as populações menos favorecidas, especialmente fora dos grandes centros urbanos, continuam atuais.

No contexto da ditadura militar, a segurança nacional era a ideologia de sustentação, e os recursos humanos eram entendidos como “capital humano”¹¹ e importantes instrumentos da

¹¹ Trata-se de uma noção que os intelectuais da burguesia mundial produziram para explicar o fenômeno da desigualdade entre as nações e entre indivíduos ou grupos sociais, sem desvendar os fundamentos reais que produzem esta desigualdade: a propriedade privada dos meios e instrumentos de produção pela burguesia ou classe capitalista e a compra, numa relação desigual, da única mercadoria que os trabalhadores possuem para proverem os meios de vida seus e de seus filhos - a venda de sua força de trabalho.[...] Partindo do pressuposto de que o componente da produção que decorre da instrução é um investimento em habilidades e conhecimentos que aumentam as rendas futuras semelhante a qualquer outro investimento em bens de produção, Schultz define o ‘capital humano’ como o montante de investimento que uma nação ou indivíduos fazem na expectativa de retornos adicionais futuros.(Frigotto,2009, p. 67 e 68).

política do desenvolvimentismo. A teoria do capital humano tem como ponto central a alocação da atividade educacional como componente da produção. No momento em que o estado desenvolvimentista vigorava, o capital atribuía ao poder público o papel protagonista das ações educativas formais. As escolas de formação apresentavam uma estrutura curricular pouco flexível, o que distanciava a formação do cotidiano dos recursos humanos. (FERREIRA, 2006, VIEIRA, 2011)

A década de 1960 é fundamental para entendermos o início do processo de institucionalização da política de formação de recursos humanos em saúde que acontecerá na década seguinte. Neste sentido, durante a realização da IV CNS (1967), começaram a ser discutidas questões referentes à formação e uma política permanente de avaliação dos recursos humanos em saúde. Esse comprometimento com a formação de pessoal resultou nas bases de uma parceria entre o governo brasileiro e a OPAS que culminou na assinatura de um acordo de cooperação técnica chamado Acordo para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde do Brasil, que deu origem ao Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS).

Cabe destacar, conforme Lima (2006), que no período da ditadura o Ministério da Saúde perdeu progressivamente o poder de comando da Política Nacional de Saúde, tendo seu orçamento reduzido. Nesse período, aponta-se uma mudança perceptível na lógica da saúde no Brasil.

A visão de saúde como mercadoria, na lógica da modernização capitalista, tornar-se-ia hegemônica com a configuração do fenômeno de “capitalização da medicina”, que tornou o setor saúde produtivo para o capital, a partir da articulação e aprofundamento da sua relação com o mundo da produção material. Esse fenômeno se caracterizou pela ampliação do processo que já se vinha esboçando de integração entre o Estado, as empresas de serviços médicos e as empresas industriais em saúde. O Estado, através dos recursos previdenciários, passou a assegurar a ampla predominância do modelo médico assistencial privatista na prestação de serviços de saúde, levando à constituição de empresas capitalistas no setor e conseqüentemente à maior tecnificação do ato médico e ao assalariamento em larga escalas de seus profissionais. (DONNANGELO apud LIMA, 1976, p.21)

É nesta conjuntura de um regime político fechado e de hegemonia da visão de saúde como mercadoria que se institucionaliza a área de recursos humanos em saúde. O convênio com a OPAS que viabilizou o PPREPS e desdobrou-se em projetos que articularam as áreas de trabalho, educação e saúde, nos remete a estrutura que temos hoje. De acordo com Lima (2006) é a partir

do PPREPS que se inicia o debate sobre a importância da formação profissional dos trabalhadores técnicos em saúde na perspectiva de superar o mero treinamento da execução de tarefas. Podemos citar dois projetos de suma importância para a formação dos trabalhadores em saúde: o Projeto de Formação Profissional em Larga Escala e Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde (Cadrhu).

No final da década de 1970 as forças políticas nacionais e os movimentos sociais se organizam para mobilizar e pressionar pela abertura democrática, além de pleitear a universalização do acesso à saúde pública. Algumas ações no sentido da descentralização foram tomadas na década de 1980, como a criação de secretarias estaduais e formação de pessoal para coordenar os recursos humanos em nível estadual. O desenvolvimento de recursos humanos foi destacado na VII CNS, realizada em 1980, quando:

[...] se discutiu novamente a formação com intuito de melhorar o desempenho dos profissionais que atendiam nos serviços básicos, refletindo o compromisso assumido a partir da Conferência de Alma-Ata. Discutiu-se também sobre a intenção do governo na integração entre as atividades curativas e preventivas, individuais e coletivas. Nesta perspectiva, é possível perceber então, que as questões relacionadas à atenção básica se tornavam o centro da discussão do setor saúde, sugerindo então redefinições na política de formação de recursos humanos. (FERREIRA, 2006, p. 15)

Com o fim do regime ditatorial, os movimentos sociais ligados à saúde ganham fôlego para pleitear os seus direitos junto ao governo. O movimento sanitário ou da Reforma Sanitária buscava reverter a lógica da assistência à saúde no país. Propunha mudanças profundas, substanciais, na relação do Estado com a sociedade quando defendia acesso universal e gratuito a saúde, além de considerar os aspectos de prevenção das doenças e não apenas de recuperação. De acordo com Baptista (2007) o movimento social apresentava as seguintes proposições:

A saúde é um direito de todo cidadão, independente de contribuição ou de qualquer outro critério de discriminação; as ações de saúde devem estar integradas em um único sistema, garantindo o acesso de toda população a todos os serviços de saúde, seja de cunho preventivo ou curativo; a gestão administrativa e financeira das ações de saúde deve ser descentralizada para estados e municípios; e o Estado deve promover a participação e o controle social das ações de saúde. (BAPTISTA, 2007, p.43)

Nesta perspectiva, a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, representou um marco na história da saúde no Brasil. O Ministério da Saúde convidou técnicos, gestores e

usuários para uma discussão sobre a reforma do sistema de saúde. A conferência reuniu cerca de 4.000 pessoas nos debates, e aprovou, dentre outras coisas o conceito de saúde que temos hoje, o acesso universal e o controle social.

Saúde como Direito em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. (BAPTISTA, 2007, p.49)

A formação dos trabalhadores em saúde foi um tema considerado importante pelo movimento da Reforma Sanitária. A partir da VIII CNS o campo de recursos humanos em saúde adquire maior definição e se institucionaliza. O movimento tem a compreensão de que sem tocar na questão da formação não se conseguirá fazer um sistema único coerente com a proposta universal. O trabalhador da área de saúde é fundamental no processo de construção e consolidação da proposta de um sistema de saúde com base no conceito ampliado de saúde. Para tanto foi convocada uma conferência específica de recursos humanos em saúde. (VIEIRA, 2011)

A I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde (CNRHS) realizou-se ainda no ano de 1986. O objetivo era consolidar as discussões acerca da política de gestão e formação de trabalhadores para a saúde e construir uma agenda para o setor. Neste sentido, discutiu-se a necessidade de uma articulação estreita entre os centros formadores de pessoal para a saúde e as instituições que prestam serviços, o perfil dos profissionais, a questão da interiorização, as reivindicações dos trabalhadores (baixa qualificação, baixa remuneração, condições de trabalho pouco favoráveis, carga horária, falta de isonomia entre outros). Esperava-se, dessa forma, alcançar as premissas da saúde, ou seja, oferecer serviço de qualidade, tendo como pano de fundo a realidade social. De acordo com o relatório da conferência, o Sistema Nacional de Saúde orientado pelos princípios anunciados na Reforma Sanitária passou a exigir a reorientação das políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde, nos aspectos relativos à força de trabalho e à preparação do pessoal de saúde. (FERREIRA, 2006, Pró-Saúde, 2007 e VIEIRA, 2011).

Note que existem ao menos duas grandes questões entre as demandas colocadas pelos gestores da saúde e trabalhadores. Uma diz respeito a formação de um perfil necessário, que responda as exigências epidemiológicas e sociais de um sistema unificado de saúde, que tenha em mente o conceito ampliado de saúde, que trabalhe na perspectiva da descentralização das ações, e a outra questão diz respeito ao trato das reivindicações trabalhistas de quem já fazia parte do quadro. Como nos indica Vieira

[...] não obstante a grande importância das questões referentes ao preparo de pessoal para que sua capacitação seja adequada e conveniente à realidade social brasileira, os órgãos de recursos humanos devem transcender esse âmbito e incorporar o estudo e o trabalho de temas como recrutamento e seleção, concurso, plano de cargos e salários, isonomia salarial, avaliação de desempenho, direitos trabalhistas e escolha dos cargos de chefias entre outros, na procura de soluções apropriadas e transformadoras. A integração com os departamentos de pessoal foi proposta e torna-se indispensável. Não há como se pensar um novo sistema de saúde sem passar por essas questões. Elas constituem, com certeza, um dos pontos de maior resistência às mudanças preconizadas pela VIII Conferência Nacional de Saúde. (BRASIL apud VIEIRA, 2011, p.86)

No ano de 1993, uma segunda conferência específica foi realizada e, conhecida como a II CNRHS, ainda enfatizava a necessidade de promover a organização da formação e da gestão do trabalho, regulamentando tanto o ingresso no setor saúde por meio de concurso público, como também a elaboração do plano de cargos, carreira e salários (PCCS). A III CNRHS evidenciou a falta de interesse das instâncias de governo competentes em efetivar os direitos e reivindicações dos trabalhadores da saúde, o que inviabilizava a construção de uma política de recursos humanos que contemplasse a gestão da educação e do trabalho. Neste momento já se tinha clareza de que a política de recursos humanos em saúde deveria ser balizada nestes dois pilares. Cabe ressaltar que a descentralização do SUS a partir da municipalização afetou diretamente os trabalhadores da saúde. Com a divisão de responsabilidades entre os entes federados a esfera municipal assume a administração das unidades de saúde, o gerenciamento e a contratação de pessoal, principalmente na atenção básica. (FERREIRA, 2006 e VIEIRA, 2011)

A despeito de todos os esforços envidados pelo Movimento de Reforma Sanitária e outros movimentos sociais para garantir os direitos conquistados na Constituição Federal (CF), a conjuntura internacional era desfavorável na década de 1990. Morosini (2010) destaca que a contrarreforma significou o processo de desmontagem dos direitos assegurados pela Constituição Federal de 1988. A autora ainda sinaliza que,

Os princípios que orientam o contra reformismo neoliberal na questão social eram antagônicos aos da Carta de 1988: o Estado de Bem-Estar Social é substituído pelo

‘Estado Mínimo’; a seguridade social, pelo seguro social; a universalização, pela focalização; a prestação estatal direta de serviços sociais, pelo “Estado “regulador” e pela privatização; e os direitos trabalhistas, pela desregulamentação e flexibilização. (FAGNANI apud MOROSINI, 2010, p. 33)

Autores como Harvey (2008) e Vieira (2011) destacam que o movimento de escalada do neoliberalismo se deu em âmbito mundial. Contudo, os autores sinalizam que o ônus do novo modelo econômico adotado se diferenciava conforme as características dos países. Harvey (2008, p. 80) chega a citar que “existem desvios no modelo da teoria neoliberal e que a dinâmica interna dos países tem agido de modo a forçar adaptações que variam muito de lugar para lugar e de época para época”. Neste sentido, para os países menos desenvolvidos a prioridade do novo modelo econômico adotado era saldar os juros da dívida externa, a exemplo do Brasil. A política de Estado aplicada, solapou as conquistas sociais dos trabalhadores e inaugurou uma era de reconfiguração em moldes gerenciais do Estado brasileiro. “A teoria neoliberal sustenta que a eliminação da pobreza pode ser mais bem garantida através dos livres mercados e do livre comércio” (HARVEY, 2008, p. 75).

A economia brasileira em crise importa o novo modelo econômico que não prioriza as políticas sociais. A receita dos organismos internacionais¹², incluindo o Banco Mundial, para os países emergentes e clientes é a receita neoliberal para as políticas sociais. Redução dos recursos públicos para as políticas sociais, descentralização da operacionalização das políticas e parcerias público-privada, conforme destaca Harvey (2008, p. 86)

[...] a determinação neoliberal de devolver toda responsabilidade por seu bem-estar ao indivíduo tem efeitos duplamente deletérios. À medida que reduz os recursos dedicados ao bem-estar social e reduz o seu papel em áreas como a assistência à saúde, o ensino público e a assistência social, que um dia foram tão fundamentais para o liberalismo embutido, o Estado vai deixando segmentos sempre crescentes da população expostos ao empobrecimento. A rede de seguridade social é reduzida ao mínimo indispensável em

¹²“Cabe frisar que os organismos internacionais estão sendo considerados aqui como aparelhos de hegemonia que operavam para consolidar a hegemonia norte-americana no país e na América Latina. Porém, como hegemonia não significa consenso absoluto, esse alinhamento não era linear, nem essas agências eram internamente homogêneas. Assim, a Organização Pan-América de Saúde (OPAS) logrou, ao menos até o fim dos anos de 1970, legitimar-se junto dos países membros – o que lhe permitiu estabelecer maior autonomia em relação a Organização Mundial de Saúde (OMS) e ao Banco Mundial – e construir uma agenda que ao mesmo tempo influenciou e foi influenciada pela interação com intelectuais e instituições latino-americanas, sem deixar de “contribuir para a absorção das tensões sociais nos centros urbanos em vertiginoso crescimento”. (LIMA e BRAGA apud VIEIRA, 2011, p.43)

favor de um sistema que acentua a responsabilidade individual. Em geral se atribuem os fracassos pessoais a falhas individuais.

Na saúde, como aponta Bravo (2008, p.18), identificou-se dois projetos em disputa: o projeto privatista e o projeto da Reforma Sanitária. O projeto privatista defende a saúde para o mercado com aumento da oferta de planos, investimento externo e atendimento gratuito para determinados grupos populacionais, tendendo a uma política de saúde focalizada. O projeto da Reforma Sanitária entende a saúde em seu conceito ampliado com democratização do acesso aos serviços e as unidades, garantindo o princípio constitucional da universalidade do acesso.

Diante desse contexto, considera-se que especificamente na saúde houve uma inflexão. Os documentos elaborados pelos organismos internacionais (Banco Mundial, BIRD) indicam a necessidade de reorganização da administração pública¹³ em todos os níveis, de modo a adequá-la ao novo paradigma produtivo. A nova gestão pública consiste na “transição de um paradigma burocrático de administração pública para um novo paradigma gerencial, que incorpore instrumentos gerenciais utilizados com êxito nas organizações privadas que operam o mercado” (FLEURY, apud ANDRIOLO, 2006, p.3)

A proposta de Reforma do Estado ou Contrarreforma partia do princípio de que o Estado se desviou de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, colocando em risco o modelo produtivo econômico vigente. O ministro Bresser Pereira (Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado – MARE), idealizador da reforma explicita que,

A crise brasileira da última década foi também uma crise do Estado. Em razão do modelo de desenvolvimento que Governos anteriores adotaram, o Estado desviou-se de suas funções básicas para ampliar sua presença no setor produtivo, o que acarretou, além da gradual deterioração dos serviços públicos, a que recorre, em particular, a parcela menos favorecida da população, o agravamento da crise fiscal e, por consequência, da inflação. Nesse sentido, a reforma do Estado passou a ser instrumento indispensável para consolidar a estabilização e assegurar o crescimento sustentado da economia. Somente

¹³ No contexto internacional, identificam-se duas gerações distintas de propostas de reforma do Estado. A primeira geração tem início na Grã-Bretanha e Estados Unidos, a partir da eleição dos governos conservadores, mais especificamente a primeira-ministra inglesa Margareth Thatcher e o presidente americano Ronald Reagan. Os principais objetivos das reformas, naquele momento, era o corte de custos e o aumento da eficiência do setor público. São adotadas políticas direcionadas ao ajuste fiscal, através do corte nos gastos públicos, reformas tributárias, liberalização econômica, desregulamentação e privatizações. Essas reformas foram conduzidas com base no conceito do Estado mínimo. A segunda geração das reformas do Estado se desenvolve nos anos 90 e incorpora novas propostas, como o fortalecimento da capacidade gerencial do Estado, a melhoria da qualidade dos serviços públicos e o fortalecimento da accountability. (ANDRIOLO, 2006, p.2). Disponível em: <http://www.anpad.org.br/enanpad/2006/dwn/enanpad2006-apsa-0480.pdf>. Acesso em: 09 de abril de 2016.

assim será possível promover a correção das desigualdades sociais e regionais. (BRESSER PEREIRA, 1995, p.6)

Bresser Pereira sustentará que a reforma do Estado deve ser entendida dentro do contexto da redefinição do papel do Estado. A discussão sobre o tamanho do Estado brasileiro e quais seriam as suas funções ganha relevo com a reforma gerencial proposta pelo então ministro. Para o autor, o Estado tem que deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento. Desta maneira,

[...] reformar o Estado significa transferir para o setor privado as atividades que podem ser controladas pelo mercado. Daí a generalização dos processos de privatização de empresas estatais. Neste plano, entretanto, salientaremos um outro processo tão importante quanto, e que no entretanto não está tão claro: a descentralização para o setor público não-estatal da execução de serviços que não envolvem o exercício do poder de Estado, mas devem ser subsidiados pelo Estado, como é o caso dos serviços de educação, saúde, cultura e pesquisa científica. Chamaremos a esse processo de “publicização”. (...) O programa de privatizações reflete a conscientização da gravidade da crise fiscal e da correlata limitação da capacidade do Estado de promover poupança forçada através das empresas estatais. Através desse programa transfere-se para o setor privado a tarefa da produção que, em princípio, este realiza de forma mais eficiente. (Ibid., p.12)

A proposta de revisão do papel do Estado a partir da reforma coloca em xeque a noção de direitos sociais construídas no processo de abertura democrática e formulação da Constituição Federal de 1988. Da mesma forma inviabiliza a Política de Saúde como fora pensada pelos movimentos sociais, a partir do momento que desvincula a sua execução do Estado e atribui esse papel à iniciativa privada em parceria com a sociedade civil. A proposta considera ainda que,

[...] o Congresso Constituinte promoveu um surpreendente engessamento do aparelho estatal, ao estender para os serviços do Estado e para as próprias empresas estatais praticamente as mesmas regras burocráticas rígidas adotadas no núcleo estratégico do Estado. A nova Constituição determinou a perda da autonomia do Poder Executivo para tratar da estruturação dos órgãos públicos, instituiu a obrigatoriedade de regime jurídico único para os servidores civis da União, dos Estados membros e dos Municípios, e retirou da administração indireta a sua flexibilidade operacional, ao atribuir às fundações e autarquias públicas normas de funcionamento idênticas às que regem a administração direta. (Ibid., p. 21)

Em relação aos recursos humanos, Teixeira (2012, p. 200) destaca que “a legislação trabalhista anterior passa a ser considerada protecionista e impeditiva de uma gestão eficiente, por permitir o uso indiscriminado de servidores e estabelecer critérios poucos flexíveis de seleção

e contratação de pessoal”. O regime jurídico único (RJU), o perfil do funcionalismo e as carreiras públicas foram alvo da proposta de reforma, além dos questionamentos sobre os concursos públicos (periodicidade de realização e perfis).

Como resposta, o governo federal propõe novos formatos institucionais para a transferência das responsabilidades pela execução das chamadas atividades não exclusivas¹⁴ do Estado, onde os serviços de saúde estariam localizados. As Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips) são exemplos desses novos formatos. Por não serem estatais, poderiam contratar os trabalhadores via CLT, o que significa em relação ao RJU uma flexibilização da relação trabalhista. (TEIXEIRA, 2012)

Nesta conjuntura e no marco da implantação do SUS, as questões do campo dos ‘recursos humanos’ em saúde ganharam novos contornos derivados das políticas de descentralização, organização dos serviços e ações de saúde, principalmente por meio da municipalização (MOROSINI, 2010, p.47). Apesar do aumento do número de trabalhadores, principalmente pela ampliação da atenção básica, o processo de municipalização expôs uma contradição, já que muitos gestores municipais, em função da lei de responsabilidade fiscal¹⁵, justificaram a

¹⁴ A autora escreve sobre a classificação das atividades do Estado a partir da proposta de Reforma. As atividades exclusivas do Estado - Eram assim chamados, aqueles serviços, cujo principal usuário é o próprio Estado. “Não são atividades lucrativas” e, por isto, o Governo defendia mantê-los com o Estado, na forma de propriedade estatal, embora, para estes serviços defendesse o que chamou de “modelo de gestão gerencial”, como as “agências autônomas”, “serviços sociais autônomos”, com o objetivo de assegurar-lhes a flexibilização das relações de trabalho e dos controles da sociedade sobre as políticas públicas: de Fiscalização; Fisco do Meio Ambiente e do Aparelho Central da Seguridade Social (Saúde, Previdência e Assistência Social). Para este setor, o Governo propôs a transformação/qualificação dos Órgãos Públicos em Agências Executivas.

Para os Serviços Sociais Competitivos o Governo propôs a “livre disputa de mercado” entre as instituições privadas, com o objetivo de promover a “eficiência e menor custo dos serviços sociais oferecidos pelas instituições privadas”. Transmitem com isto, ideia do “desperdício na administração pública”. Estes serviços eram: Educação, Saúde, Cultura, Produção de Ciência e Tecnologia. Para estes setores, propôs a estruturação das Organizações Sociais (OSs), que seriam entidades de “direito privado”, “sem fins lucrativos”, que deveriam manter “Contratos de Gestão” com o Governo Federal, que entraria como patrimônio (instalações/equipamentos), pessoal, recursos orçamentários e, em contrapartida, a entidade se responsabilizaria por um nível de atendimento da demanda social, podendo vender serviços conforme sua capacidade. Neste caso, a propriedade seria a “pública não-estatal”. O Governo FHC defendia que o Estado não deveria assumir novos serviços e que os mesmos deveriam ser ampliados, quando necessários, por meio das Organizações Sociais (OSs) (REZENDE, 2008, p.25-26)

¹⁵ A Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), ou Lei Complementar nº 101, é o principal instrumento regulador das contas públicas no Brasil, estabelecendo metas, limites e condições para gestão das Receitas e das Despesas e obrigando os governantes a assumirem compromissos com a arrecadação e gastos públicos. A LRF contém o Relatório de Gestão Fiscal (RGF) e o Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO). As informações contidas nesses documentos, além de determinar parâmetros e metas para a administração pública, permitem avaliar com profundidade a gestão fiscal do Executivo e do Legislativo. Publicada no dia 04 de maio de 2000, a LRF

terceirização do trabalho no setor. A ampliação do número de trabalhadores se deu a partir de variados arranjos com regimes jurídicos diferenciados, além de contratação pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e outros tipos mais flexíveis de contrato.

Recuperando a agenda dos trabalhadores da saúde discutidas nas CNS e nas CNRHS (ingresso por concurso público, isonomia salarial, PCCS, condições dignas de trabalho e qualificação profissional) que unificou os trabalhadores do SUS, gestores e formuladores da política, é possível perceber que no decorrer da década de 1990 esse consenso se reduz. Com a implementação do SUS, a partir da municipalização, essa agenda dependeu significativamente das condições objetivas de cada local e dos arranjos institucionais realizados. Esse fenômeno impactará as políticas para a área do trabalho em saúde e passará a fazer parte do cotidiano da gestão do trabalho no SUS, caracterizando um cenário de flexibilização das relações de trabalho e de proliferação de modalidades de inserção e gestão de profissionais. (TEIXEIRA, 2012)

Com todas as dificuldades que as conjunturas, nacional e internacional, impuseram aos trabalhadores da saúde, Teixeira (2012) destaca algumas iniciativas, que mesmo desarticuladas e fragmentadas, contribuíram para o desenvolvimento do campo de formação para o trabalho em saúde. São elas:

1)O programa de educação profissional de nível técnico de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), que qualificou 173.544 auxiliares e 71.973 técnicos de enfermagem, e especializou 15.150 enfermeiros em educação profissional; 2) o Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (Proformar), que propiciou a qualificação inicial de 32 mil profissionais em todo o território nacional; 3) o Programa de Capacitação e Formação de Pessoal para a Saúde da Família (Polos – PSF); 4) o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Graduação em Medicina (Promed), formulado em conjunto pelos Ministérios da Saúde, da Educação e a OPAS, em parceria com a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) e a Rede Unida, que objetivou adequar a formação médica aos princípios do SUS. (TEIXEIRA, 2012, p. 202)

Podemos inferir a partir dos autores consultados (Morosini, 2010, Teixeira, 2012; Vieira, 2011), que a década de 1990, face à política de caráter neoliberal, não conseguiu efetivar as políticas de cunho universalistas prevista na CF e no próprio SUS, realizando ações pontuais em função de um gasto governamental restritivo. Desta forma, os avanços mais gerais esperados não se concretizaram e as repercussões foram negativas, especialmente para a gestão do trabalho e da educação em saúde.

Destacamos como um dos desdobramentos mais nefastos para a gestão do trabalho em saúde a multiplicidade de formas de incorporação dos trabalhadores. A expansão de vínculos precários inviabiliza a efetivação do cuidado, ao passo que a rotatividade e a instabilidade dos trabalhadores é uma realidade. Esse cenário evidencia uma contradição, apesar do aumento significativo dos postos de trabalho os vínculos múltiplos e precários não fixam os trabalhadores e, portanto, não efetivam os princípios da Reforma Sanitária. (MOROSINI, 2010 e TEIXEIRA, 2012)

No que se refere à gestão da educação em saúde, “o alto grau de autonomia dos agentes de formação manteve-se por muitos anos com a consequente baixa interferência das autoridades sanitárias no mercado formativo da saúde e pouca interação do setor com outros ministérios.” (CONASS apud TEIXEIRA, 2012, p.203)

2.2. AS POLÍTICAS DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO GOVERNO LULA: CONTINUIDADES E MUDANÇAS

A eleição do presidente Luiz Inácio Lula da Silva criou uma atmosfera de expectativas no país, sobretudo por ser a primeira vez na história do Brasil que se elegeu “um representante da classe operária com forte experiência de organização política.” (BRAVO, 2008, p.17). Acreditava-se que, apesar das dificuldades no cenário internacional, com a pressão dos mercados e o capitalismo financeiro, o Brasil inauguraria uma era de enfrentamento das políticas de ajuste e combate às desigualdades sociais. Em relação às políticas sociais, mesmo com algumas análises que apontavam para o não rompimento com o projeto neoliberal, havia uma esperança que caminhássemos na direção de políticas universais e de um projeto societário incluyente e mais justo. Essa expectativa levava em consideração as experiências exitosas de algumas gestões do Partido dos Trabalhadores (PT), na esfera municipal e estadual. (BRAVO, 2008 e MOROSINI, 2010)

Em relação à política de saúde, esperava-se a chance de “reafirmar os princípios do SUS, rever as suas diretrizes, enfrentar as suas contradições, aprimorar os seus mecanismos de gestão”, além de propiciar condições políticas para aprofundar a mudança no modelo de atenção e o

processo de trabalho em saúde. (MOROSINI, 2010, p. 46). Cabe ressaltar que os principais pontos defendidos pelo movimento de Reforma Sanitária e os demais movimentos sociais, estavam presentes no documento *Programa de Governo 2002, Coligação Lula Presidente. Um Brasil para Todos*. Como podemos observar no trecho abaixo,

No fim da década de 1980, com a Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde, o Brasil montou um sistema único e nacional de saúde, que integrou os subsistemas de saúde pública e previdenciária, assim como os serviços públicos e privados, em regime de contrato ou convênio. Trata-se do Sistema Único de Saúde (SUS), que está organizado de forma regionalizada e hierarquizada, sob comando único em cada nível de governo e segundo as diretrizes da descentralização administrativa e operacional, do atendimento integral à saúde e da participação para o controle social. O SUS representa a conquista de uma forma ampla de entender a saúde, definida constitucionalmente como direito de todos e dever do Estado. [...] em defesa da vida e de um direito fundamental da pessoa humana, nosso governo trabalhará para garantir acesso universal, equânime e integral às ações e serviços de saúde, assim como a políticas sociais e econômicas que reduzam o risco de adoecimento e que promovam a qualidade de vida. Desenvolverá políticas promotoras de saúde e bem-estar nas cidades e no campo, estimulando a participação dos diversos segmentos da sociedade e respeitando o controle social dos Conselhos de Saúde. (Programa de Governo, 2002, p.48)

De acordo com Teixeira (2012, p. 204), no primeiro ano de governo Lula o plano de gestão propõe a transformação da administração pública na perspectiva de revitalização do Estado, e este é apontado “como ‘solução’, com papel ativo na redução das desigualdades sociais e na promoção do desenvolvimento.” Se tomarmos como exemplo a última proposta de reforma do Estado (1995) no governo Fernando Henrique Cardoso, lembraremos da reforma gerencial que tinha no Estado o vilão causador da crise financeira por ser grande demais, por centralizar as funções e por isso a reforma pretendia torna-lo mínimo, restrito as suas funções essenciais¹⁶. Contrariando a proposta de 1995, “a administração pública agora deveria ser otimizada no sentido do aumento da capacidade do Estado.”

¹⁶ No Plano da Reforma do Estado encaminhado ao Congresso Nacional em 23 de agosto 1995, o Governo FHC partia do princípio de que as Funções do Estado deveriam ser de coordenar e financiar as políticas públicas e não de executá-las. Defendia que “nem tudo que é público é estatal” e afirmava que “devemos socializar com a iniciativa privada a responsabilidade de diminuir as mazelas provocadas pelo mercado”. Avaliava ainda, que “se o Estado não deixar de ser produtor de serviços, ainda que na área de políticas públicas sociais, para ser agente estimulador, coordenador e financiador, ele não irá recuperar a poupança pública”. Àquele modelo de gestão do Estado, chamou de “administração gerenciada”. Em seu texto, o Governo defendia uma flexibilização nos controles da sociedade sobre as ações do Poder Executivo. Achava que “a constituição de 1988 exagerou neste aspecto, retirando do executivo a capacidade de iniciativa”. (REZENDE, 2008, p.25)

Em relação aos recursos humanos em saúde havia a expectativa de que as questões históricas que permeavam esse campo pudessem ser dirimidas. Morosini (2010) aborda a dívida histórica do SUS acerca das políticas de gestão do trabalho e da educação em saúde. As demandas dos trabalhadores – que na década de 1990 já denunciavam os descasos com os recursos humanos em saúde nas CNRHS – permaneciam sem alterações substanciais. Na maioria dos municípios sequer existia uma Política de Recursos Humanos formulada. Considerando a necessidade premente de “mudança no modelo de atenção, tornou-se evidente a carência de qualificação dos trabalhadores da saúde em relação às novas concepções e práticas de atenção à saúde que precisavam ser implantadas”, trazendo a luz mais um aspecto que evidenciava a necessidade urgente de uma revisão da política de gestão de do trabalho e da educação em saúde. (MOROSINI, 2010, p.47)

Humberto Costa assume o Ministério da Saúde, afirma o irrestrito apoio do governo federal ao SUS e apresenta a agenda política do MS para a gestão composta por cinco ações prioritárias: “ampliação do acesso ao sistema de saúde, ampliação da oferta de medicamentos, melhoria na qualidade do atendimento, controle de doenças evitáveis e expansão da rede básica.” (VIEIRA, 2011, p.92)

Contudo, seu discurso não deixa claro como todas as promessas se traduziriam em políticas. Caberia levar em consideração, como bem observa Teixeira e Paim, que seria necessária uma maior regulação da iniciativa privada e intervenção na economia que possibilitasse efetivar os princípios da Reforma Sanitária.

Ao assumir o cargo, diante da presença de mais de 600 pessoas, deu destaque para a mortalidade infantil, o ‘escândalo’ da mortalidade materna, a manutenção do Programa de Saúde da Família (PSF), o fortalecimento do SUS e o monitoramento da dengue. No seu discurso, reafirmava certos princípios e diretrizes da Reforma Sanitária, o compromisso com o SUS, a continuidade dos programas de controle da AIDS e do tabagismo, mas não avançava com proposições consentâneas com as expectativas em relação à conjuntura que se iniciava: nada sobre a regulação dos ‘planos de saúde’; muito pouco em relação à indústria farmacêutica e à produção de genéricos; nenhum plano de expansão dos investimentos nos serviços públicos; nenhum compromisso claro com a força de trabalho em saúde (TEIXEIRA e PAIM, 2005, p.271-272)

Para cumprir os desafios da agenda, o ministro da saúde apresentou a proposta de uma profunda reestruturação das áreas técnica e política do MS, reorganizando o organograma da instituição. O “objetivo era enfrentar a fragmentação das ações e fortalecer o SUS, mediante a elevação do nível de controle social do sistema”. Para tanto, a nova configuração do MS era

“composta de cinco secretarias, ocupadas por quadros vinculados a Reforma Sanitária e/ou a administrações petistas anteriores¹⁷. ” (VIEIRA, 2011, p.92). É inegável a expectativa criada em torno das equipes que passaram a compor o primeiro e segundo escalão do Ministério da Saúde, no primeiro governo do ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva. Tal esperança se baseava na história de militância e comprometimento dos mesmos com a saúde pública.

Apoiada no objetivo de colocar as demandas dos trabalhadores no centro das atenções foi criada, na estrutura central do Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), inaugurando uma nova forma de organizar o campo. Até então, as questões afeitas ao campo estavam sob condução da Coordenação Geral de Políticas de Recursos Humanos em Saúde (CGPRH) do Ministério da Saúde ou mesmo dispersas entre outras áreas. Morisini (2010, p. 50) observa que a partir dos documentos da própria SGTES, que “o MS assumiu o seu papel de gestor federal do SUS no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da formação, distribuição e gestão dos trabalhadores de saúde no Brasil”.

Cabe ressaltar, segundo os autores (Morosini, 2010; Teixeira e Paim, 2005; Teixeira, 2012 e Vieira, 2011), que na conjuntura entre os anos de 2003 e 2005, foram deflagrados, pela instância governamental, uma serie de estratégias para de alguma maneira enfrentar a dívida relativa à questão dos recursos humanos em saúde. É nesse momento que a junção das duas dimensões – educação e trabalho – em uma mesma área ministerial provoca com maior intensidade, debates e disputas por propostas de políticas sobre uma nova concepção de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. (MOROSINI, 1010, p. 50 e TEIXEIRA, 2012, p. 206) E ainda,

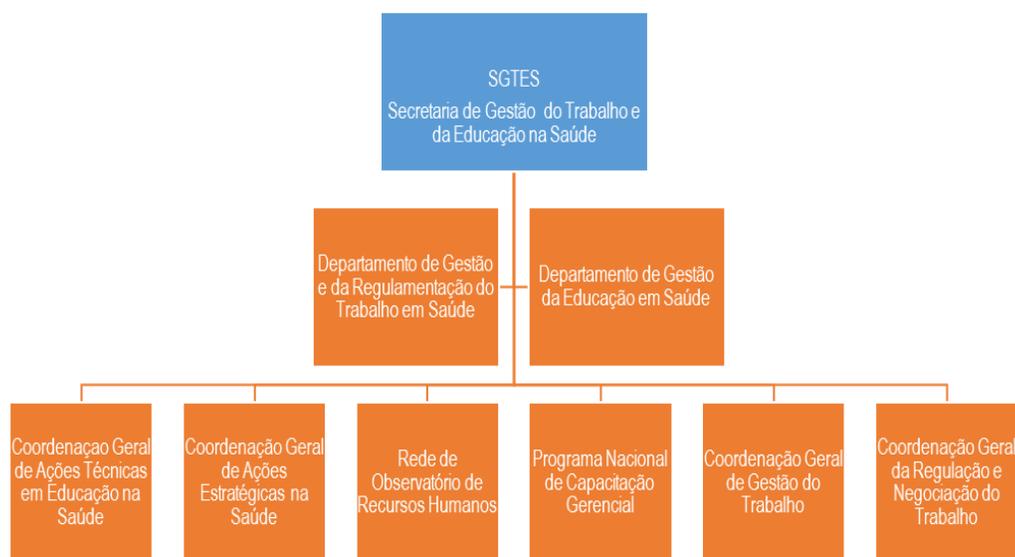
Nesse sentido, sinaliza a tentativa de ruptura com a lógica anterior de organização da área de recursos humanos na saúde, cuja fragmentação dificultava o trabalho articulado das dimensões da educação e do trabalho. Ressalta-se que essa estrutura reuniu políticas

¹⁷ A Secretaria Executiva, a cargo de Gastão Wagner, vem a integrar o Departamento de Descentralização, até então funcionando no âmbito da antiga Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, ocupada por Maria Luiza Jaeger, ficou encarregada das questões relativas à gestão, à capacitação e à formação de recursos humanos; a Secretaria de Atenção à Saúde, dirigida por Jorge, unificou as ações até então a cargo das antigas Secretaria de Assistência à Saúde e Secretaria de Políticas de Saúde; a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos em Saúde, ocupada por José Hermógenes, respondia pela política de assistência farmacêutica, inclusive pela estratégica área de fortalecimento dos laboratórios oficiais produtores de farmoquímicos e pelo estímulo à pesquisa e ao desenvolvimento (a secretaria foi organizada em três departamentos: Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia e Economia da Saúde); e a Secretaria de Gestão Participativa, a cargo de Sergio Arouca, ficou responsável pela organização das formas de controle social do SUS e pela relação do sistema de saúde com os organismos representativos da sociedade. (VIEIRA, 2001, p.92)

que tinham trajetórias e envolviam atores sociais distintos e que, até então, atuavam sob regras próprias, lidavam com problemas e demandas específicas de cada área e com diferentes graus de autonomia para responder a eles. Ao criar essa nova estrutura, o MS lança uma agenda própria para o campo, incorporando um conjunto de questões que permanecia sem tratamento desde o início da implementação do SUS. (TEIXEIRA, 2012, p. 206)

A nova secretaria compreende dois departamentos: o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS). Vieira (2011, p. 95) destaca que ao primeiro cabe a formulação, planejamento e coordenação das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde nos níveis técnico e superior. O segundo departamento trata das relações de trabalho, da formulação de critérios para as pautas das negociações, do ordenamento da responsabilidade das três esferas de governo e o estabelecimento de parcerias entre gestores do SUS. Baseia-se na concepção de que a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e a eficiência do SUS.

Figura 1. Organograma da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde



Fonte: elaboração própria (2016) a partir dos dados retirados do site www.saude.gov.br/sgtes

A nova estrutura do Ministério da Saúde, que pode ser vista em detalhe no organograma apresentado acima, influenciou na reestruturação ou estruturação de setores equivalentes nas instâncias municipais e estaduais. Conforme mostra Vieira (2011, p. 97), isso levou à necessidade de “revisão das estruturas responsáveis pela questão dos recursos humanos em saúde e a

ampliação do quantitativo de secretarias.” Dando visibilidade a questão dos recursos humanos em saúde com base nos pilares da gestão da educação e do trabalho em saúde.

Vieira (2011) destaca ainda, que a criação da SGTES teve desdobramentos na academia. O Grupo de Trabalho Recursos Humanos e Profissões, criado em 1994 na Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) teve seu nome alterado em 2007 para Grupo de Trabalho e Educação na Saúde. As instituições acadêmicas trouxeram para si a responsabilidade de conferir dimensão ao campo, dando um novo tratamento teórico e incorporando outras categorias de análise. Cabe destacar, que em relação a gestão da educação em saúde os novos contornos teóricos serão evidentes. A SGTES através do DEGES passa a implantar, com base nos programas de reorientação da formação profissional, uma política de formação que privilegia o trabalho como fonte de aprendizagem no sentido da resolução dos desafios ocorridos no cotidiano de trabalho. Os programas apresentam uma nova concepção de trabalho e educação em saúde onde o princípio da integração ensino-serviço, que se baseia na crítica ao currículo disciplinar, ao tecnicismo e ao conteudismo educacionais, seria o conceito chave da nova política. (RAMOS, 2010)

Este será o conteúdo da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e funcionará como um indicador importante das concepções presentes no âmbito da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES). Sua nova configuração valorizará os pressupostos teóricos da Pneps como referência para todas as ações relacionadas à formação, apresentando o conceito de integração ensino-serviço como mote principal dos programas.

Com a saída do ministro Humberto Costa do Ministério da Saúde e a chegada ao cargo de Saraiva Felipe (Partido do Movimento Democrático Brasileiro – PMDB), em 2005 a SGTES passa por uma transição de equipe e uma reorientação da política. A portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, define novas diretrizes e estratégias para a implementação da Pneps, adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde. Essa mudança altera a lógica de funcionamento da política, porque retira o debate do lugar coletivo dos Polos de Educação Permanente e atrela às instâncias de pactuação. Nas palavras de Ceccim,

A principal mudança é que eles passaram a entender educação permanente como uma didática, porque a política deles não é a de encontrar com todo mundo. A política deles é dizer o que deve ser feito. [...] nós não tínhamos uma política de edital, nós tínhamos uma política de fórum. A política de edital diz: encaixem-se nesse desenho, concorram a esse desenho e nós vamos financiar. A política de fórum é: o fórum vai inventar o que

vai acontecer. E nós trabalhávamos com a política de fórum de educação permanente. E o grupo atual trabalha com a lógica do edital. (RICARDO CECCIM, diretor do Deges/SGTES/MS de 2003 a 2005 apud VIEIRA, 2011, p.106)

Neste período de transição realiza-se a III Conferência Nacional de Recursos Humanos, com o tema central “Trabalhadores da Saúde e a saúde de todos os brasileiros: práticas de trabalho, de gestão, de formação e de participação”. De acordo com Vieira (2011, p.108) a estrutura da conferência guarda relação com a orientação da equipe anterior e foi organizada a partir dos seguintes eixos temáticos:

1) gestão do trabalho; 2) educação na saúde; 3) participação do trabalhador na gestão e negociação do trabalho e na gestão da educação na saúde; 4) financiamento do trabalho e da educação na saúde pela União, pelos estados e pelos municípios; 5) controle social na gestão do trabalho e da educação na saúde; e 6) produção e incorporação de saberes a partir das práticas de trabalho, de gestão, de formação e de participação, com foco no cuidado e na saúde do trabalhador do SUS. (VIEIRA, 2011, p.108)

Os eixos que nortearam as discussões na conferência serviram para mostrar o quanto ainda é necessário avançar na discussão sobre gestão do trabalho em saúde. De acordo com Vieira (2011) as diretrizes da Reforma Sanitária continuam a ser descumpridas. A existência de trabalhadores de diferentes níveis de governo (municipal, estadual e federal), de entidades prestadoras de serviços ao SUS (autarquias, institutos e fundações) e de profissionais terceirizados convivendo num mesmo local de trabalho com direitos e deveres diferenciados, representa um dos descompassos a ser resolvido para uma efetiva implantação do SUS nos moldes constitucionais.

Além de todas estas situações, há ainda, a contratação de trabalhadores sem concurso público, tais como, os contratos de cargos comissionados e àqueles por tempo determinado. Outros problemas relacionam-se aos desvios de função, a falta de estímulo profissional, as duplas ou triplas jornadas de trabalho, às formas improvisadas e arcaicas de vinculação e gestão e a inexistência de espaços de negociação. Ou seja, a precarização do trabalho persiste apesar de todas as tentativas de, por meio de programas, reversão do quadro. (FERREIRA, 2006)

Com efeito, a Política de Saúde é apresentada no programa de governo como direito fundamental e explicita-se o compromisso em garantir acesso universal, equânime e integrais ações e serviços de saúde. A concepção de Seguridade Social não é assumida na perspectiva na Constituição Federal de 1988, como desejam os movimentos sociais organizados. No entanto,

havia uma expectativa, que este governo fortalecesse o Projeto de Reforma Sanitária na saúde. (BRAVO, 2008, p. 18) Como de fato isso não ocorreu, é possível identificar similaridades ou continuidades com a política de saúde dos anos 90, destaca-se a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social.

A criação da SGTES pode ser considerada um marco positivo do governo Lula, porque conseguiu inserir a questão da educação e do trabalho no lugar de destaque que lhes cabe, tornando-os visíveis como pilares da política de saúde. Entretanto, a secretaria não obteve êxito em retomar as bases da Reforma Sanitária. Para Vieira (2012, p.110-111) “carece, para tanto, de base política e sustentação teórica-crítica, visando à superação da concepção que, hegemônica, reforça uma perspectiva conservadora da política social.”

A partir das contribuições dos autores (Bravo, 2008; Teixeira e Paim, 2005 e Vieira, 2011) pode-se identificar que a política de saúde vem sofrendo os impactos da política macroeconômica. As questões centrais não estão sendo enfrentadas. Portanto, “a continuidade das políticas de ajuste macroeconômico e as reformas da previdência e tributária contrastam com a debilidade das políticas sociais.”

2.3. A AGENDA FEDERAL PARA A SAÚDE ENTRE 2003 E 2010

2.3.1. As principais ações da “Agenda Positiva” do Degerts

A “Agenda Positiva” do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts) priorizou algumas ações, dentre elas: a cooperação técnica nas estruturas de gestão do trabalho e educação na saúde nos estados e municípios; a reestruturação das carreiras profissionais; a execução de políticas de desprecarização do trabalho; os programas de educação

permanente e implantação das Mesas de Negociação Permanente¹⁸ para viabilizar o PCCS. (Brasil/Ministério da Saúde, 2004)

De acordo com (Morosini, 2010; Vieira, 2010; Teixeira e Paim, 2005) a criação de uma secretaria, no âmbito do Ministério da Saúde, para tratar especialmente da gestão do trabalho e da educação na saúde parecia indicar uma mudança na importância do campo em relação à agenda do governo. Representou significativo avanço no sentido da estruturação de uma política de recursos humanos capaz de contribuir para o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde.

Observamos em Teixeira (2012) que na agenda do Degerts a prioridade era reverter o processo de ‘precarização’ do trabalho na saúde. Devido aos vínculos diversos e precários e a ausência de uma carreira pública no SUS, uma demanda que remonta a década de 1990. Na II CNRHS (1993), enfatizava-se a necessidade “de promover a organização do desenvolvimento, da formação e da gestão do trabalho, regulamentando tanto o ingresso no setor saúde por meio de concurso público, como também a elaboração do plano de cargos, carreira e salários (PCCS)”. (FERREIRA, 2006, p.19)

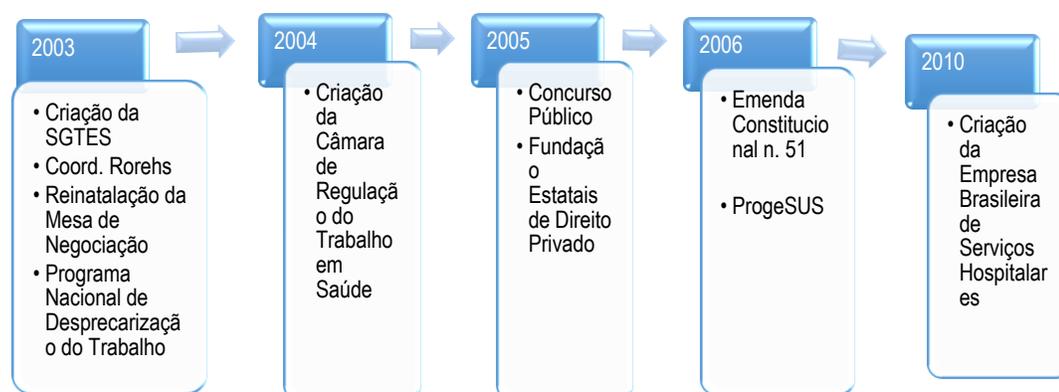
Teixeira (2012, p.207) aponta que o movimento do Ministério da Saúde em eleger o processo de ‘desprecarização’ do trabalho no SUS como uma prioridade, estaria adequado a agenda governamental que vinculava a solução para os problemas do mercado de trabalho a ampliação da formalização e revisão das regras previdenciárias. No entanto, como avaliamos no subcapítulo anterior é possível identificar continuidade na política de recursos humanos, assim como na política macroeconômica.

Na figura 2 podemos observar a cronologia das principais ações e programas propostos pelo Degerts para a gestão do trabalho em saúde. Para o objetivo deste trabalho destacaremos as ações que são mais relevantes para os programas de reorientação profissional no SUS.

¹⁸ A Mesa Nacional de Negociação Permanente no SUS foi uma estratégia de ampliação do debate e democratização das relações de trabalho, que já havia sido implementada por duas ocasiões (1993e 1997) sem regularidade. Esse recurso volta a ser utilizado numa tentativa de dirimir os conflitos relacionados ao trabalho e prosseguir na construção do PCCS. Como espaço privilegiado de debate entre gestores e trabalhadores a MNNP-SUS produziu documentos relevantes e serviu de parâmetro para a instalação de Mesas Estaduais e Municipais de Negociação Permanente do SUS. Contudo, representou avanços limitados no sentido da efetivação de mudanças concretas na resolução das pautas trabalhistas no SUS¹⁸. (TEIXEIRA et al., 2012, p.208-209)

Observamos no período de 2003-2005 a prevalência de uma agenda mais afinada com as reivindicações históricas dos trabalhadores do SUS. Contudo, de 2005 a 2010 percebemos um redirecionamento da política, que passa a priorizar a busca por um novo modelo institucional para a gestão pública. O Degerts aposta em novos modelos institucionais como solução para os desafios da gestão do trabalho, em tempos de flexibilização e precarização do trabalho.

Figura 2. Cronologia das principais ações do Degerts no período de 2003 a 2010.



Fonte: Elaboração própria, 2016.

Em 2003, o Ministério lançou o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS¹⁹. Entre as estratégias para desprecarizar o governo priorizou o apoio a realização de concursos e a construção de diretrizes para implementação do PCCS, além da discussão sobre as carreiras de saúde como carreiras de Estado, quais seriam e quais poderiam ser incorporados via modalidade de emprego público. (TEIXEIRA, 2012, p.208)

¹⁹ O Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS era gerido por um comitê do qual faziam parte membros do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), além de representante do Ministério da Saúde, do Trabalho e entidades de trabalhadores. (TEIXEIRA, 2012, p.207). Segundo entendimento do CONASS e do CONASEMS, trabalho precário está relacionado aos vínculos de trabalho no SUS que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, seja por meio de vínculo direto ou indireto. Ainda segundo o CONASS e o CONASEMS, mesmo que o vínculo seja indireto, é necessário garantir o processo seletivo e, sobretudo, uma relação democrática com os trabalhadores. Por sua vez, para as Entidades Sindicais que representam os trabalhadores do SUS, trabalho precário está caracterizado não apenas como ausência de direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, mas também como ausência de concurso público ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no SUS. Assim, Proteção social significa o pleno gozo de direitos trabalhistas e previdenciários. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.13)

Dentro da temática da precarização merece destaque o Programa de Saúde da Família (PSF). As ações referentes a atenção básica, indicaram o compromisso do governo com a ampliação e fortalecimento do PSF. (BRAVO, 2008). No entanto, estudos²⁰ identificaram que cerca de 20 a 30% de todos os trabalhadores inseridos nesta estratégia apresentava vínculos precários de trabalho, o que contribuiu para a alta rotatividade e insatisfação profissional. Levando em consideração que a descentralização da política, a partir da municipalização, trouxe uma nova ordem de demanda para os gestores municipais, a situação nas equipes de saúde da família se torna um desafio para esses gestores.

O Programa de Saúde da Família (PSF) também será o cenário prioritário da implementação da Política de Educação Permanente em Saúde e dos programas de reorientação profissional no SUS. Os programas que estudaremos neste trabalho (PRÓ-SAÚDE e PET-SAÚDE) priorizarão o PSF como espaço de formação e de intervenção. Cabe destacar, dentre algumas contradições que a política de gestão do trabalho apresenta que o cenário que melhor retrata a precarização do trabalho no SUS será também, o lugar da reorientação da formação.

As iniciativas do Degerts que visam ampliar e qualificar a força de trabalho no SUS pretendem fazê-lo por meio da educação permanente, articulando a formação profissional às práticas dos serviços de saúde a partir do eixo da integração ensino-serviço. O eixo de integração ensino-serviço será o ponto comum entre os programas de gestão do trabalho e de gestão da educação em saúde. (TEIXEIRA, 2013, p.1614)

O segundo momento da política de gestão do trabalho é definido por Teixeira (2012) pelo destaque conferido a proposta de um novo modelo institucional para a gestão pública: as Fundações Estatais de Direito Privado²¹. Rezende (2008) questiona se o projeto é uma novidade

²⁰ Estudo de Monitoramento da Implementação e Funcionamento das equipes de saúde da família, realizado em 2001/2002 pelo Departamento de Atenção Básica (DAB). (BRASIL, Ministério da Saúde, 2003)

²¹ Trata-se do Projeto de Lei Complementar 92/2007, apresentado ao Congresso Nacional, pelo Poder Executivo, em 13/07/2007, que propõe regulamentar o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal, parte final, para definir as áreas de atuação de fundações instituídas pelo poder público. A proposta cria um novo desenho para as instituições públicas. Propõe que, mediante lei específica, poderá ser instituída ou autorizada a instituição de fundação sem fins lucrativos, integrante da administração pública indireta, com personalidade jurídica de direito público ou privado, e, somente direito privado, para o desempenho de atividade estatal que não seja exclusiva do Estado, nas seguintes áreas: saúde, incluindo os hospitais universitários – neste caso, precedido de manifestação do conselho universitário -, assistência social, cultura, desporto, ciência e tecnologia, meio ambiente, previdência complementar do servidor público (art. 40, §§ 14 e 15, da CF), comunicação social, e promoção do turismo nacional. (REZENDE, 2008. P.33).

ou apenas uma revisão do trabalho feito por Bresser Pereira (1995) em sua proposta de Reforma do Estado²². A proposta do MS contemplaria as áreas não exclusivas do Estado, o que Bresser Pereira caracterizou como “publicização”, e seriam fiscalizadas pelos órgãos de controle.

Sobre a gestão do trabalho no SUS o Ministério da Saúde coloca que a proposta de Fundação Estatal²³ seria uma forma de solucionar o problema das múltiplas formas de vínculos existente no SUS e que legalizaria as relações de trabalho em serviços de saúde. Teixeira (2012, p.211). Em suma, a defesa do Degerts/MS pelas Fundações Estatais de Direito Privado apresentava esse modelo de gestão como uma possível solução dos problemas mais emblemáticos do trabalho em saúde. Apesar de defendido arduamente pela equipe ministerial não houve consenso entre gestores e representações dos trabalhadores, nem o próprio Conselho Nacional de Saúde (CNS) assumiu tal posição. Contudo, alguns estados aprovaram leis próprias implementando o modelo na saúde, a exemplo do Rio de Janeiro²⁴, Bahia, Sergipe e Pernambuco.

Teixeira (2012) identifica uma segmentação na política de gestão do trabalho em saúde, a partir de 2007. À medida que o núcleo central do MS defendia o novo modelo de gestão, a pauta anterior do Degerts fica esvaziada. Cabe lembrar que a agenda anterior priorizava a formulação do PCCS, a construção da carreira de Estado na saúde, o fortalecimento das estruturas responsáveis pela gestão do trabalho nos estados e municípios, ou seja, a consolidação da gestão pública. A nova agenda encerra a dimensão do trabalho na gestão, como se a reorientação do sistema de saúde dependesse apenas de bons gestores.

²² A reforma do Estado deve ser entendida dentro do contexto da redefinição do papel do Estado, que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento. No plano econômico o Estado é essencialmente um instrumento de transferências de renda, que se torna necessário dada a existência de bens públicos e de economias externas, que limitam a capacidade de alocação de recursos do mercado. Para realizar essa função redistribuidora ou realocadora o Estado coleta impostos e os destina aos objetivos clássicos de garantia da ordem interna e da segurança externa, aos objetivos sociais de maior justiça ou igualdade, e aos objetivos econômicos de estabilização e desenvolvimento. Para realizar esses dois últimos objetivos, que se tornaram centrais neste século, o Estado tendeu a assumir funções diretas de execução. As distorções e ineficiências que daí resultaram deixaram claro, entretanto, que reformar o Estado significa transferir para o setor privado as atividades que podem ser controladas pelo mercado. (BRESSER PEREIRA, 1995, p.12)

²³ Quanto a incorporação de pessoal Teixeira (2012, p.210) informa que a incorporação deveria ser por meio da CLT, por seleção pública e Plano de Carreiras, Empregos e Salários. Os servidores estatutários, poderiam ser cedidos para fundação sem perdas pessoais.

²⁴ Para maiores informações sobre os novos modelos de gestão no Rio de Janeiro, consultar BRAVO (2008 e 2015)

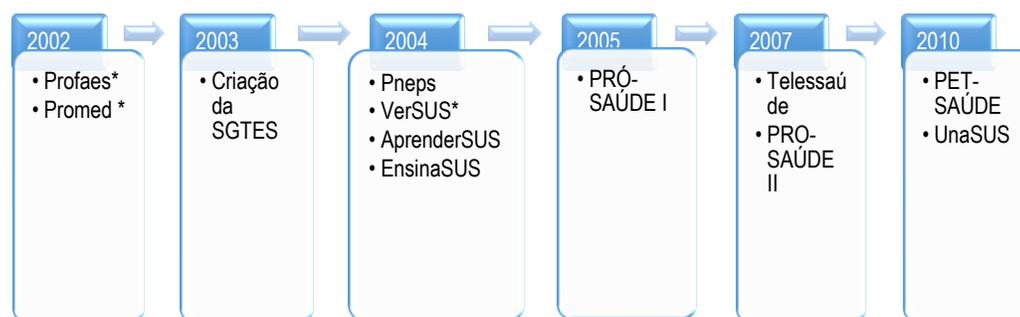
2.3.2. O DEGES e a política de reorientação da formação profissional

O Departamento de Gestão da Educação em Saúde foi criado para desenvolver atividades que englobam a qualificação de profissionais da área da saúde; a busca da integração dos setores da saúde e da educação para o fortalecimento das instituições formadoras, no interesse do SUS; e a adequação da formação profissional as necessidades de saúde. O principal papel do DEGES é a articulação entre os setores e as instituições responsáveis pela implantação das políticas.

Ao trabalhar as especificidades dos campos da qualificação, a integração dos setores de saúde e a adequação da formação profissional as necessidades do SUS, o DEGES se propõe a promover a articulação entre três eixos fundamentais: a relação entre a educação e o trabalho; a mudança nas políticas de formação e nas práticas de saúde; a produção e a disseminação do conhecimento e a educação nos locais de serviço (Brasil/Ministério da Saúde - Política de Educação Permanente, 2004).

Partindo da articulação dos eixos fundamentais o DEGES propõem ações e programas. Na figura abaixo é possível visualizar algumas iniciativas importantes, que tiveram continuidade ou que inspiram outros programas e aconteceram ainda em 2002, e os principais programas e ações do DEGES no período de 2003 a 2010. Para efeito deste trabalho destacaremos a Pneps e os programas de reorientação da formação profissional, para o nível superior.

Figura 3. Linha do tempo das principais ações do DEGES no período de 2003 a 2010.



Fonte: Elaboração própria, 2016.

* Profaes²⁵

²⁵ O Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps) foi idealizado com respaldo nos resultados obtidos com o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (Profape), desenvolvido a partir de 2002. A experiência de execução do Profape permitiu ao Ministério da Saúde a constituição de uma rede de 319 escolas técnicas de saúde, públicas e privadas. A execução técnica-pedagógica dos cursos de formação de trabalhadores, prioritariamente, estará a cargo das Escolas Técnicas do SUS, Escolas de Saúde Pública e

*Promed²⁶
*VerSUS²⁷

Contudo, os autores consultados (Morosini, 2010; Teixeira, 2012 e 2013 e Vieira, 2011) são unânimes em destacar que a gestão da educação, assim como a gestão do trabalho em saúde, tem dois momentos bem marcados entre os anos de 2003 e 2010, onde a direcionalidade das políticas de formação e qualificação do trabalho em saúde terá diferentes objetivos. Podemos dividir esse período em dois momentos: 2003 a 2005 e 2006 a 2010. No primeiro momento a ênfase foi dada a educação permanente através do desenho da ‘Política Nacional de Formação para o SUS: caminho para a educação permanente em saúde’ e num segundo momento a prioridade foram os programas de reorientação da formação profissional em saúde.

Os primeiros dois anos do DEGES (2003-2004) podem ser caracterizados como os mais coletivos do processo de construção da política pelo entendimento que a gestão do MS tinha de que a efetivação da política não se daria apenas via gestão federal, entendia-se que a construção era uma tarefa coletiva e deveria acontecer em todas as esferas de governo em articulação com as instituições formadoras e os serviços de saúde.

O Deges decidiu-se pela adoção de uma política de educação permanente 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 Educação Permanente em Saúde apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de

Centros Formadores vinculados aos gestores estaduais e municipais de saúde. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/319-sgtes/gestao-da-educacao/9595-profaps>. Acesso em: 02 de março de 2016.

²⁶Em articulação interministerial (Ministérios da Saúde e da Educação), foi lançado o Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (Promed), criado por meio da Portaria Interministerial nº 610 o programa visa incentivar escolas médicas a fazerem mudanças curriculares nos cursos de medicina de todo o país. Para viabilizar as mudanças nos currículos, o programa investirá R\$ 8 milhões até 2003. O principal objetivo do programa é adequar a formação dos médicos à realidade do atual sistema de saúde brasileiro, já que o currículo das escolas de Medicina praticamente não sofreu alterações nos últimos 30 anos. (Brasil/ Ministério da Saúde - Informe Saúde, ano VI, nº158, abril, 2002)

²⁷ O VerSUS (Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde) é um projeto estratégico do Ministério da Saúde em parceria com a Rede Unida que acontece desde 2002, com foco na formação de trabalhadores para o SUS. O projeto foi inspirado no VerSUS- Rio Grande do Sul, por isso a sua existência antecede a criação da SGTES. Com a criação da SGTES o projeto ganha dimensão nacional. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER_SUS.pdf> Acesso em: 02 de março de 2016.

saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004, p.9)

A Política de Educação Permanente, lançada em fevereiro de 2004, apostou na mudança dos serviços a partir da educação dos trabalhadores, ou seja, a transformação da qualidade do trabalho se daria pela educação. Os principais intelectuais que deram corpo a proposta, reconheciam os serviços de saúde como organizações complexas, em que somente a aprendizagem significativa seria capaz da adesão dos trabalhadores aos processos de mudança no cotidiano. Fomenta-se a necessidade de trabalhadores engajados, que retomem os ideais da Reforma Sanitária, forçando uma inflexão na realidade da gestão, da formação e da atuação dos trabalhadores da saúde. (RAMOS, 2010).

A proposta da política de educação permanente se fundamenta na metodologia da problematização deslocando assim, da dimensão tecno-científica para a dimensão do local, do específico e do cotidiano de trabalho. O conceito passa a ser chamado de educação permanente em saúde, orientando toda a mudança no perfil e na formação do trabalhador da saúde. (CECCIM, 2004,2005)

A Portaria n. 198, de 13 de fevereiro de 2004, compreende as diretrizes para a implementação da política e corresponde ao primeiro momento da Pneps (2003-2005) em que são criados os Polos de Educação Permanente em Saúde²⁸. Os Polos consistiam em “espaços para o estabelecimento do diálogo e da negociação entre os atores das ações e serviços do SUS e das instituições formadoras; lócus para a identificação de necessidades e para a construção de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento”. O MS apostou nesse espaço

²⁸ O Polo era um colegiado gestor composto por: gestores estaduais e municipais de saúde e educação, Instituições de Ensino (IE) com cursos na área da saúde, escolas técnicas, escolas de saúde pública e demais centros formadores das secretarias estaduais ou municipais de saúde, núcleos de saúde coletiva, hospitais de ensino e serviços de saúde, estudantes da área de saúde, trabalhadores de saúde, conselhos municipais e estaduais de saúde, movimentos sociais ligados a gestão das políticas públicas de saúde, todos teoricamente com o mesmo nível de poder de decisão nos Polos. O Conselho Gestor dos Polos poderia ser constituído por: representante dos gestores estadual e municipais de saúde, do gestor do município sede do Polo, das IE e estudantes. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004, p.11)

coletivo de decisão²⁹ para propor ações que visassem à transformação do processo de trabalho em saúde a partir da Pneps. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004, p.11)

O objetivo do DEGES é que a Pneps fosse apreendida como uma proposta para a superação de toda a insuficiência e fragmentação dos programas e ações anteriores. A expectativa do departamento e dos formuladores da política era da Pneps potencializar a transformação das práticas dominantes no sistema de saúde e desafiar a os trabalhadores a problematizarem as suas próprias práticas. (Brasil/ Ministério da Saúde apud VIEIRA, 2011, p.103)

Ainda no primeiro momento político do DEGES (2003-2005) algumas iniciativas foram tomadas com vistas a estreitar o relacionamento entre as instituições formadoras e o sistema público de saúde, todos os projetos e programas enfatizavam a necessidade de se aprimorar a dimensão da gestão da educação com vistas a qualificar o trabalho³⁰.

Todavia, estudos como o de Ramos (2010) e Vieira et al. (2008), evidenciam questões importantes na implementação da Pneps nos moldes apresentados. As autoras destacam a fragilidade dos pressupostos teóricos chamando a atenção para a necessidade de ampliar o escopo

²⁹ Os primeiros encontros da Região Metropolitana I tiveram como pauta a composição do Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS da Região Metropolitana I (PEP- MET I), a definição da instituição sede e a elaboração e aprovação do seu Regimento Interno. O Colegiado de Gestão do PEP-MET I tem aproximadamente 280 signatários, dentre profissionais de saúde, escolas técnicas, universidades públicas e privadas, estudantes, conselhos de saúde, gestores, sindicatos, organizações não governamentais e outros. O Conselho Gestor é integrado por 42 representantes, sendo 14 representantes de órgãos formadores (instituições públicas e privadas, de ensino médio e superior), 14 representantes de movimentos sociais (incluindo entidades estudantis) e 14 representantes de gestores estaduais e municipais. Disponível em: <<http://www.proeps.uerj.br/jandocpolo.htm>>. Acesso em: 02 de abril de 2016.

³⁰ O VerSUS (Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde) projeto idealizado para aproximar os estudantes das áreas de saúde do SUS foi um dos primeiros projetos a pensar a reorientação profissional. Levando em consideração, que identificava com um dos elementos críticos da formação dos profissionais de saúde o distanciamento das reais necessidades de saúde e da realidade do SUS. (Brasil/Ministério da Saúde – EducarSUS, 2004) A equipe do DEGES considerava, que mesmo nos currículos já em processo de mudança, a organização dos serviços e a gestão da saúde permaneciam dimensões desconhecidas para grande parte dos estudantes. Nos primeiros documentos do departamento a dimensão da gestão é valorizada como uma das possíveis soluções para os nós críticos do sistema.

O ‘AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área de saúde’, consistia em um conjunto de ações para o fortalecimento da cooperação entre instituições de ensino superior e o sistema de saúde. Dentre elas a definição das diretrizes para mudanças na graduação das profissões de saúde, tendo como eixo o debate em torno da integralidade da atenção à saúde. Ainda no âmbito do AprenderSUS, o projeto denominado EnsinaSUS, “contemplou uma série de pesquisas inovadoras de mudanças na formação e educação permanente em saúde, fornecendo referenciais teóricos para o campo.” (Teixeira, 2013, p.1616)

da análise em relação à Pneps. Destacam que o foco da política é na inadequação do processo educativo em referência às necessidades sociais. A mediação com a realidade sócio econômica desaparece do discurso e da prática, como se a educação e a saúde fossem campos neutros que respondem aos interesses de uma sociedade abstrata.

Ramos (2010) chama a atenção que a crise dos sistemas de saúde tende a ser tratada como um problema de formação e de gestão, pouco se considerando as mediações que a interconectam com as tendências macroeconômicas e políticas do capitalismo contemporâneo. No caso do Brasil e pensando nas políticas implementadas pelo DEGES é como se a responsabilidade por efetivar a reforma sanitária dependesse do trabalhador. Diante dessa análise poderíamos inferir que o peso de fazer acontecer à transformação necessária para a consolidação do sistema público de saúde repousa sobre o trabalhador.

Sobre os pressupostos teóricos e a ausência da dimensão sociopolítica na Pneps, Ramos (2010) acrescenta que a “apropriação do conceito de educação permanente em saúde no Brasil não pode desconsiderar a natureza pública do Sistema Único de Saúde e os princípios da integralidade, da universalidade e da equidade”, tais conceitos expressam direitos sociais a serem garantidos pelo Estado fruto da luta dos trabalhadores, conquistas que orientaram as lutas progressistas da reforma sanitária. A autora ainda destaca que,

[...] tal consolidação é vista como função da organização do sistema no nível das microrrelações de poder, de tal modo que os princípios de gestão, a formação e a atuação dos trabalhadores da saúde tornam-se mediações fundamentais, muito mais do que os determinantes macroeconômicos e políticos. Em outras palavras, a concretização da reforma sanitária dependeria da constituição de sujeitos sociais capazes de efetivar as mudanças propostas. (RAMOS, 2010, p.66)

Com a mudança do ministro da saúde em meados de 2005, podemos dizer que começa um segundo momento para as políticas de educação em saúde. De acordo com Teixeira et al. (2012) houve uma inflexão na condução da política do ponto de vista da institucionalização. A segunda Portaria 1.996/07 sobre a Pneps redefine o formato, que no primeiro momento era coletivo e aberto a todos os envolvidos no processo de formação e agora se restringe as instâncias gestoras (estadual e municipal) através dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), atualmente denominados de Comissões Intergestores Regionais (CIR), com a participação das Comissões

Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES). Neste segundo momento da política priorizou-se a diretriz da regionalização para a Pneps³¹. (CORREA, 2013)

De acordo com Teixeira et al. (2012) a criação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (Cies) efetiva o que preconiza a Lei Orgânica da Saúde para a definição de prioridades nas propostas educativas. Neste mesmo período o governo lança uma série de documentos chamado Pacto pela Saúde³². Esses documentos expressam um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) e redefine as responsabilidades de cada gestor. A Pneps se adequa aos novos arranjos institucionais, mudando assim as suas instâncias de planejamento e decisão.

Observamos em Teixeira et al. (2012) uma reflexão sobre o novo momento da política de gestão da educação no Brasil. Se por um lado a inflexão tira a esfera federal de cena e inaugura uma nova forma de gerir a política, com novos arranjos institucionais trazendo-a para perto das demandas locais e fortalecendo a atenção básica, por outro lado o desequilíbrio entre as estruturas de gestão da educação em nível local, a imaturidade dos colegiados em termos nacionais com baixa execução dos orçamentos destinados à educação, preocupa o DEGES. As autoras identificam um afastamento do marco anterior da educação permanente em relação ao eixo de integração ensino-serviço como espaço de aprendizagem e se preocupa com a institucionalidade da política.

No entanto, observamos que as propostas para a política de gestão da educação no período (2006-2010), continuam não problematizando a relação da educação e do trabalho nos moldes da

³¹ Correa (2013) destaca que as decisões da segunda portaria aproximam mais os gestores das discussões locorregionais, estimulando o protagonismo da gestão local, levando em consideração o investimento político e financeiro na atenção básica, através do Programa Saúde da Família. Todavia, “o caráter de gestão colegiada preconizado pelos Polos foi perdida a partir do momento em que se definiu que a aprovação das necessidades, propostas e ações de EPS é de responsabilidade dos CGR e CIR.” (CORREA, 2013, p.02)

³² O documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do Sistema Único de Saúde, publicado na Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, contempla o Pacto firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Esse Pacto apresenta mudanças significativas para a execução do SUS, dentre as quais ressaltamos: a substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão; a Regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de Descentralização; a Integração das várias formas de repasse dos recursos federais; e a Unificação dos vários pactos hoje existentes.

sociedade capitalista. Os programas não consideram que a orientação econômica tem impacto nas políticas sociais e por consequência no SUS, não ponderam que sem o financiamento adequado não é possível dar ao trabalhador da saúde condições dignas de atender aos usuários do sistema ou formar novos profissionais nos serviços. O segundo momento da política no DEGES se diferencia do primeiro pelo afastamento direto dos envolvidos no processo de formação (gestores, estudantes, instituições formadoras, trabalhadores e serviços de saúde) dos espaços de discussão. Perde-se o caráter de fórum, a participação se dá através das instâncias institucionais.

A Portaria Interministerial (Ministério da Saúde e Ministério da Educação) nº 2.118, institui o Programa de Reorientação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE). Neste período as iniciativas do DEGES se direcionam para programas voltados a educação superior, que tem como objetivo articular a academia com os serviços a partir pactos institucionais. Os programas são elaborados para responder ao diagnóstico sobre o descompasso entre a formação profissional de nível superior para a saúde e as diretrizes e necessidades dos SUS. Esperava-se com a implementação do programa a substituição do modelo de formação individual, de caráter hospitalocentrico e fortemente especialista. (Brasil /Ministério da Saúde PRÓ-SAÚDE, 2005)

Novamente, a proposta do DEGES não articula em seu diagnóstico os determinantes macrosociais que justificam a excessiva especialização dos profissionais de saúde. O PRÓ-SAÚDE em sua primeira fase destina-se para os cursos de medicina, enfermagem e odontologia, como medida para fortalecer a estratégia de saúde da família. Mesmo lidando com as categorias que mais são afetadas pelo caráter mercadológico da saúde o projeto não problematiza o complexo médico industrial³³ e seus rebatimentos no que se convém priorizar na formação dos profissionais de saúde, nem o interesse das instituições formadoras (públicas ou privadas). Os

³³ Esse conceito tem sido utilizado desde a década de 80 no Brasil, com o propósito de ressaltar as múltiplas e complexas inter-relações estabelecidas entre os diversos atores do setor saúde e destes com os demais setores da economia. A proposta era estudar as relações entre o Estado e o complexo médico empresarial, visando a melhor elucidar as origens e a dinâmica contraditória do desenvolvimento das empresas médicas no Brasil e o padrão de consumo dos bens de saúde. O conceito de complexo médico-industrial (CMI) passou a ser concebido de modo ampliado, contemplando as diferentes articulações entre a assistência médica, as redes de formação profissional, a indústria farmacêutica e a indústria produtora de equipamentos médicos e de instrumentos de diagnóstico. O CMI é um produto histórico e particular da evolução do sistema de saúde. (...). Um complexo industrial significa um conjunto de indústrias no qual os vínculos expressos pelos fluxos de bens e serviços entre elas são mais fortes do que as ligações existentes com outros setores da economia. É um estágio onde, devido à necessidade de reprodução dos capitais investidos, as práticas capitalistas privadas tornam-se hegemônicas e determinantes das funções, papéis e relações de cada ator no interior do próprio sistema (VIANNA, 2002, p.376)

autores da proposta a partir de suas referências teóricas, pouco consideram os efeitos das políticas neoliberais como um limitador do fortalecimento de um sistema público, nos moldes do SUS. Logo, como indica Ramos (2010) a impressão é que saúde e educação não são consideradas práticas sociais e sim categorias abstratas, que não são atravessadas pela dinâmica macroeconômica. Portanto, o sucesso ou fracasso do programa depende do interesse e do envolvimento de quem participa, quando na realidade sabemos que os papéis e as relações de cada um dentro da sociedade sofrem determinações de interesses externos.

Com a ampla adesão ao PRÓ-SAÚDE I o programa ganha uma segunda edição onde são contempladas as demais categorias da saúde. A parceria interministerial (MS e MEC) continua e no bojo dos programas de reorientação da formação profissional foi criado em 2007 o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE). A proposta do programa é funcionar como estratégia para consolidar o PRÓ-SAÚDE, considerando a necessidade de incentivar a formação profissional nas unidades básicas de saúde municipais e a adequação dos serviços para o desenvolvimento de práticas pedagógicas no SUS. O PET- SAÚDE visa ampliar e qualificar a força de trabalho para o SUS com foco nos estudantes de graduação e de pós-graduação (Brasil /Ministério da Saúde, 2008).

O programa oferece bolsa nas modalidades: iniciação ao trabalho (alunos de graduação); tutoria acadêmica (professores das universidades) que pesquisarem e/ou orientarem na temática da atenção básica e preceptoria (profissionais das unidades) que orientarem nos serviços de atenção básica (Brasil/Ministério da Educação/ Ministério da Saúde, PET-SAÚDE, 2008).

As iniciativas apresentadas corroboram para destacar a importância singular da reestruturação do Ministério da Saúde com destaque para a criação da SGTES. Não há como negar que o novo arranjo favoreceu a institucionalidade da gestão do trabalho e da educação em saúde. O campo ganhou visibilidade tanto no desenho federal quanto nas estruturas correspondentes nos estados e municípios.

Contudo, permanecem aspectos da política de saúde da década de 90 como nos aponta Bravo (2008), onde o modelo privatista de saúde avança e torna inviável a universalização da saúde e a consolidação dos ideais da Reforma Sanitária. Para os recursos humanos em saúde os desafios permanecem e se agravam num contexto de flexibilização de direitos trabalhistas e aumento das taxas de desemprego, onde são exigidos do trabalhador “novas competências”.

3

A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

3.1 CONCEITOS ESTRUTURANTES

Como já apontado anteriormente, a eleição do ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva gerou uma grande expectativa de que as questões ligadas a Reforma Sanitária fossem retomadas. Imaginava-se que, apesar da crise internacional, o Brasil estaria inaugurando um novo momento histórico de enfrentamento das políticas de ajuste (BRAVO,2008). Sobre a dimensão dos recursos humanos em saúde esperava-se que o novo governo fosse assumir as bandeiras da reforma, superando a fragmentação dos programas de formação e avançando em direção a concretização de uma política para os trabalhadores da saúde.

Com a criação da SGTES essas expectativas ganham fôlego. A reestruturação do Ministério da Saúde e a criação dos departamentos para pensar a política sobre o trabalho e sobre a educação colocam essa histórica demanda em evidência. A SGTES se coloca como a responsável por desenvolver a Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde (PNRHS) e apresenta, como eixo norteador para os seus programas e ações, a Política de Educação Permanente em Saúde. Busca-se, assim, ultrapassar uma política de formação para os trabalhadores da saúde, sendo entendida “como eixo transformador; em estratégia mobilizadora de recursos e de poderes; e, ainda, em recurso estruturante do fortalecimento do Sistema. (Brasil/Ministério da Saúde, 2003) Vieira et al. (2006, p.36) destacam que a SGTES sinaliza em seus documentos uma nova ênfase no debate sobre educação e trabalho na saúde, “na medida em que coloca o processo de trabalho como centro do processo educativo”.

De acordo com Vieira et al. (2006) a ênfase da portaria 198 (MS,2004), que apresenta a Pneps, centra-se na sua função de servir como um “dispositivo” capaz de articular diferentes segmentos, instituições/atores do setor da saúde com o propósito de contribuir para a consolidação o SUS e reorientar o modelo de assistência em saúde. Ao mesmo tempo em que o

MS apresenta a educação permanente em saúde como um “dispositivo” que articula os segmentos/instituições envolvidos na reformulação do processo formativo, também a define como uma concepção pedagógica que será a base de todas as suas ações. Nas palavras de Ceccim (2009)

[...] a educação permanente em saúde precisa ser entendida, ao mesmo tempo, como uma prática de ensino aprendizagem e como uma política de educação na saúde. Como prática de ensino-aprendizagem significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança. (...) Como política de educação na saúde a educação permanente em saúde envolve a contribuição do ensino à construção do SUS. (...) as políticas de saúde e as diretrizes curriculares nacionais para a formação na área buscam inovar na proposição de articulações entre o ensino, o trabalho e a cidadania” (CECCIM; FERLA, 2009, p.162-163).

De acordo com Vieira et al. (2006) antes da criação da SGTES existiam outras iniciativas que se propunham problematizar a formação dos recursos humanos em saúde. No entanto, tais iniciativas foram consideradas fragmentadas e não articuladas a partir de um pressuposto teórico, de forma a constituir uma unidade que engendrasses mudanças efetivas na formação. Além da dificuldade de diálogo com as instituições formadoras (públicas e privadas), os segmentos envolvidos e os serviços de saúde. Esse sempre foi considerado um nó crítico do sistema. A SGTES propõe que a Pneps cumpra essa função na medida em que,

[...] apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e 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/Ministério da Saúde, 2004)

Na lógica ou marco conceitual de base da SGTES para propor a educação permanente, a formação e o desenvolvimento são realizados de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar. O Polo de Educação Permanente em Saúde é uma instância interinstitucional que funcionará como espaço democrático, eleito para promover o debate e a tomada de decisão. Deve funcionar como um dispositivo do Sistema Único de Saúde para promover mudanças, tanto nas práticas de saúde quanto nas práticas de educação na saúde, funcionando como rodas de debate e de construção coletiva. (Brasil/Ministério da Saúde, 2004)

Apesar de ser apresentada pela SGTES como uma inovação, a ideia de educação permanente remonta a década de 1980. Naquele momento foi utilizada para marcar a diferença nos processos educativos dos profissionais já formados, cujas práticas precisavam de atualização frente às recentes mudanças no mundo do trabalho. Assim, em 1984 a OPAS discute uma proposta de reorientação do pessoal de saúde para os países da América Latina, com ênfase na gestão e na formação dos trabalhadores. (RAMOS, 2010)

Nesse contexto o conceito de educação continuada sofreu severas críticas sendo considerada ultrapassada frente ao conceito de educação permanente. As críticas consideravam a sua “lógica parcelada e verticalizada, com fraca relação entre teoria-prática e desvinculada das necessidades de saúde”. (RAMOS, 2010, p.63).

Desta forma, a educação permanente ganha espaço na discussão da formação ao passo que o conceito de educação continuada começa a ser questionado e apontado como insuficiente para solucionar as questões apresentadas no novo cenário político e econômico mundial. Para Mejía (1986, p. 43) educação continuada é “El conjunto de experiencias que siguen a la formación inicial y permiten al trabajador mantener, aumentar y mejorar su competencia para que ésta sea pertinente al desarrollo de sus responsabilidades. Ou ainda de acordo com Motta (2004, p. 181) apud Ricas (1994), “educação continuada englobaria as atividades de ensino após o curso de graduação, com finalidades mais restritas de atualização, aquisição de novas informações e/ou atividades de duração definida com metodologias tradicionais”. Assim, a educação permanente se constitui em contraposição ao modelo anterior.

Sobre as diferenças entre a educação continuada e a educação permanente, Davini (2006) acrescenta que esta última aproxima a educação da vida cotidiana como fruto do reconhecimento do potencial educativo da situação de trabalho. Em outros termos, no trabalho também se aprende. E continua,

A situação prevê transformar as situações diárias em aprendizagem, analisando reflexivamente os problemas da prática e valorizando o próprio processo de trabalho no seu contexto intrínseco. Esta perspectiva, centrada no processo de trabalho, não se limita a determinadas categorias profissionais, mas a toda a equipe, incluindo médicos, enfermeiros, pessoal administrativo, professores, trabalhadores sociais e todas as variantes de atores que formam o grupo. (DAVINI. 2006, p.45)

A proposta de educação permanente encontra terreno fértil na saúde pública brasileira que a partir da constituição do SUS incorpora os conceitos da Atenção Primária à Saúde (APS),

descentralizando e organizando o sistema de saúde de forma local. A municipalização se torna realidade e o país aprende a construir políticas de forma descentralizada. A educação permanente ganha fôlego e torna-se o caminho para o alcance das metas estipuladas pelas organizações internacionais³⁴.

Sobre a pertinência dos conceitos de educação continuada e educação permanente, Ramos (2010) chama atenção para a necessidade de entender as disputas pelos significados e ressignificados em cada contexto social e histórico, entendendo que ideologias estão sendo difundidas. Motta (2004) destaca que esses processos possuem uma matriz histórica comum, mas originadas a partir de diferentes motivações. Evidencia-se que o conceito se ressignifica nos diferentes contextos históricos e que o seu uso precisa ser analisado para entender quais os propósitos nos processos educacionais.

Para Ramos (2010) no caso da saúde o uso do conceito de educação permanente guarda relação com a própria transformação do setor. A OPAS, ao usar o termo nas recomendações que faz ao Brasil, o faz porque entende que os ajustes são necessários para que o desenvolvimento do setor saúde seja satisfatório e corrobore com a política econômica em curso. Sendo assim, o termo se torna educação permanente em saúde, porque não é apenas uma vertente pedagógica, mas sim uma política pública que norteará, a partir dos seus pressupostos, todos os programas e ações para formar e qualificar a força de trabalho em saúde. A educação permanente em saúde será o eixo norteador das transformações do setor saúde no Brasil.

Filho (2004) destaca que os setores da educação e da saúde integram o conjunto daquelas atividades denominadas serviços de consumo coletivo e sofrem, portanto, os mesmos impactos do processo de ajuste macroestrutural a que o setor industrial vem sendo submetido nas duas últimas décadas: redução de custos, privatizações e terceirizações. No entanto, Ramos (2010, p.66) destaca que quando falamos em crise na saúde a consideramos com um problema de gestão e “pouco consideramos as mediações que a interconectam com as tendências macroeconômicas”.

³⁴ Em 1978 a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, e propuseram um acordo e uma meta entre seus países membros para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, através da Atenção Primária à Saúde (APS). Essa política internacional ficou conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000” (MATTA; MOROSINI, 2009).

Autores como Filho (2004), Ramos (2010) e Vieira (2006 e 2011) ressaltam o caráter peculiar do trabalho na saúde como uma atividade carregada de imprevisibilidade. Os autores sinalizam que o trabalho na saúde se caracteriza pelas incertezas decorrentes da indeterminação das demandas, pela descontinuidade e pela disponibilidade para atender a todos os casos. O trabalho em saúde “guarda algumas especificidades que o impedem de seguir uma lógica rígida, como a racionalidade dos critérios da produção material, sendo difícil sua normalização e a avaliação de sua produtividade.” Filho (2004, p.376) A natureza do trabalho em saúde privilegia as abordagens que discutem a organização do trabalho do ponto de vista das microrrelações de poder. Para Ramos (2010) esse componente caracterizará a dimensão da gestão e da formação dos trabalhadores como mediações fundamentais, mais até que os determinantes macroeconômicos e políticos.

A Pneps incorpora estes mesmos parâmetros quando define que o local de trabalho é o espaço eleito para o processo de aprendizado a partir dos dilemas cotidianos e das necessidades apresentadas pelos usuários do sistema que utilizam o serviço. Sendo assim, a Educação Permanente é aprendizagem no trabalho onde o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações. Por esta lógica o processo de formação dos trabalhadores na saúde teria como objetivo a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho que serão estruturados a partir da problematização do próprio processo de trabalho. (Brasil/Ministério da Saúde, 2003)

Vieira et al. (2006) identifica em Campos (2003) e Merhy (2002) os principais autores que dão sustentação teórica a proposta de educação permanente que temos na saúde. Esses autores vão propor novas experiências e novos caminhos para a gestão do trabalho em saúde. Através da aprendizagem significativa, na ênfase que confere ao trabalho como local de aprendizagem, Merhy trabalhará o seu conceito de tecnologia em saúde e Campos discutirá o método da roda, como conceitos que darão subsídios teóricos a educação permanente em saúde.

Para chegar a sua definição de tecnologia em saúde, Merhy (2007) considerará que o processo de trabalho é um dos nós críticos do sistema de saúde e nele está diretamente envolvido o trabalhador que opera um tipo específico de trabalho, o trabalho vivo. Trabalho vivo é o trabalho em si, aquele operado pelo trabalhador e trabalho morto seria aquele composto por matérias primas, ferramentas e recursos tecnológicos e o saber organizacional. Desta forma, para

o autor, o trabalho vivo exerce influência sobre o trabalho morto e seu modo de atuar. Sendo assim, o trabalhador com as suas experiências prévias, suas habilidades e capacidade produtiva, teria condições de interferir e influenciar na organização dos saberes tecnológicos. (Vieira et al., 2006)

Para Merhy (2002)

O trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato permanentemente, um pouco à semelhança do trabalho em educação.[...] o trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas configuram-se em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção. (MERHY, 2002, p. 48-49)

Merhy (2002, p.56-57) diferenciara o trabalho vivo em ato na saúde do trabalho fabril a partir da relação de produção e de consumo do trabalho. O autor alega que no trabalho fabril o trabalhador se relaciona com o consumidor por intermédio do produto que este usa, ao passo que, na saúde, o ato de produção e de seu consumo ocorrem ao mesmo tempo. Na saúde o ato de produção ocorre uma interseção entre o produtor e o consumidor do processo, a relação não é objetual. “O modo como o consumidor valoriza a utilidade do produto para si está sempre presente na relação imediata de produção e consumo”, no encontro, no espaço intercessor.

Para o autor o trabalho vivo do operário fabril pode ser totalmente capturado pelo controle capitalista, dado que seu produto está orientado para a satisfação de uma necessidade posta pelo mercado, não há interseção, produto e consumo são momentos distintos, porque existe uma mediação, do mercado, externa a ambos. No trabalho em saúde esses momentos não se distinguem, ocorrem ao mesmo tempo dificultando a captura do trabalho vivo; gerando uma autonomia maior do trabalhador sobre o seu trabalho; e permitindo uma intercessão maior entre usuário e trabalhador. (VIEIRA et al., 2006)

Nessa lógica, estabelece-se no momento da interseção um espaço de disputa dos interesses diversos e para Merhy este é o espaço que o trabalhador da saúde possui para introduzir mudanças no modelo tecno-assistencial. O autor conclui que na “micropolítica do trabalho, não cabe a noção de impotência, pois se o processo de trabalho está sempre aberto a presença do trabalho vivo em ato, é porque ele pode ser sempre atravessado por distintas lógicas que o trabalho vivo pode comportar.” (MERHY, 2002. P.61)

Baseado em suas reflexões, Merhy (2007) estabelece que: o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato; o trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, porque consiste num encontro de subjetividades; e por isso serão utilizadas as tecnologias, que podem ser classificadas como leves (na base das relações, o tipo de vínculo, o acolhimento, a autonomização), leve-duras (os saberes estruturados em saúde) e duras (como no caso dos equipamentos tecnológicos).

Para Vieira (2006 et al., p.46) na construção teórica de Merhy está um dos fundamentos da Pneps, já que ao questionar a postura do trabalhador frente ao trabalho morto, o autor questiona o próprio processo de formação. Ao priorizar o uso das tecnologias leves, o autor e a política elegem como espaço privilegiado para formação o cotidiano, o lugar do encontro. Desta forma, urge a reorientação profissional, deslocando a base da formação para o cotidiano, do núcleo específico da formação para o núcleo do cuidador e de suas tecnologias para operar o cuidado.

Já nas formulações teóricas de Campos a Pneps incorpora o Método da Roda. Tal formulação influenciará diretamente os métodos de gestão da Pneps, especialmente, no período entre 2003 e 2005. O autor parte do princípio que o trabalho possui dupla finalidade: assegura a reprodução social do sujeito, e ao mesmo tempo, a sua constituição. O Método da Roda seria uma forma de romper com o modelo de gestão tradicional (restrita a especialistas) e, ao mesmo tempo, exercer uma co-gestão coletiva que amplie os espaços coletivos de decisão. Vieira a partir das leituras de Campos (2006, p.50) diz que “através da criação da co-gestão (poder executivo, trabalhadores e usuários) buscar-se-ia construir uma síntese entre as evidências objetivas e narrativas envolvidas, que proporcionassem a criação de um quadro mais complexo sobre a situação desejada.” Desta forma, o Método da Roda estreitaria o vínculo entre os gestores, trabalhadores e usuários do sistema, contribuindo para erradicar o desinteresse ou os interesses difusos, a alienação e a burocratização do processo de trabalho. (VIEIRA et al., 2006)

Inspirado nesse método, foi criado o Polo de Educação Permanente em Saúde, conforme exposto no capítulo anterior. De acordo com a Pneps, os Polos deveriam funcionar como dispositivos do SUS para promover mudanças, tanto nas práticas de saúde quanto nas práticas de educação na saúde, funcionando como rodas de debate e de construção coletiva - Rodas para a Educação Permanente em Saúde. (Brasil/Ministério da Saúde, 2004) O Polo da Metropolitana I³⁵,

³⁵ Ata da reunião disponível em: <<http://www.proeps.uerj.br/jandocpolo.htm>>. Acesso em: 20 de março de 2016.

Rio de Janeiro, reunia-se na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e chegou a ter 280 signatários entre: gestores estaduais e municipais; universidades e instituições de ensino com cursos na área da saúde, incluindo as áreas clínicas e da saúde coletiva; Escolas de Saúde Pública (ESP); Centros Formadores (CEFOP); Núcleos de Saúde Coletiva (NESC); Escolas Técnicas de Saúde do SUS (ETS-SUS); hospitais de ensino; estudantes da área de saúde; trabalhadores de saúde; Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde; e movimentos ligados à gestão social das políticas públicas de saúde. Podemos dizer que uma das dificuldades do processo de constituição do Polo na Metropolitana I era a diversidade de interesses dos que ali representavam instituições, movimentos e/ou interesses próprios, isto porque, não existe igualdade de fala e interesses entre estudantes e diretores de universidades particulares, por exemplo. O que estava em disputa naquele espaço eram projetos. Projetos de SUS, de trabalho em saúde, de educação e de sociedade, absolutamente, diferentes³⁶.

Esses são os conceitos estruturantes que junto com a aprendizagem significativa conformaram a Pneps. A aprendizagem significativa advoga a necessidade da formação de englobar aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS. Ela vincula o aprendizado a elementos que façam sentido para os sujeitos envolvidos de modo que os processos de capacitação sejam estruturados a partir da problematização dos processos de trabalho. (Brasil/Ministério da Saúde, 2003) O lugar do trabalho é escolhido como *locus* privilegiado da formação, o aprendizado é centrado no aluno e nas suas experiências prévias como forma de valorizar os seus conhecimentos tácitos e desenvolver as suas habilidades. (Ramos 2010)

Sobre a formação em saúde Ceccim (2004) entende que,

A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas e não seu foco central. A formação engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS. A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações. (CECCIM, 2004, p.43)

Nota-se que os conceitos se encaixam e se potencializam. Ao passo que o trabalho em saúde é um trabalho vivo e em ato, o espaço de trabalho torna-se, a partir da aprendizagem

³⁶ Participei da constituição e das reuniões do Polo de Educação Permanente em Saúde da Metropolitana I, como representante da Executiva Regional de Estudantes de Serviço Social, Gestão 2003-2005.

significativa, o local privilegiado de aprendizado. O trabalhador com as suas experiências prévias e habilidades alça status de gestor do seu processo de trabalho. Assim entendido, cabe ao ‘gestor-trabalhador’, operacionalizar o trabalho morto (tecnologias-duras) e conduzi-lo conforme os interesses da coletividade, os usuários do serviço.

Para Ramos (2010, p. 74) a aprendizagem significativa na educação permanente em saúde pode ser vista sob duas perspectivas: elaborada a partir da “pedagogia da pergunta” (Paulo Freire) com elementos sobre o pensamento reflexivo (John Dewey); e a outra associada a uma perspectiva cognitivista, baseada nos estudos de David Ausubel.

A primeira perspectiva está ligada a ressignificação do conceito de educação continuada³⁷, tem referências na educação de jovens e adultos e na educação popular. Na saúde a aprendizagem significativa emergiria dessa tradição e estaria vinculada a problematização ou a pedagogia da pergunta. Pauta-se pela relação palavra-ação-reflexão como possibilidade de transformação social. Ramos (2010) cita Freire e Faundez (1985) para expor que,

[...] a origem do conhecimento está na pergunta, ou nas perguntas, ou no ato mesmo de perguntar; [...]. O importante, sobretudo, é ligar, sempre que possível, a pergunta e a resposta a ações que foram praticadas ou a ações que podem vir a ser praticadas ou refeitas. [...]. É preciso que o educando vá descobrindo a relação dinâmica, forte, viva, entre palavra e ação, entre palavra-ação-reflexão. Aproveitando-se, então, exemplos concretos da própria experiência dos alunos durante uma manhã de trabalho dentro da escola [...] (FREIRE e FAUNDEZ, 1985, p. 48-49 apud RAMOS, 2010, p.74).

Ramos (2010, p.75) identifica na fala de Ceccim (2004, p.49) sobre a educação permanente e aprendizagem significativa uma proximidade com o referencial teórico de Paulo Freire pelo uso problematização como parte do processo de ensino aprendizagem. Para Ceccim (2004),

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços (Haddad, Roschke e Davini,). [...]. Portanto, os processos de qualificação do pessoal da saúde deveriam ser estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho. Seu objetivo deve ser a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde. [...]. É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho – em cada serviço de saúde - que são identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas. (CECCIM, 2004, p.49).

³⁷ Para Ramos (2010, p.71-73) o sentido político e filosófico do conceito de educação continuada foi substituído por argumentos que remetem para a evolução tecnológica, para a eficácia produtiva e para a coesão social.

Contudo, o próprio Ceccim apud Ramos (2010) expõe a diferença quando ressalta que a educação popular de Freire se volta para a cidadania e emancipação humana e a educação permanente para o trabalho. Fundamentada nessa diferenciação Ramos (2010) analisa a aproximação epistemológica da aprendizagem significativa com o pragmatismo deweyano. Destaca, ainda, que identifica na Pneps os “fundamentos ético-políticos de Freire centrados na transformação social, ainda que pela crença da consciência crítica produzida pelo diálogo.” RAMOS (2010, p. 77)

Quanto à relação entre a aprendizagem significativa e o pensamento de David Ausubel, a questão central é que sua matriz é claramente cognitivista. “A aprendizagem significativa implica transformar o significado lógico do material pedagógico em significado psicológico, à medida que esse conteúdo se insere de modo peculiar na estrutura cognitiva” de cada indivíduo. (RAMOS, 2010, p.77) De acordo com Silva (2014), Ausubel defende que a “aprendizagem significativa é um processo que permite que o novo conhecimento apresentado possa se relacionar de forma não arbitrária com o conhecimento prévio que o aluno tem”, logo ele pode ser cumulativo e interativo. (SILVA, 2014, p.37). Essa será a premissa da orientação pedagógica dos programas de reorientação profissional em saúde (PRÓ-SAÚDE E PET-SAÚDE), uma valorização dos conhecimentos prévios dos estudantes e/ou profissionais de saúde e a busca por novas informações na medida em que se considera que o mundo atual produz conhecimento em alta velocidade.

Retomando a discussão de Ausubel, mesmo que dois aprendizes acessem significativamente o mesmo conteúdo eles terão modos diferentes de fazer a relação e a apreensão do conhecimento. Elas terão considerações diferentes a fazer sobre o mesmo conteúdo recebido. Ramos (2010) e Andrade (2015) acrescentam que para haver o vínculo cognitivo é preciso ser proativo, a aprendizagem significativa requer um esforço de quem aprende no sentido de criar conexão cognitiva. Andrade (2015, p.84) afirma que “as pessoas constroem os seus conhecimentos a partir da necessidade de responder a situações. Isto delimita o critério de verdade de um conceito, que será a sua efetiva capacidade explicativa do real”.

A aprendizagem significativa está inserida num contexto político, econômico e social propício para a apologia ao metodologismo e ao cognitivismo, que também se manifesta em conceitos tais como “metodologias ativas”, “desenvolvimento de competências” e “aprender a

aprender”. Essas metodologias são voltadas para a formação da capacidade adaptativa dos indivíduos, tornando-os capazes de se adaptarem criativamente a ordem estabelecida, se adequando e resistindo a velocidade das mudanças no mundo produtivo flexível. (DUARTE, 2001) A valorização do que Ramos (2006), a partir das leituras de Schwartz, apresentou como dimensão experimental do conceito de qualificação e que convergiu com a noção de competências será o tom das iniciativas metodológicas utilizadas com bastante frequência nas políticas e produções voltadas para a área de saúde.

Sobre a relação do modelo de competência com a política de educação permanente em saúde, Ramos (2010) chama atenção para a dimensão da gestão que se apoia no Método da Roda. A autora considera que existe a possibilidade da captura ao modelo de competências, tendo em vista o pensamento de Merhy (2002) que sublinha que nas organizações de saúde a autonomia profissional “pode ser obtida pelos trabalhadores organizados em equipes no jogo da micropolítica”. Ramos (2010, p. 84)

A autora trabalha com o conceito de organização qualificante,³⁸ uma formulação típica do modelo de competência que tem como principal característica considerar a imprevisibilidade como origem e ocasião da aprendizagem. Os trabalhadores aprenderiam não mais os procedimentos de trabalho e sim a adaptabilidade às situações mutantes. Conforme a autora, os serviços de saúde seriam um exemplo de organização qualificante, visto que para atuar a partir do imprevisível, exigem competências diferenciadas daquelas oriundas do conhecimento técnico, profissional e ético-político. (RAMOS, 2010, p.84-85)

Cabe enfatizar que o conceito de organização qualificante surge como um modelo de gestão baseado justamente na apropriação do conhecimento técnico do trabalhador, associado a uma ideia de iniciativa e responsabilidade. Trata-se da capacidade de pensar, de ter iniciativa e responsabilidade em situações inesperadas e adversas, consideradas desafios que surgem cotidianamente no interior do processo de trabalho. Ao trabalhador é imposta a capacidade de se adaptar a velocidade das mudanças e situações. (ANDRADE, 2015) e HIRATA (1994)

³⁸ A organização qualificante pode ser definida, da forma mais simples, como uma organização que favorece, por construção, as aprendizagens de índole profissional, isto é, uma organização que permite aprender. (ZARIFIAN, p.5)

Desse modo Andrade (2015, p.86) citando Ramos (2010) identifica a presença de um modelo de gestão típico da organização qualificante na política de educação permanente, ainda que não se possa dizer que essa se reduz a aquela. Para a política “a formação se torna um propósito e uma consequência da gestão, o que é uma característica também presente na organização qualificante.”

Em busca de alargar e superar o tradicional conceito de recursos humanos a SGTES ancora o debate na dimensão da gestão. Considerando o contexto nacional de flexibilização das relações de trabalho, desenha no SUS um conceito de trabalhador participativo, autônomo, criativo, que se adapta as diferentes realidades e que potencializa a sua capacidade criativa nos enfrentamentos de situações adversas e imprevisíveis. (VIEIRA, 2011, p.99)

Vieira et al. (2006, p.53) problematizam o papel da Pneps na perspectiva da efetivação ou ressignificação da Reforma Sanitária. Como estratégia de redirecionamento da Reforma Sanitária a Pneps expressa as concepções teóricas daqueles que entendem que é possível revolucionar o cotidiano de trabalho, o espaço do fazer profissional, sem questionar o instituído. Tratando apenas de potencializar o trabalho vivo no encontro com o usuário e organizando a dinâmica interna (as instituições) de micro poder. Entretanto, o movimento de Reforma Sanitária propunha ir além. Os teóricos da reforma entendiam a saúde em seu conceito ampliado, consideravam os determinantes estruturais, as inter-relações entre o econômico, o social e o político na lógica do capital. Nesta perspectiva as autoras concluem que a Pneps reforça uma ressignificação da Reforma Sanitária, conduzindo-a em outra direção.

Os que defendem essa ressignificação da Reforma Sanitária, a partir da Pneps, criticam o movimento sanitarista por ter priorizado a “mudança do aparato legal e da política administrativa do que a constituição de novos sujeitos capazes de efetivar as mudanças.” (VIEIRA et al. 2006, p.53). Criticam também a ênfase dada aos equipamentos (Merhy, 2002) ou recursos tecnológicos, como determinantes no processo de produção. Por defenderem o uso das tecnológicas leves que estariam atreladas ao campo das relações pessoais, da construção dos vínculos e do acolhimento, não priorizam análises que questionam a gestão da saúde ponderando os efeitos da reestruturação produtiva. (VIEIRA et al. 2006)

Desta maneira, ainda que reconheçam que a política de saúde é diretamente influenciada pela orientação neoliberal, os autores não veem nisso um entrave ou um limitador da mudança

por eles proposta. As demandas históricas (condições de trabalho, isonomia salarial, carreira de Estado, entrada por concurso público, jornadas menores, qualificação profissional) dos trabalhadores da saúde não se apresentam como uma questão que possa impedir as reformas no setor e o protagonismo do trabalhador no seu espaço de trabalho. O entrave seria a alienação do trabalhador que não vislumbra o potencial do seu protagonismo ou a importância do trabalho vivo na dinâmica dos serviços de saúde. A Pneps caminha na direção de formar e qualificar trabalhadores criativos, capazes de se adaptar a imprevisibilidade do atendimento de saúde. Capazes, portanto, de, a partir da gestão, administrar e alterar o funcionamento dos serviços públicos de saúde. (VIEIRA et al. 2006)

Em Ramos (2010) vemos reafirmada a necessidade de considerar o processo de trabalho em saúde como parte da totalidade das relações sociais de produção. Logo, não podemos subestimar o papel das relações sociais de produção no processo de trabalho, como está explícito na política de educação permanente. Na política, o trabalho vivo aparece como central. O cuidado dispensado no encontro entre o trabalhador e o usuário do sistema se torna o cerne da questão e nesse momento o trabalhador é convocado a ser o cuidador, aquele que se utilizará das tecnologias leves (baseada em seus recursos pessoais) para atender esse usuário e suas demandas de forma integral.

Como destaca Vieira et al. (2006), a supervalorização do trabalho vivo não leva em conta as bases materiais que interferem na constituição da subjetividade do trabalhador e na própria relação deste com o usuário. Concordamos com as referidas autoras quanto à assertiva que,

Essa fragilidade advém da visão unilateral que os autores em questão acabam por assumir ao não tratar a relação entre infraestrutura/superestrutura como uma totalidade, o que lhes permite afirmar que a mudança do modelo tecnoassistencial e a efetivação da Reforma Sanitária passam essencialmente, pela desalienação dos trabalhadores, pela constituição de uma nova subjetividade, de uma nova intencionalidade no trabalhador – a partir da lógica das necessidades do usuário, e, pelo fortalecimento da dimensão cuidadora, descuidando-se, entretanto, de incorporar em suas análises a interferência da base material na constituição da subjetividade do trabalhador e na própria relação deste com o usuário. (VIEIRA et al, 2006 p.56)

Partindo desse olhar eivado da concepção de que as mudanças no modelo técnico assistencial e na formação profissional dar-se-ão a partir da gestão e da educação do trabalhador, o MS, através da Pneps, lança os Programas de Reorientação da Formação Profissional em Saúde.

3.2. O PROGRAMA NACIONAL DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE – PRÓ SAÚDE

Com a criação da SGTES as discussões sobre reorientação profissional em saúde avançaram e reafirmaram o princípio da integração ensino-serviço como eixo central e a integralidade como eixo atenção/cuidado em saúde. A Pneps estabelece que os programas de reorientação terão como objetivo provocar alterações na formação dos profissionais da saúde com vistas à qualificação da atenção à saúde. (FERREIRA, 2012)

O princípio da integração ensino-serviço não é uma inovação. Existe farta referência a responsabilidade do SUS em relação à formação e ao desenvolvimento de recursos humanos em saúde na legislação brasileira³⁹, incluindo o artigo 27 da Lei Orgânica de Saúde (LOS), que aponta os serviços de saúde como campos para o ensino e pesquisa, espaços de ensino-aprendizagem integrando a assistência, a gestão e a formação em saúde. (BRASIL, 2007). Os documentos oficiais destacam a importância do cotidiano dos serviços no processo de formação dos recursos humanos em saúde, elegendo o espaço da prática como *locus* privilegiado da formação. Esta é uma discussão que precede a própria existência do SUS e toma corpo com a consolidação do sistema de saúde e os seus princípios, principalmente, o da integralidade.

Cumprir notar que existem duras críticas a educação superior em relação à formação dos profissionais de saúde. A relação das instituições formadoras com os serviços de saúde envolve muitas questões delicadas. As críticas apontam que a formação, de nível superior⁴⁰, prioriza a dimensão teórica do conhecimento em detrimento da prática e por isso estaríamos formando na direção da atenção, prioritariamente, individualizada e especializada não fazendo referência aos princípios e diretrizes do SUS. Nessa lógica, a relação teoria e prática é apontada como um dos principais desafios no processo de ensino-aprendizagem e inspiração para a elaboração de novos

³⁹ A Constituição Federal de 1988 explicita que compete ao SUS “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (BRASIL, 1988, art. 200, inciso III). De acordo com a Lei Orgânica da Saúde (LOS) de 1990, uma política para os trabalhadores de saúde deverá ter como objetivo “organizar um sistema de formação em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal” (Brasil, 1990). A necessidade de articulação entre as esferas de governo para a formalização e execução da política de recursos humanos é posteriormente explicitada com a Lei nº 8.080/90. (BRASIL, 2007)

⁴⁰ Morosini (2010) destaca as diferenças entre a formação de nível superior e de nível técnico na saúde, com destaque para a formação do agente comunitário de saúde (ACS).

programas e políticas voltados para a formação em saúde, o que será possível constatar nos dois programas que serão discutidos nesse estudo.

Morosini (2010) salienta que nos documentos oficiais tem se destacado a primazia da prática (como serviço) e da teoria (como ensino), reduzindo a prática ao trabalho, e a teoria ao ensino. Como se em cada atendimento, cada procedimento, cada orientação dos profissionais de saúde não estivesse contida ali um esforço teórico, uma reflexão que nos permite realizar da forma mais integral possível a ação necessária. Para Morosini “as dimensões práticas do ensino, como a reflexão sobre a realidade, não são consideradas, como se o pensar e o refletir não gerassem efeitos práticos e, por vezes, imediatos sobre a realidade”. (MOROSINI, 2010, p. 136-137)

Diante desta conjuntura de revisão e apreensão de conceitos para a formação em saúde, volta ao destaque o princípio da integração ensino-serviço como fórmula para solucionar o descompasso entre o perfil de trabalhador preconizado pelo sistema de saúde e o profissional que a universidade tem formado. A crítica feita à universidade diz respeito ao caráter individualizante, hospitalocêntrico, e por vezes focado em buscar o diagnóstico sem levar em consideração os determinantes sociais da saúde. Sobre o serviço recai a queixa da operacionalização dos procedimentos de forma quase automática, sem reflexão sobre o processo de trabalho e com pouco domínio da totalidade deste. Dois extremos que não contribuem em nada para a integralidade do cuidado, fruto de uma tradição de conhecimento compartimentado em disciplinas que pouco dialogam entre si e de formações⁴¹ bastante diferentes em sua maneira de entender o processo saúde-doença e a concepção de SUS.

A preocupação com a formação e qualificação dos trabalhadores da saúde consta nos relatórios de conferências, tanto gerais de saúde como as específicas de recursos humanos, que trazem em suas recomendações a necessidade de tal integração. Percebemos que as mudanças na ênfase dada ao conceito ocorrem na dimensão política e teórica do seu uso, ora por políticas

⁴¹ O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Octogésima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 07 e 08 de outubro de 1998, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 resolve relacionar as seguintes categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho: Assistentes Sociais; Biólogos; Biomédicos; Profissionais de Educação Física; Enfermeiros; Farmacêuticos; Fisioterapeutas; Fonoaudiólogos; Médicos; Médicos Veterinários; Nutricionistas; Odontólogos; Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais. (CNS, 1998)

internas, ora por recomendações de organismos internacionais que vinculam os financiamentos ao cumprimento de requisitos (SANTOS, 2008). Algumas iniciativas relevantes tentaram, através de programas e projetos, consolidar a integração ensino serviço, nas décadas de 1980 e 1990, a exemplo do Programa de Integração Docente Assistencial (IDA) e o Programa UNI⁴².

Em 2002, o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Graduação em Medicina (Promed) é apresentado como resultado de uma mobilização entre a Rede Unida, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e o MS. Tratou-se da primeira iniciativa governamental voltada a apoiar a implementação da Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)⁴³. O programa consistia em incentivo financeiro as instituições que quisessem rever a grade curricular do curso de medicina, aproximando-a da realidade do sistema de saúde. “O Termo de Referência do Programa, que inspirou políticas na área, explicitava três eixos para o desenvolvimento das mudanças: orientação teórica, abordagem pedagógica e cenários de prática.” Essa estrutura permanecerá nos programas de reorientação profissional em saúde na era da SGTES. (CAVALHEIRO, 2011, p. 19).

Desta forma, em 2005 a SEGTES lançou o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) como estratégia para operacionalizar as

⁴² Em 1981, a preocupação com a integração entre os docentes (ensino) e a assistência serviço) originou um programa que foi desenvolvido na perspectiva de integrar os docentes e os serviços, através da inserção de alunos nas unidades de atenção básica. Seguindo orientação da OPAS para os países da América Latina, o Programa de Integração Docente Assistencial (IDA) foi criado e contou com 86 projetos. O IDA não obteve o êxito logrado e limitou-se a assistência, porque não houve adesão por parte dos docentes. Contudo, se configura como uma iniciativa importante de articulação entre ensino e serviço (TEIXEIRA, 2013). Neste contexto ainda não tínhamos o SUS enquanto o sistema de saúde de referência para a formação dos trabalhadores da saúde e as ações eram centralizadas e fragmentadas.

Considerando o acúmulo com a experiência anterior e a não satisfação com a formação dos profissionais de saúde, no início dos anos 90, por iniciativa da Fundação Kellogg, foi criado o Programa UNI (Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde — União com a Comunidade). Sua proposição central se baseou na relação de parceria entre a universidade, os serviços locais de saúde e a comunidade, como o alicerce sobre o qual devem estar fundados os processos de transformação da educação dos profissionais e dos sistemas de saúde. Até então, esses atores estabeleciam entre si relações bilaterais, expressas pela Integração Docente-Assistencial (universidade-serviços), pela Extensão Universitária (universidade-comunidade) e pela Atenção Primária à Saúde (serviços-comunidade). O UNI propõe, em contraposição, articular esses três atores num sistema mais complexo e orientado para a inovação das práticas de saúde e da formação profissional. (ALBUQUERQUE, 2007, p. 357)

⁴³ As Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação na Área da Saúde, definidas para todos os cursos desta área, apontam que “a formação do profissional deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contrarreferência e o trabalho em equipe. (CAVALHEIRO e GUIMARÃES, 2011, p. 20)

mudanças propostas na Pneps. Como resultado da ação interministerial entre o MS e o MEC e apoiado pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), objetivava “a integração ensino-serviço, visando à necessidade de incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, para a abordagem integral do processo de saúde-doença”. (Brasil/Ministério da Saúde, 2007, p.13). Nota-se que o cotidiano do trabalho adquire centralidade com a Pneps na forma dos programas de reorientação profissional.

O PRÓ-SAÚDE em sua primeira edição⁴⁴ abriu vagas para os cursos de medicina, odontologia e enfermagem priorizando assim as categorias inseridas na Atenção Básica e que precisavam pensar em projetos e ações de promoção e prevenção em saúde. São cursos tradicionais em que o aluno tem contato com o serviço a partir do hospital universitário, considerado como hospital escola, e nível terciário e quaternário do SUS. Considera-se que o PRÓ-SAÚDE foi pensado como o programa estruturante para promover mudanças institucionais e o deslocamento da área da saúde da universidade, de dentro dos seus muros, para a integração com a comunidade e suas necessidades no SUS. O programa de reorientação da formação profissional optou por se referenciar na atenção básica, principal porta de entrada do SUS, para assim formar um novo perfil profissional. (CAVALHEIRO, 2011)

O programa vai destacar os princípios do SUS, as novas orientações teóricas e a produção tecnológica no campo da saúde, como motivações para a formação de um novo perfil profissional. Este novo perfil profissional deverá ser formado a partir das DCN que contemplam as prioridades expressas no perfil epidemiológico e no perfil demográfico de cada região do país. Os documentos oficiais ratificam a necessidade do compromisso das instituições de ensino superior neste processo de implementação e efetivação das DCN. O programa será estruturado a partir dos eixos: orientação teórica, cenários de prática e abordagem pedagógica. (Brasil/Ministério da Saúde/PRÓ-SAÚDE, 2007)

⁴⁴Dentro do escopo do Programa Pró-Saúde, o componente II deve ser valorizado pelo seu conteúdo de expansão e continuidade do Pró-Saúde I, mas principalmente por colocar novos desafios para a reformulação do ensino de graduação em Saúde, ao inserir outras profissões além da Medicina, Enfermagem e Odontologia e credenciar projetos por IES e não mais pelos cursos participantes. O PRÓ-SAÚDE I contemplou 89 projetos, a II etapa contemplou 67 novos projetos. (Brasil/Ministério da Saúde – Seminário de avaliação do PRÓ-SAÚDE, 2011)

Segundo Ceccim (2006, p.2), a graduação na área da saúde não tem tido “uma orientação integradora entre ensino e trabalho, que esteja voltada para uma formação teórico- conceitual e metodológica que potencialize competências para a integralidade”, onde se inclui o enfrentamento das necessidades de saúde da população e de desenvolvimento do sistema de saúde. No eixo de orientação teórica advoga-se pela necessidade que os diferentes aspectos dos determinantes da saúde estejam presentes na formação dos novos profissionais, influenciando na construção de um novo olhar sobre o processo saúde-doença e a produção de conhecimento a favor do SUS. O programa reitera a necessidade de os estudantes terem acesso aos componentes de gestão e a educação permanente. Desta forma,

[...] devem ser destacados aspectos relativos aos determinantes de saúde e à determinação biológico-social da doença, estudos clínico-epidemiológicos, ancorados em evidências capazes de possibilitar a avaliação crítica do processo saúde-doença e de redirecionar protocolos e intervenções. Devem ser ainda pesquisados os componentes gerenciais do SUS, no estabelecimento de práticas apropriadas de gestão, visando alimentar processos de tomada de decisão e estimular a conformação de redes de cooperação técnica.[...] É necessário, que se articule cada vez mais a oferta de educação permanente com as necessidades assistenciais, incentivando-se a incorporação de modalidades de educação a distância, bem como oferta de vagas de cursos de pós-graduação em áreas estratégicas ou com carências de profissionais qualificados para o SUS. (PRÓ-SAÚDE, 2007, p.18)

No entanto, o eixo de orientação teórica do programa não discute a natureza pública do sistema de saúde e os seus princípios (integralidade, universalidade e equidade) que juntos expressam direitos sociais a serem garantidos pelo Estado e que orientaram as lutas progressivas da reforma sanitária, como destaca Ramos (2010). O eixo teórico também não considera a discussão sobre o desfinanciamento do SUS e a influência do complexo médico industrial no sistema, o que daria a dimensão dos riscos que um sistema universal de saúde corre frente ao *lobby* do setor privado⁴⁵. Ainda sobre o eixo teórico interessa o destaque dado a dimensão da

⁴⁵ "O SUS está sob risco. É uma estrutura que ainda precisa de novos marcos regulatórios", alerta Stephan Sperling, que integra a Rede Nacional de Médicos Populares. Para ele, o setor privado de saúde, por meio de lobby junto aos parlamentares, quer transformar o SUS "numa estrutura disputável por interesses econômicos". Um dos projetos que visa a atender aos interesses desses grupos é a Proposta de Emenda à Constituição 451/2014, de autoria do presidente da Câmara, deputado Eduardo Cunha (PMDB-RJ), que obriga as empresas a oferecerem planos de saúde privados para todos os funcionários. (CAROLINE CAMPOS, 2015). Disponível em: <http://cartamaior.com.br/?%2FEditoria%2FPolitica%2FAs-estrategias-de-destruir-o-SUS-para-mercantilizar-a-saude%2F4%2F33131>. Acesso em: 20 de março de 2016.

Projeto de emenda à Constituição PEC 451/2014. Autoria do deputado federal Eduardo Cunha (PMDB/RJ). Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=861000>>. Acesso em 20 de março de 2016.

gestão, que seguindo a orientação da Pneps a considera como uma das principais mediações na formação dos novos profissionais.

Concordamos com a importância da revisão dos currículos, porque não podemos negar que historicamente as demandas epidemiológicas e sociais da população foram negligenciadas. Contudo, não podemos nos iludir que tais necessidades não foram atendidas no SUS única e exclusivamente por déficit na formação do trabalhador da saúde, outros elementos importantes precisam compor essa análise. Para Bravo (2008), a política de saúde nos anos 2000 acena para uma continuidade da precarização vivida na década de 1990. Apesar das mudanças na estrutura do MS, que sinaliza um maior diálogo com os trabalhadores da saúde, a política permaneceu com ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e na falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social⁴⁶.

A centralidade do cotidiano na formação proposta pela Pneps fica evidente no eixo cenário de práticas. Para Albuquerque (2008, p.358) “o conhecimento ali construído, a partir da reflexão sobre o vivido em um cenário de aprendizagem, pode se difundir por intermédio dos sujeitos que por ali passam como estudantes”. Desse modo, a autora considera que os serviços são espaços privilegiados para a transformação e consolidação dos modelos de atenção à saúde, pautados pelos valores do SUS.

O programa prevê a interação ativa do aluno com a população e com os profissionais de saúde desde o início do processo de formação, “proporcionando ao estudante trabalhar sobre problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes, como agente prestador de cuidados, compatíveis com seu grau de autonomia”. Destacamos ainda os vetores deste eixo que apontam para: interação ensino-serviço durante todo o processo de ensino aprendizagem; a diversificação dos cenários do processo de aprendizagem, levando os estudantes a rede básica de saúde (Unidade Básica de Saúde e Clínica da Família) o que possibilitaria priorizar as atividades da clínica na rede básica do SUS e não nos Hospitais Universitários (HU) nível de maior complexidade no SUS; e a articulação dos serviços universitários com o SUS que possibilitaria a conexão do HU com a rede para os casos de maior complexidade. (Brasil/ Ministério da Saúde/ PRÓ-SAÚDE, 2007, p.20-22).

⁴⁶ A não viabilização da concepção de Seguridade Social tem relação com a não rearticulação do Conselho de Seguridade Social e com as ações que envolvem necessariamente à articulação com as Políticas de Assistência e Previdência Social (BRAVO, 2008)

Sobre este eixo Morosini (2010, p.139) destaca, que o “problema de articular o trabalho à formação ou, num certo sentido, a prática à teoria, é a naturalização do processo de trabalho existente”. A autora considera ainda preocupante a possibilidade de se destituir a formação da reflexão crítica sobre o trabalho. Como pudemos observar nas propostas da Pneps e agora no programa de reorientação da formação profissional a ausência de reflexão crítica sobre o cotidiano dos serviços nega ao estudante a chance de compreender os condicionantes e determinantes sócio históricos que contribuem para conformar o modo de organizar o processo de trabalho. Modo esse que determinará as responsabilidades de cada profissão, a divisão das tarefas, carga horária e etc.

Andrade (2015, p. 105) questiona o que significa formar nos cenários reais de práticas sem discutir o processo de reestruturação produtiva e seus impactos na saúde? Poderíamos também, refletir sobre o questionamento de Morosini (2010, p. 139) quando pergunta: “do que adianta formular propostas de formação para os trabalhadores da saúde, baseadas na dimensão concreta do trabalho, sem expor à crítica e à reflexão o processo de trabalho? ” Ramos (2010) elucida a questão quando aponta que a Pneps e os programas de reorientação da formação profissional em saúde se baseiam na pedagogia das competências, que justifica o contexto atual de hegemonia da teoria dos micropoderes e não discute o trabalho como princípio educativo e sim como princípio pedagógico⁴⁷.

Desta forma, a capacidade de gestão de habilidades próprias para solucionar as imprevisibilidades no trabalho em saúde, com iniciativa e responsabilidade, seria o suficiente para lidar com as atuais condições de trabalho existentes na saúde que é caracterizado como algo dado. Cabe ao trabalhador autônomo e organizado na dimensão da micropolítica transformar o seu espaço de trabalho. Ramos (Ibid., p. 91) acrescenta que esta orientação teórica “obscurece as determinações mais essenciais do fenômeno que constitui a crise dos serviços de saúde, quais sejam, aquelas de ordem econômica e política. ”

Vieira (2011) chama atenção para o fato que toda a potencialidade proposta pelo programa convive ao mesmo tempo com iniciativas pautadas em modelos gerenciais (Fundação Estatal de Direito Privado, OS, OCIPs) que na administração pública terão a flexibilidade como

⁴⁷ Abordaremos em detalhes a diferença entre o trabalho como princípio educativo e sim como princípio pedagógico quando apresentarmos o PET-SAÚDE. Considerando que o PET-SAÚDE é o programa que pretender educar e qualificar pelo trabalho.

uma de suas principais características. Por flexibilidade, entre outras coisas, entenda-se rotatividade, remuneração e carga horária diferente para trabalhadores que exercem a mesma função. Ao enfatizar as possibilidades de mudança a partir dos pequenos espaços de trabalho, acaba por reforçar uma lógica que não valoriza a coletividade e sim o trabalho independente.

A crítica ao conteudismo e as formas tradicionais de ensino que não priorizavam as necessidades do SUS, serão a base do eixo da abordagem pedagógica. Advogando pela necessidade de se buscar na aprendizagem significativa (David Ausubel) e na apropriação da problematização na pedagogia de Paulo Freire, o programa propõe um novo modelo chave para o aprendizado no SUS que é o aprender fazendo. O trabalho no seu sentido pedagógico aparece delimitado pelas correntes pedagógicas que partem do pressuposto que:

[...] os processos formativos devem considerar o acelerado ritmo de evolução do conhecimento, as mudanças do processo de trabalho em saúde, as transformações nos aspectos demográficos e epidemiológicos, tendo em perspectiva o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social. Espera-se formar cidadãos-profissionais críticos e reflexivos, com conhecimentos, habilidades e atitudes que os tornem aptos a atuarem em um sistema de saúde qualificado e integrado. (BRASIL/ MS/PRÓ-SAÚDE, 2007, p.5)

Na avaliação do programa, o ensino tradicional é conservador, porque tende a “ênfatar a excelência técnica e a formação especializada e não prepara o profissional para os desafios diários, enquanto as mais inovadoras buscam instituir competências para saber, saber fazer, saber ser, saber agir.” (Brasil/Ministério da Saúde/ PRÓ-SAÚDE, 2007, p.13) Corroborando com essa visão os estudos de Duarte (2001, p. 35) citando Perrenoud (2000) revelam que “a formação de competências exige uma pequena ‘revolução cultural’ para passar de uma lógica do ensino para uma lógica do treinamento, baseada em um postulado relativamente simples: constroem-se as competências exercitando-se em situações complexas”. Esse aprender a aprender é, portanto, também um aprender fazendo.

Andrade (2015) conclui a partir das leituras de Ramos (2010) e Vieira et al. (2006) que o programa PRÓ-SAÚDE ratifica o conteúdo da Pneps e sua referência a pedagogia das competências em sua matriz construtivista. A negação em discutir, seja no cotidiano do trabalho ou nas metodologias adotadas, o contexto de reestruturação produtiva e a flexibilização do trabalho na saúde, ou a naturalização deste, intensifica a exploração do trabalho ao passo “que as políticas de formação advogam por perspectivas pedagógicas que pautadas no pragmatismo

sobrevalorizam o trabalho vivo em detrimento dos determinantes macroestruturais.” ANDRADE (2015, p.107)

Segundo Vieira et al. (2006, p. 74) o fato do trabalho em saúde ser mais dependente do trabalho vivo, torna-o *lócus* ideal para a absorção do modelo de competência, que preconiza a valorização das habilidades subjetivas para que os trabalhadores resolvam os problemas que surgem no cotidiano de trabalho. Desta forma, desloca-se o processo de ensino aprendizagem, então, da dimensão tecno-científica para a dimensão do local, do específico e do cotidiano de trabalho.

A sobrevalorização do encontro, da subjetividade, do trabalho vivo em detrimento de uma abordagem mais completa, que leve em consideração as complexidades da saúde como prática social e o processo de ensino em suas dimensões (técnica, ética e política) caracteriza uma fragilidade importante na perspectiva teórico- metodológica do programa. Além de “reduzir o processo formativo à preparação e adequação do trabalhador às situações e aos desafios desse mundo do trabalho naturalizado”. (MOROSINI, 2010, p. 141)

Na contramão das análises críticas sobre a atual conjuntura no campo da saúde, o PRÓ-SAÚDE permanece centralizando o processo de trabalho e desvinculando sua abordagem das relações sociais de produção, destaca o potencial das metodologias mais do que na pertinência dos conteúdos; e subordina a teoria à prática em vez da unidade teoria-prática e em nenhum momento menciona as necessidades de saúde dos profissionais de saúde na sua relação com o espaço de trabalho, ou a atual situação de vínculo e permanência desses trabalhadores nesse campo. (ANDRADE, 2015, RAMOS 2010)

3.3. O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA SAÚDE – PET SAÚDE

O Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde – PET SAÚDE⁴⁸, é reconhecido como uma estratégia complementar ao Pró-Saúde, tendo como foco o desenvolvimento da qualificação em serviço para os trabalhadores da saúde do SUS inseridos, preferencialmente, na Saúde da Família. (HADDAD, 2012)

O Ministério da Saúde, parece assim investir persistentemente na ideia da formação de um novo tipo de profissional para as áreas de saúde. Entendendo que a partir de um novo perfil de profissional avançaríamos na consolidação do sistema de saúde. Como observamos anteriormente, para o MS, o PRÓ-SAÚDE foi estruturante para promover mudanças institucionais e o deslocamento da área da saúde da universidade para uma maior integração com a rede. O PET-SAÚDE é elaborado com a intenção de reforçar esse movimento, conferindo maior concretude ao processo por meio de projetos diretos de intervenção nos serviços. Os bolsistas atuam na rede básica de saúde intervindo com base em diagnóstico situacional do território e introduzindo o componente de pesquisa nos serviços. (HADDAD, 2012)

O PET-SAÚDE constitui-se em um instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos aos estudantes da área, de acordo com as necessidades do SUS. O programa oferece bolsa nas modalidades: iniciação ao trabalho (alunos de graduação); tutoria acadêmica (professores das universidades) que pesquisarem e/ou orientarem na temática da atenção básica e preceptoria (profissionais das unidades) que orientarem nos serviços de atenção básica. Uma das novidades do programa é a introdução do componente pesquisa, em especial a pesquisa clínica, a pesquisa-ação, a pesquisa sobre ensino e aprendizagem e sobre a gestão dos serviços da saúde. (BRASIL/MS, 2008)

O Programa de Educação pelo Trabalho, como parte da Pneps, se baseia na mesma orientação teórica e segue sem discutir a relação entre trabalho, educação e saúde no atual estágio do capitalismo mesmo se propondo a educar pelo trabalho, logo a ter o trabalho como princípio educativo. Da mesma forma, que não considera o cenário de flexibilização e precarização das relações trabalhistas que interferem, diretamente, na dinâmica dos serviços. O PET-SAÚDE se

⁴⁸ O PET-SAÚDE é fruto de um Termo de Cooperação e Assistência Técnica, firmado entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC). (BRASIL/ Ministério da Saúde, 2007)

propõe a ampliar o quadro e qualificar os trabalhadores do SUS, mas não promove uma discussão mais clara sobre o conceito de qualificação que defende.

Ramos (2009) considera que é preciso discutir o tema da formação dos trabalhadores na perspectiva da educação pelo trabalho, a partir do conceito de integralidade na atenção. Este princípio, segundo a autora, pode fazer a ligação entre os conceitos de saúde, trabalho e educação, fazendo sentido na vida das pessoas.

A integralidade é um conceito polissêmico⁴⁹. No entanto, a autora identifica na definição de integralidade como atributo das práticas profissionais um sentido que articula e da organicidade a relação entre trabalho, educação e saúde. Entendendo que práticas integrais na saúde correspondem ao cuidado integral ao outro, em todas as suas dimensões. Desta forma, o princípio da integralidade “recoloca o sentido do trabalho em saúde na constituição da humanidade das pessoas frente as suas necessidades de saúde [...] o trabalho em saúde resgata seu sentido ontológico”, aquele sentido inerente ao ser humano, não o ser humano como objeto da acumulação do capital, mas o ser humano sujeito da produção da sua existência. (RAMOS, 2009, p.56)

No entendimento de Ramos (Ibid., p.56) o ser humano é um ser complexo “síntese de múltiplas relações, de modo que suas necessidades são de ordem material (biológica e física), mas também espirituais e simbólicas”. Tal complexidade só pode ser vista do ponto de vista da integralidade, onde as necessidades e potencialidades do sujeito serão consideradas no cuidado. Portanto, o ser humano é complexo e potente, tem necessidades de ordens diversas, e para se realizar plenamente estabelece relações sociais que vão satisfazer as suas carências e a do outro. Ao tentar satisfazê-las ele transforma a “realidade natural e a social e, neste processo realiza-se como sujeito, desenvolvendo as suas capacidades. ” (MACHADO apud MOROSINI, 2010, p. 140)

Retomamos aqui algumas observações que estão no primeiro capítulo desse estudo. O trabalho é, então, uma característica ontológica do ser. Ontológico, porque o produto dessa ação, o resultado desse processo, é o próprio ser dos homens. Por isso podemos dizer que o trabalho define a essência humana. Sendo inerente ao ser como meio de produzir a sua existência, o trabalho também tem um sentido histórico, que vai mudando de forma conforme a organização

⁴⁹ Para Ramos (2009, p. 56) citando Mattos (2001) o princípio da integralidade é polissêmico e comporta ao menos três sentidos: como atributo das práticas profissionais; como atributo das organizações dos serviços; e como respostas governamentais aos problemas de saúde. (RAMOS, 2009, p.56)

do processo de produção. Cabe destacar, que a forma específica de essência do ser se realiza antes do trabalho assumir a forma subsumida ao capital, onde o trabalhador é alienado do seu próprio processo de trabalho, dado isso a contradição entre as realizações e as potencialidades do trabalho (SAVIANI,1994, p.148)

O trabalho em saúde tem as suas singularidades. Ele produz e mantém vida, busca satisfazer as necessidades do outro, mas difere dos processos de trabalho da indústria ou das empresas, porque lida com o outro e nos desafia a vê-lo na sua integralidade. De acordo com Ramos (2009, p. 57) “não há como pensarmos e realizarmos o trabalho para um ser humano assistido integralmente se não nos reconhecemos também como um ser integral. ” Para a autora esse é o princípio educativo do trabalho que precisa estar presente na formação dos trabalhadores.

Frigotto et al. (2014) citando Saviani (1989) afirma que o trabalho pode ser considerado como princípio educativo em três sentidos diversos, mas articulados entre si.

Num primeiro sentido, o trabalho é princípio educativo na medida em que determina, pelo grau de desenvolvimento social atingido historicamente, o modo de ser da educação em seu conjunto. Nesse sentido, aos modos de produção correspondem modos distintos de educar com uma correspondente forma dominante de educação. E um segundo sentido, o trabalho é princípio educativo na medida em que coloca exigências específicas que o processo educativo deve preencher, em vista da participação direta dos membros da sociedade no trabalho socialmente produtivo. Finalmente, o trabalho é princípio educativo num terceiro sentido, à medida que determina a educação como uma modalidade específica e diferenciada de trabalho: o trabalho pedagógico. (SAVIANI, 1989 apud FRIGOTTO et al., (2014).

De acordo com Ramos (2009) para o entendimento do que seria importante para a formação dos trabalhadores da saúde, o segundo sentido do trabalho como princípio se se aplica, pois, o trabalho é compreendido “como fundamento constitutivo do ser humano, que organiza a vida em sociedade e as relações entre os homens. Tem bases econômicas, sociais e culturais e assume formas históricas diferentes”. (MOROSINI, 2010, p.140). No entanto, na saúde, teríamos mais contato com o princípio educativo que se fundamenta em estratégias metodológicas, como ao aprender a fazendo. A Pneps prioriza os aspectos metodológicos em seus programas, estimulando o uso de metodologias ativas, em detrimento da discussão mais filosófica e necessária sobre a ontologia do trabalho e suas implicações no atual estágio dos modos de produção capitalistas que vão recolocar o lugar do trabalho e do trabalhador na sociedade e não tratá-lo como uma forma de reproduzir técnicas e práticas já apreendidas.

Morosini (2010) e Andrade (2015) destacam, a partir das leituras de Frigotto (2009) que a dimensão ontocriativa do trabalho, destacando que tal dimensão se caracteriza como um direito e um dever comum a todos os seres humanos. Ao reconhecer o outro em sua capacidade de produzir a existência, desnaturalizamos a ideia da apropriação do trabalho por quem nada produz. O autor reafirma a necessidade de não reduzirmos o conceito de princípio educativo a dimensão prática da aprendizagem, sob o risco de o “restringirmos à sua forma histórica vigente, do qual se extraem as relações instituídas e as práticas para organizar e requalificar o ensino voltado para qualificar este trabalho existente. ” (MOROSINI, 2010, p.141) Da mesma forma, que não podemos limitar a compreensão da categoria trabalho a atividade laborativa ou ao emprego, porque ele significa a produção de todas as dimensões da vida. (ANDRADE, 2015, p.90)

No trabalho em saúde Ramos (2009, p. 57) considera a riqueza do encontro entre o trabalhador e o usuário ao sublinhar que o cuidar é uma ação sociocoletiva, concreta e intencional, ao contrário do trabalho abstrato, “em que a razão de ser do trabalho de cada um se perde na indeterminação do trabalho coletivo”. A autora ressalta que esse entendimento é importante para discutirmos a alienação no trabalho que se manifesta na divisão de tarefas, onde o executor das tarefas específicas não conhece o processo de trabalho como um todo. Num trabalho parcelado como o da saúde, onde diferentes categorias profissionais desempenham as suas funções, a possibilidade de realizar as suas tarefas sem conhecer os fundamentos da mesma, ou sem saber qual será o produto final é grande. A autora salienta que nesse processo o trabalhador é destituído de sua autonomia e não vê sentido nas atividades que realiza. Com isso, “o produto do trabalho se abstrai do sujeito”. RAMOS (2009, p. 57)

Sendo assim, a formação para o trabalho pressupõe que o sujeito se aproprie, necessariamente, do conhecimento que o permita reconhecer a totalidade do processo de trabalho, ainda que ele venha atuar em parte dele. Só assim, o “trabalhador terá condições de problematizá-lo e de supera-lo na construção de novas formas de organização e produção da vida humana. ” (MOROSINI, 2010, p.141)

No entanto, na forma como o Programa de Educação pelo Trabalho está colocado essa discussão se torna inviável, porque ele constitui-se um instrumento para ampliar e qualificar a força de trabalho em saúde - através programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e estágios – sem discutir a

categoria trabalho e suas implicações no processo de formação dos trabalhadores. O PET-SAÚDE enfatiza o uso de metodologias de ensino aprendizagem, desconsiderando o princípio do trabalho educativo em sua essência, e ao fazê-lo não desnatura as relações instituídas.

Encontramos em Albuquerque (2013) e Morosini (2010) algumas pistas que podem elucidar a opção do uso pelo programa do princípio educativo do trabalho, reduzido a ideia de didática. Albuquerque (2013) apresenta uma análise sobre a educação pelo trabalho para o médico, através do PET-SAÚDE. O autor salienta que a educação necessária para o capital é aquela que produz, com o menor custo, um trabalhador que se adapte rapidamente ao uso das novas tecnologias, sem conhecer o seu próprio processo de trabalho. Para isso a metodologia de ensino aprendizagem baseada em competências, ao se constituir a partir da análise do trabalho existente, “parece reforçar a naturalização das formas de organização do trabalho e reduzir o processo formativo à preparação e à adequação do trabalhador às situações e aos desafios do mundo do trabalho naturalizado.” (MOROSINI 2010, p.141)

O Estado brasileiro tem optado por redução de custo na área da saúde e da educação e se desobrigado a geri-las em função das parcerias público-privadas. Neste sentido, delega a gestão da saúde para instituições privadas, com interesses diversos e conflitantes com os princípios do SUS. A principal justificativa do repasse da gestão e dos recursos públicos para a iniciativa privada é a administração gerencial e competente que a iniciativa privada teria frente à dificuldade, morosidade e incompetência do serviço público (BRAVO, 2008). O SUS tem sofrido pressões para ressignificar seus princípios, sob alegação de falta de recursos e a educação tem se voltado para uma formação mais aligeirada e superficial, onde o método de ensino aprendizagem se baseia na problematização do cotidiano a partir das questões trazidas pelos alunos e não necessariamente em discutir e entender as essências dos fenômenos, desvelando assim a sua aparência. (ALBUQUERQUE, 2013)

Neste sentido, as pedagogias ativas vão corroborar na formação de um trabalhador flexível, pronto a seguir protocolos sem questioná-los, se adaptando rapidamente as rotinas e as tecnologias introduzidas no processo produtivo. Mesmo que o produto do seu trabalho seja abstraído e o torne como objeto do seu trabalho e não sujeito.

A experiência relatada com os grupos de estudantes do PET- SAÚDE, no trabalho de Albuquerque et al. (2013), mostra a dificuldade dos estudantes e das equipes em lidar com a

chamada formação pelo trabalho. Os autores relatam o esforço dos estudantes em apreender a realidade do processo de trabalho no SUS e as contradições da metodologia do aprender a aprender. Albuquerque et al. (2013) descreve como os estudantes buscavam, cada um à sua maneira, os conhecimentos necessários para a resolução da demanda apresentada, de forma bastante pragmática, resumindo a sua passagem no programa ao uso de um sistema de informação, por exemplo. Para os autores, os estudantes observam a dicotomia existente entre a teoria e a prática, entre o que é ensinado na academia e a realidade dos serviços, no entanto não conseguem questionar a dicotomia em seus nexos com a macroestrutura social. Neste sentido, a diferença entre a realidade e a academia se resume a diferença entre as concepções de SUS e a concretude dos serviços de saúde.

Considerando, que não há nexos dos problemas identificados na realidade dos usuários e do próprio sistema com os determinantes macrossociais e econômicos as demandas apresentadas, a disfunção será sempre uma questão individual e a sua resolução também o seria. Por conseguinte, o plano de cuidado dos usuários do sistema será individualizado, compreendendo iniciativas dos próprios sem que a estrutura social seja sequer questionada ou tocada. Para Albuquerque et al. (2013) citando Breilh (2006) esse pensamento se funda em “nas concepções liberais que, tomam a necessidade humana como valor relativo que depende de opções individuais e das possibilidades de cada pessoa e sua família adquiri-las no mercado.” (Albuquerque et al. 2013, p.419)

A inserção de estudantes nos serviços pressupõe fundamentação teórica que busque conhecer para além do funcionamento do espaço onde se está inserido, que permita ao estudante analisar criticamente o sistema e romper com o entendimento que a fundamentação teórica está ligada apenas a possibilidade de solucionar os entraves imediatos, mas sim a compreensão do processo histórico e social e a sua determinação. (Albuquerque et al. 2013)

O PET- SAÚDE apresenta como objetivo ampliar e qualificar a força de trabalho em saúde, reiterando o diagnóstico apresentado na Pneps. Neste diagnóstico, os trabalhadores da saúde apresentavam uma formação deficiente, afastada da realidade epidemiológica e social da população, fragmentada em saberes disciplinares. Esta formação anacrônica não ofereceria condições dos trabalhadores atuarem numa perspectiva de atendimento integral. A política e o programa apontam para o cotidiano de trabalho como espaço privilegiado de encontros e

produção de conhecimento que ultrapasse a visão instrumental e o imediatismo. Nesse prisma, a crise dos sistemas de saúde é tratada com um problema de formação e de gestão, sendo possível solucioná-la a partir da troca do modelo de ensino aprendizagem, incorporando as competências, reformando o currículo e adotando uma formação em que a problematização da realidade cotidiana seja o norte do aprendizado e da transformação.

Entretanto, as instituições de saúde assim como os demais órgãos, instituições e entidades que compõe a sociedade não estão imunes às transformações mais amplas de cunho econômico e social. Portanto, faz-se necessário considerar as mediações que conectem a dimensão micro do local de trabalho com a dimensão macroeconômica e política no capitalismo contemporâneo. O Sistema Único de Saúde (SUS) é diretamente afetado por uma grande variedade de condições institucionais, políticas, ideológicas, econômicas e culturais, que antecipam e determinam o espaço dentro do qual o trabalhador pode operar seus limites e possibilidades. Desprezar essa realidade pode nos fazer incorrer no erro de aceitar que compete ao trabalhador, assentado nos princípios da organização e gestão do trabalho, ser o sujeito social capaz de efetivas as mudanças propostas concretizando a reforma sanitária, a partir da sua atuação como trabalhador da saúde. (RAMOS, 2010)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho nos propomos a apreender a noção de qualificação profissional presente na proposta da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Para tanto discutimos os programas de reorientação da formação profissional, PRÓ-SAÚDE e PET-SAÚDE. Considerando que entendemos a qualificação profissional como uma categoria produzida na relação entre trabalho e educação, ou seja, uma relação social que pode ser submetida aos interesses do capital ou ser pensada na perspectiva da emancipação humana.

Identificamos na qualificação um conceito multidimensional – dimensão conceitual, social e experimental-, rico e que possibilita fortalecer a capacidade criativa do homem potencializando a sua existência. Em contrapartida, a noção de competências é marcada pela imprecisão e pelo destaque das aptidões pessoais. Este conceito de qualificação é referência para a sociologia francesa e possibilitou explicar as transformações nos modelos de produção e sua consequência para o mundo do trabalho.

Como uma relação social construída, assinalamos a importância das categorias trabalho e educação para o debate sobre a qualificação, considerando que pretendíamos abordar o deslocamento do conceito de qualificação para a noção de competências de modo a entendermos suas repercussões no processo de formação dos profissionais da área da saúde. Para tanto, a Pneps foi entendida como a principal política norteadora da reorientação profissional em saúde.

Procurou-se observar a relação entre trabalho e educação e as transformações dessas duas atividades especificamente humanas considerando a complexidade da produção da própria existência a partir das alterações históricas que determinam o trabalho, com ênfase no capitalismo contemporâneo e a evolução do processo educativo no período. Assim foi possível compreender a formação realizada no próprio processo do trabalho até a divisão da educação em função das classes sociais. Destacamos como a produção do conhecimento foi sendo retirada do trabalhador, que no processo de divisão social e técnica do trabalho, desvinculou a esfera do conhecimento da esfera da produção; a ciência da técnica e a teoria da prática. Nesse processo não cabe ao trabalhador que produz na ponta refletir sobre o seu processo de trabalho como um todo, basta apenas deter o conhecimento necessário para operar a sua parcela de trabalho.

Nas relações capitalistas de produção, essa cisão entre trabalho intelectual e trabalho manual refletirá claramente na educação e será o teor das ações, programas e projetos na educação em saúde por muito tempo.

Na modernidade apreendemos que o trabalho, antes a essência do ser humano onde havia realização, autoconhecimento e aprendizado, adquire formas degradantes no processo de desenvolvimento. O desenvolvimento capitalista estabelece sistemas de organização do processo de trabalho capazes de detalhar a divisão do trabalho na perspectiva de aumentar a produtividade e assim acumular mais lucro. Nesses sistemas, tanto o fordista em sua essência, quanto no fordista utilizando as técnicas de Taylor (taylorismo) a separação entre a concepção e a execução foram seminais para fragmentar o processo de trabalho em tarefas e para decompor cada tarefa visando a otimização e controle do processo de trabalho.

Observamos que a mudança no paradigma produtivo surge como resposta e reorganização do capital frente à crise do fordismo e vai apresentar a especialização flexível como novo padrão para a classe trabalhadora. Neste contexto, serão exigidas novas qualificações aos trabalhadores. Será preciso qualificar o trabalhador para o trabalho flexível e coletivo, permitindo que a sua educação o prepare, o qualifique para as múltiplas tarefas.

A crise do modelo fordista, a diluição dos postos de trabalho e a flexibilização da produção para atender ao novo paradigma produtivo, colocam em xeque o próprio conceito de qualificação. Com a mudança no modelo educacional, em função do novo paradigma produtivo, o modelo de competência ganha forma e força no debate no mundo do trabalho e na universidade.

No entanto, o conceito de qualificação compreende as relações sociais que implica em considerar as condições objetivas e subjetivas de produção e reprodução da existência logo, ainda que próximas a dimensão experimental do conceito de qualificação não pode ser reduzido a noção de competência, porque esta não valoriza a dimensão social das relações de trabalho. Dito de outro modo, a noção de competência é um atributo que remete a subjetividade do indivíduo.

Constatamos que a Política Nacional de Educação Permanente foi pensada não apenas como uma vertente pedagógica, mas sim uma política pública que norteará, a partir dos seus pressupostos, todos os programas e ações para formar e qualificar a força de trabalho em saúde.

A Pneps define que o local de trabalho é o espaço eleito para o processo de aprendizado a partir dos dilemas cotidianos e das necessidades apresentadas pelos usuários do sistema que utilizam o serviço. Sendo assim, a Educação Permanente é aprendizagem no trabalho onde o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações.

Nota-se que as metodologias ativas, baseadas na aprendizagem significativa compõem a base da Pneps e o eixo de abordagem pedagógica dos programas de reorientação profissional em saúde. As metodologias do “aprender a aprender” e o desenvolvimento de competências ganham destaques. Contudo, questionamos se a ênfase no uso de metodologias na formação não seria uma forma de adaptar criativamente os indivíduos a ordem estabelecida, levando em consideração que a política não propõe a discussão das bases do modelo produtivo.

Verifica-se que os programas de reorientação profissional em saúde ganham destaque ao afirmar o princípio da integração ensino serviço como eixo central de sua formulação. Apesar do conceito não ser uma inovação ele encontra um terreno fértil para solucionar o dilema da dicotomia entre teoria e prática e assim formar profissionais que sejam capazes de dar respostas e administrar a imprevisibilidade do trabalho em saúde. Essa é a essência dos programas que pretendem através da gestão da educação resolver as questões afeitas ao trabalho.

Cabe também evidenciar que os programas PRÓ-SAÚDE e PET-SAÚDE a partir dos seus eixos tentam cumprir este papel. Preconizam a formação de um novo trabalhador que diante dos desafios diários busque a excelência técnica, as metodologias do aprender a aprender e saber agir, destacando o potencial das metodologias mais do que a pertinência dos conteúdos. Desta forma, os dois programas analisados desvinculam as suas abordagens das relações sociais de produção e subordinam a teoria à prática em vez da unidade teoria-prática e em nenhum momento menciona as necessidades de saúde dos profissionais de saúde na sua relação com o espaço de trabalho, ou a atual situação de vínculo e permanência desses trabalhadores nesse campo. (ANDRADE, 2015, RAMOS 2010)

Observa-se no PET-SAÚDE que essa formulação é ainda mais complexa. O programa pretende ampliar e qualificar a força de trabalho no SUS a partir do trabalho. Ganha destaque o conceito de princípio educativo do trabalho, no qual seria importante para o trabalhador compreender o trabalho “como fundamento constitutivo do ser humano que organiza a vida em sociedade e as relações entre os homens. Tem bases econômicas, sociais e culturais e assume formas históricas diferentes”. (MOROSINI, 2010, p.140). No entanto, o que se verifica é que a

Pneps e os programas reduzem o conceito de princípio educativo do trabalho a dimensão da aprendizagem.

Na tentativa de responder a uma demanda histórica de formação e qualificação dos trabalhadores da saúde, a Pneps e os seus programas de reorientação da formação profissional apontam para a dimensão da gestão como a solução dos entraves apresentados e o cotidiano dos serviços como espaço privilegiado de “aprender a aprender” e de “aprender a ser e a agir” diante das imprevisibilidades do trabalho em saúde. Essa perspectiva enfatiza a problematização como forma de ensino aprendizagem e o desenvolvimento de atributos pessoais e subjetivos como forma de adaptação a realidade instituída. Sem considerar o princípio educativo do trabalho como base da formação, não avançaremos na direção de uma formação qualificada e também comprometida com os princípios e diretrizes do SUS.

Precisamos considerar que os programas de reorientação da formação profissional em saúde remetem ao trabalhador a responsabilidade de partir das suas ações para reorientar a formação, reorientar o modelo assistencial, ainda que o setor da saúde encontre-se submetido à precarização das condições de trabalho, flexibilização das legislações trabalhistas, desfinanciamento gradual e modelos gerenciais diferentes em uma mesma esfera de governo.

Por fim, o grande desafio que se apresenta para a formação de trabalhadores da saúde é o de resgatar o trabalho em seu sentido ontológico, entendendo ser humano como sujeito da sua própria existência e com a necessidade de ser visto na integralidade das suas necessidades. Esse entendimento seria importante para qualificar a formação não pensando em se adaptar à realidade instituída ou para reproduzir a lógica perversa da abstração do próprio trabalho, mas para ter a condição de apreender os nexos que ligam a dicotomia existente entre a teoria e a prática, entre o que é ensinado na universidade e nos serviços e a macroestrutura social. Para ter a sensibilidade de apreender o que as decisões dos lobistas em Brasília afetam no cotidiano dos serviços ou por que da opção de ressignificar a Reforma Sanitária e não efetiva-la, de fato. Desta forma, teríamos um trabalhador crítico capaz de desenvolver as suas tarefas no cenário imprevisível do trabalho em saúde, compreendendo a complexidade deste processo e os fundamentos que o compõe.

REFERÊNCIAS

ACCORSI, Fernanda Amorim. Os Princípios do Relatório Jacques Delors na Revista Nova Escola. In: Revista Travessias. ISSN 1982-5935. Vol. 6 N° 3 – 2012. 16ª edição.

ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti et al. Educação pelo trabalho para a formação do médico. In: Trabalho, Educação e Saúde. V. 11n.2, p.411-430, maio/ago. 2013. Rio de Janeiro.

ALBUQUERQUE, Verônica Santos et al. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. In: Revista Brasileira de Educação Médica, 32 (3): 356–362; 2008.

ANDRADE, Raquel Trindade. Interfaces entre trabalho e educação na formação profissional: um estudo sobre a residência multiprofissional em saúde. Centro de Ciência e Humanidades. Faculdade de Educação da Universidade Do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2015.

ANDRIOLO, Leonardo José. A reforma do Estado de 1995 e o contexto brasileiro. In: Encontro da Associação Nacional de pós-graduação e pesquisa em administração (ANPAD), 30. Anais. Salvador: Anapd, 23 a 27 set. 2006. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/enanpad/2006/dwn/enanpad2006-apsa-0480.pdf>. Acesso em: 09 de abril de 2016.

ANTUNES, Ricardo. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho/ Ricardo L. Antunes. -12. Ed. – São Paulo: Cortez; Campinas, SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 2007.

ARAÚJO, Liana Brito. 25ª Reunião da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (ANPED). Caxambu 29 de setembro a 02 de outubro, 2002.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria, História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde. / Organizado por Gustavo Corrêa Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BOTTOMORE, Tom. Dicionário do pensamento marxista/ Tom Bottmore, editor; Laurance Harris, V.G. Kiernan, Ralph Miliband, co-editores; [tradução, Waltensir Dutra; organizador da edição brasileira, revisão técnica e pesquisa bibliográfica suplementar, Antônio Moreira Guimarães]. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS: democratização nas relações de trabalho no Sistema Único de Saúde SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Conselho Nacional de Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Câmara de regulação do trabalho em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 34 p. – (Série E. Legislação em Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas & respostas: Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 32 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

_____. Conselho Nacional de Saúde. Relaciona as 14 categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho. Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_98.htm> Acesso em: 20 de março de 2016.

_____. Conselho Nacional de Saúde Resolução 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 locorregionais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente.

_____. Constituição Federal, 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm> Acesso em: 20 de março de 2016.

_____. Lei n. 8.080, 19 set. 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. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 20 de março de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Documentos preparatórios para a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, 3., 2005, Brasília. *Trabalhadores da saúde e a saúde de todos os brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação desenvolvimento potencial / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 86 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.

Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v.9)

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Governo Lula. In: Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde/ Organizadores, Maria Inês Souza Bravo... [et al.]. – 2. Ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.

_____. Política de Saúde no Brasil. In: Serviço Social e Saúde. / Ana Elizabeth Mota...[et al.], (orgs). São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

_____. A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro/ Organizadoras, Maria Inês de Souza Bravo, Maria de Fátima Siliansky Andreazzi, Juliana Souza Bravo de Menezes, Joseane Barbosa de Lima, Rodriane de Oliveira Souza. I ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015. 120 p.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília, 1995.

CAVALHEIRO, Maria Teresa Pereira e GUIMARÃES, Alóide Ladeia. Formação para o SUS e os desafios da integração ensino serviço. In: Caderno FNEPAS, Volume 1. Dezembro 2011.

CAVAZOTTI, Maria Auxiliadora. Educação e conhecimento científico: inflexões pós-modernas. Maria Auxiliadora Cavazotti. – 1. Ed. – Campinas, SP: Autores Associados, 2010 – (Coleção Polêmica do nosso tempo; 101).

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Verbete: Educação Permanente em Saúde. In: Dicionário da educação profissional em saúde/ Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. – 2.ed.rev.ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. 478 p.

_____ e FEUERWERKER, Laura C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. In: PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004.

CORREA, Aline Bussolo et al., Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: diferença entre suas portarias instituintes. 17º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. Natal, Rio Grande do Norte. 2013.

DAVINI, María Cristina. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v.9)

DUARTE, Newton. As pedagogias do “aprender a aprender” e algumas ilusões da assim chamada sociedade do conhecimento. Revista Brasileira de Educação. Set/Out/Nov/Dez 2001, nº18.

FERREIRA, Janise Braga Barros. Reconfigurando a Interação entre Ensino, Serviço e Comunidade In: Revista Brasileira de Educação Médica (1, Supl. 1): 127-133; 2012.

FERREIRA, Michelyne Antônia Leôncio. Evolução da política de recursos humanos a partir da análise das Conferências Nacionais de Saúde (CNS). Monografia de Especialização Curso de Especialização em Gestão e Política de Recursos Humanos para o SUS Fundação Oswaldo Cruz Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães Departamento de Saúde Coletiva, Recife, 2006.

FERRETI, João Celso. Considerações sobre a apropriação das noções de qualificação profissional pelos estudos a respeito das relações entre trabalho e educação. Revista Educação e Sociedade, Campinas, v. 25, p.401-422, maio/agosto, 2004.

_____. Novas tecnologias, trabalho e educação: um debate multidisciplinar/ organizadores Celso João Ferretti...I et al. I. – Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

FILHO, Amâncio Antenor. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. In: Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v8, n15, p.375-80, mar/ago 2004.

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

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

HARVEY, David. O neoliberalismo: histórias e implicações. Editora Loyola. São Paulo. 2008.

_____. Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. Editora Loyola. São Paulo. 2007.

HIRATA, Helena. Da polarização das qualificações ao modelo de competência. In: Novas tecnologias, trabalho e educação: um debate multidisciplinar/organizadores Celso João Ferreti...I et al. I. – Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

KOHAN, Néstor. Dicionário Básico das Categorias Marxistas. Disponível em: <<http://pcb.org.br/portal/docs1/texto3.pdf>> Acesso em: 06 de março de 2016.

KUENZER, Acácia Zeneida. Desafios Teórico-metodológicos da relação trabalho-educação e o papel social da escola. In: FRIGOTTO, Gaudêncio (Org.). Educação e crise do trabalho: perspectivas de final de século. Petrópolis: Vozes, 1998.

LIMA, Júlio César França. Neoliberalismo e Formação Profissional em Saúde. In: Trabalho Necessário, ano. 5 – Número 5 - 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/trabalhonecessario/imagens/TN05%20LIMA,%20J.C.F.pdf>> Acesso em: 20 de janeiro de 2015.

LIMA, Júlio et al. Memória da educação profissional em saúde. Relatório final. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2006. Disponível em www.observatorio.epsjv.fiocruz.br.

MARX, Karl. A ideologia alemã: crítica da mais recente filosofia alemã em seus representantes Feuerbach, B. Bauer e Stirner, e do socialismo alemão em seus diferentes profetas (1845-1846) / Karl Marx, Friedrich Engels; supervisão editorial, Leandro Konder; tradução, Rubens Enderle, Nélio Schneider, Luciano Cavini Martorano. – São Paulo: Boitempo, 2007.

_____. Contribuição à crítica da economia política/ Karl Marx; [tradução a partir da edição francesa] Maria Helena Barreiro Alves; revisão de tradução Carlos Roberto F. Nogueira. – 3ª Ed. – São Paulo: Martins Fontes, 2003. – (Coleção clássicos)

MATTA, Gustavo Correa; MOROSINI, Marcia Valeria Guimarães. Verbete: Atenção Primária à Saúde. In: Dicionário da educação profissional em saúde/ Organizado pela Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. 308p.

MEJÍAL, Alfonso. Educación Continua. In: Educación Médica y Salud, Vol. 20, No. 1 (1986).

MERHY, Emerson Elias. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

MESQUITA, Mario Cezar Barroso. Manual de formatação de trabalhos de conclusão de curso / Mario Cezar Barroso Mesquita e Sarah Tavares Pimenta Mesquita. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza, DESLANDES, Suely Ferreira, GOMES, Romeu. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Maria Cecília de Souza Minayo (Organizadora). 29. Ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

_____. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. / Maria Cecília de Souza Minayo. – 12.ed. – São Paulo: Hucitec, 2010.

MOTTA, José Inácio Jardim. Educação Permanente em Saúde: Da política do consenso à construção do dissenso. Dissertação de mestrado, Núcleo de Tecnologia Educacional em Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1998.

_____. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. In: Ver – SUS Brasil: cadernos de textos / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 299 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

MOROSINI, Márcia Valéria. Educação e trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde. / Márcia Valéria Morosini. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.

OLIVEIRA, Rafael Bastos Costa de. A proposta de qualificação profissional do REUNI: contradições e possibilidades / Rafael Bastos Costa de Oliveira. - 2011 Orientadora: Marise

Nogueira Ramos. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Educação.

_____. As apropriações da categoria “Qualificação Profissional” na Educação brasileira: Relações e Nexos com a Reforma Universitária. IV Jornada Internacional de Políticas Públicas. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 2009b.

PARTIDO DOS TRABALHADORES. Programa de Governo 2002, Coligação Lula Presidente. Um Brasil para Todos. Brasília, 2002.

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

_____. A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação? 3.ed. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. Educação pelo Trabalho: possibilidades, limites e perspectivas da formação profissional. In: Saúde e Sociedade, v.18, supl.2, 2009.

REZENDE, Conceição Aparecida Pereira. O modelo de gestão do SUS e as ameaças do Projeto Neoliberal. In: Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde/ Organizadores, Maria Inês Souza Bravo... [et al.]. – 2. Ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufjr-SSind, 2008.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. Verbete: Neoliberalismo e Saúde. In: Dicionário da educação profissional em saúde/ Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. – 2.ed.rev.ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. 478 p.

SAVIANI, Demerval. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. In: Revista Brasileira de Educação, v.12, n.34, jan. /abr.2007.

_____. O trabalho como princípio educativo frente às novas tecnologias. In: Novas tecnologias, trabalho e educação: um debate multidisciplinar/organizadores Celso João Ferreti...I et al. I. – Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

SILVA, Sani de Carvalho Rutz e SCHIRLO da Ana Cristina. Teoria da aprendizagem significativa de Ausubel: reflexões para o ensino de física ante a nova realidade social. In: Imagens da Educação, v. 4, n. 1, p. 36-42, 2014.

SOUZA, Donaldo Bello de. Trabalho e educação: centrais sindicais e reestruturação produtiva no Brasil/ Donaldo Bello de Souza, Marco Aurélio Santana, Neise Deluiz, - Rio de Janeiro: Quartet, 1999. 196p.

TARTUCE, Gisela Lobo Baptista Pereira. Algumas reflexões sobre a qualificação do trabalho a partir da sociologia francesa do pós-guerra. In: Educ. Soc., Campinas, vol. 25, n. 87, p. 353-382, maio/agosto 2004. Disponível em:< <http://www.cedes.unicamp.br>>

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

TEIXEIRA, Carmem; PAIM, Jairnilson Silva. A política de saúde no Governo Lula e a dialética do menos pior. *Saúde em Debate*, n.29, p. 268-283, 2005.

TEIXEIRA, Márcia, REGO, Sérgio, MACHADO, Maria Helena. Os males da especialização médica no Brasil. In: *Ciência Hoje. Revista de divulgação científica da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência/ Volume 22 nº 130/ agosto, 1997 p. 60-64.*

_____. Mudanças nas Políticas do Trabalho e da Educação em Saúde no Governo Lula. In: *Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças/ organizado por Cristiani Vieira Machado, Tatiana Wargas de Faria Baptista e Luciana Dias de Lima. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.*

VIANNA, Cid Manso De Mello. Estruturas do Sistema de Saúde: do Complexo Médico-industrial ao Médico-financeiro. In: *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 12(2):375-390, 2002.

VIEIRA, Monica. Análise da Política de Educação Permanente em Saúde: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde, relatório final. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde. Observatório dos Técnicos em Saúde. Rio de Janeiro, dezembro 2006.

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

_____. A reconfiguração gerencial do Estado brasileiro e os trabalhadores da saúde nos anos 1990. In: *Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde/ Organização de Mônica Vieira; Anna Violeta Durão; e Márcia Raposo Lopes. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2011*

_____. O Conceito de Qualificação e a Formação para o Trabalho em Saúde. In: *Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS. / Organização de Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini; Marcia Cavalcanti Raposo Lopes; Daiana Crús Chagas; Filippina Chinelli e Mônica Vieira. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2013.*

_____. Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS. In: *Ciência e Saúde Coletiva vol.18 no.6 Rio de Janeiro. Junho 2013.*

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