

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

Renata Alexandrina Mendonça Mineiro Pereira Braga

A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE NA ETSUS- BA:
análise da proposta pedagógica na perspectiva dos egressos

Rio de Janeiro
2016

Renata Alexandrina Mendonça Mineiro Pereira Braga

A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE NA ETSUS-BA:
análise da proposta pedagógica na perspectiva dos egressos

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Professor Joaquim Venâncio como requisito para aprovação parcial para obtenção do título de mestre em Trabalho e Educação em Saúde.

Orientador: Dr. Júlio César França Lima

Rio de Janeiro
2016

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

B813i Braga, Renata Alexandrina Mendonça Mineiro Pereira
A integração ensino-serviço-comunidade na ET-
SUS-BA: análise da proposta pedagógica na pers-
pectiva dos egressos / Renata Alexandrina Mendon-
ça Mineiro Pereira Braga. - Rio de Janeiro, 2016.

152 f.

Orientador: Júlio César França Lima

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

1. Pessoal Técnico em Saúde. 2. Educação
Profissional em Saúde. 3. Parceria Público-
Privada. I. Lima, Júlio César França. II. Título.

CDD 331.114

Renata Alexandrina Mendonça Mineiro Pereira Braga

TÉCNICA A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE NA ETSUS-BA:
análise da proposta pedagógica na perspectiva dos egressos

Dissertação apresentada a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito para aprovação parcial para a obtenção do título de mestre em Trabalho e Educação em Saúde.

Aprovado em ___/___/___.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Júlio César França Lima (Orientador)
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz

Profa. Dra. Marise Nogueira Ramos (Convidado Interno)
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio- Fundação Oswaldo Cruz

Profa. Dra. Catharina Leite Matos Soares (Convidado Externo)
Instituto de Saúde Coletiva- Universidade Federal da Bahia

*Dedico este trabalho a
minha mãe Zélia Mendonça M. Pereira
e ao meu pai Edvaldo Joaquim Pereira (in memoriam)
por ensinarem-me acreditar na educação
como agente transformador
do sujeito e de sua realidade.*

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a todos aqueles que sempre confiaram em mim. À minha família e aos meus verdadeiros amigos, sempre com palavras incentivadoras frente às dificuldades do processo. Em especial meu irmão Érico Rodrigo que me mostrou ser possível chegar até aqui com sua experiência e estímulos. Aos meus pais, por me terem possibilitado a minha formação e constituído meus valores centrados na coragem e perseverança. A meu pai (saudades eternas), que onde quer que esteja me apoiou e confiou em mim. À minha mãe, amor incondicional, sempre incentivadora e apoiadora das minhas as decisões. Aos meus filhos e esposo que tiveram ao meu lado neste período de renúncias do convívio familiar, estresse e ansiedade diante dos desafios na aprendizagem diária. Aos colegas e amigos do trabalho que, de forma amorosa, ajudaram-me nas reflexões e reconstrução de conhecimentos a partir das experiências vivenciadas na EFTS. Não citarei nomes, para não me esquecer de ninguém. Mas há aquelas pessoas especiais que saberão sua importância neste processo pelo incentivo e carinho. Vocês foram verdadeiros anjos nos momentos cruciais. Amo todos vocês! Ao Prof. Dr. Júlio César França Lima, meu orientador e, por que não amigo, por acreditar em mim e, paciente-mente, acolher minhas angústias e minha teimosia, sem desistir, mostrando profissionalismos, conhecimentos, seriedade e competência. Aos demais professores desta caminhada que contribuíram significativamente com meu crescimento pessoal e profissional. Tenho orgulho em ter sido aluna de vocês todos, sem exceção. Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação da EPSJV, em especial a Patrícia sempre atenciosa e prestativa as demandas, sobretudo, as emocionais daqueles que se sentiam desamparados por estarem longe da família. Todos estarão em minha memória de forma particular e intransferível. Aos professores Marise Nogueira Ramos, José Inácio Motta e Catharina Matos que aceitaram compor minha banca de qualificação e de defesa, contribuindo de com sugestões e comentários para concretização deste trabalho. Aos meus queridos amigos e amigas da primeira turma de Mestrado do projeto RET/SUS pela paciência e companheirismo da convivência quinzenal no Rio de Janeiro, longe da família. Fizemos história ao fazer acontecer este mestrado, nas circunstâncias que nos propomos. A Iara Saldanha, Claudia Vieira Lima e Maria de Assunção, companheiras de quarto, trabalho e, porque não, de aflições noturnas, meu muito obrigado! Ao meu amigo Expedito Júnior por ler meus textos, corrigir e orientar a minha escrita com um olhar de pedagogo. MEUS SINCEROS AGRADECIMENTOS A TODOS QUE FIZERAM PARTE DESTA JORNADA PROFISSIONAL, COM VOCÊS DIVIDO MINHA ALEGRIA.

*“E aprendi que se depende sempre
De tanta, muita, diferente gente
Toda pessoa sempre é as marcas das lições diárias de outras tantas
pessoas.
É tão bonito quando a gente entende
Que a gente é tanta gente
Onde quer que a gente vá.
É tão bonito quando a gente sente
Que nunca está sozinho
“Por mais que pense estar...”
(Caminhos do coração – Gonzaguinha.)*

RESUMO

A proposta pedagógica baseada na Integração Ensino-Serviço-Comunidade utilizada pela Escola de Formação Técnica em Saúde do estado da Bahia (ETSUS-Ba) almeja a formação técnica e política de trabalhadores em saúde para o Sistema Único de Saúde. Para tanto, emprega em seus cursos formativos o currículo integrado, a problematização e aprendizagem significativa como estratégias para inserir, de forma reflexiva e crítica, os sujeitos da aprendizagem na realidade social da população e dos serviços de saúde. O objetivo desta pesquisa está em analisar uma proposta pedagógica do curso técnico em enfermagem desenvolvido dentro de um hospital de Parceria Público-Privada. Na compreensão desta proposta realizada resgate histórico das políticas econômicas e sociais do Brasil, a partir de meados da década de 1970 até os anos 2000, que culminaram com as atuais políticas de saúde e educação profissional. Para tanto, utilizou a metodologia de cunho qualitativo com técnicas de revisão documental e entrevistas semiestruturadas. Foram entrevistados 10 (dez) egressos, trabalhadores do hospital e moradores do Subúrbio Ferroviário. Entre os resultados, identificado limites na utilização da proposta pedagógica que comprometeu a execução curricular e metodológica prevista. Estas dificuldades foram relacionadas aos interesses envolvidos nesta formação técnica que direcionava, inicialmente, a ocupação de postos de trabalho da instituição hospitalar. Na relação teoria-prática o conhecimento técnico-científico, neste processo, caracterizou-se pela sua função utilitária ao justificar a prática destes serviços. Assim, a implementação pedagógica deste curso assume um viés pragmático ao ser norteado pelo aprimoramento da prática profissional executada no cotidiano do serviço de saúde.

Palavras-chaves: Pessoal técnico em saúde. Educação profissional em saúde. Parceria Público-Privada.

ABSTRACT

The pedagogical proposal based on the Teaching-Service-Community Integration used by the School of Technical Training in Health of the state of Bahia (ETSUS-Ba) aims at the technical and political training of health workers for the Unified Health System. Their training courses the integrated curriculum, problematization and meaningful learning as strategies to insert, in a reflexive and critical way, the subjects of learning in the social reality of the population and health services. The objective of this research is to analyze a pedagogical proposal of the nursing technical course developed within a Public-Private Partnership hospital. In the understanding of this proposal carried out a historical rescue of the economic and social policies of Brazil, from the mid-1970s to the 2000s, culminating in the current policies of health and professional education. For that, the qualitative methodology was used with document review techniques and semi-structured interviews. Ten (10) graduates, hospital workers and residents of the Suburban Railway were interviewed. Among the results, identified limits in the use of the pedagogical proposal that compromised the expected curricular and methodological execution. These difficulties were related to the interests involved in this technical training that initially directed the occupation of jobs of the hospital institution. In the theory-practice relationship the technical-scientific knowledge, in this process, was characterized by its utilitarian function to justify the practice of these services. Thus, the pedagogical implementation of this course assumes a pragmatic bias when guided by the improvement of the professional practice performed in the daily life of the health service.

Key-words: Technical personnel in health. Professional health education. Public-private partnership.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Curso técnico em enfermagem direcionado a população do município de Salvador.....	77
Quadro 2	Organização do curso técnico em enfermagem da EFTS no Hospital do Subúrbio.....	94
Quadro 3	Caracterização dos entrevistados do curso técnico em enfermagem da EFTS em parceria com o Hospital do Subúrbio.....	100
Quadro 4	Relação entre participação dos estágios não curricular e a contratação nos serviços do Hospital do Subúrbio.....	118

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Atenção Integral a Saúde
BM	Banco Mundial
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CEFAE	Centro Formação de Auxiliar de Enfermagem
CEFOR	Centro de Formação
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNES	Cadastro Nacional Estabelecimento de Saúde
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A.
EESP	Escola Estadual de Saúde Pública
EFTS	Escola de Formação Técnica em Saúde
ET-SUS	Escola Técnica do Sistema Único de Saúde
FAPEX	Fundação de Apoio à Pesquisa e Extensão
FESBA	Fundo Estadual de Saúde da Bahia
FESF	Fundação Estadual de Saúde da Família
FMI	Fundo Monetário Internacional
FMS	Fundo Municipal de Saúde
GM	Gabinete do Ministro
HS	Hospital do Subúrbio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MEC	Ministério da Educação
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PEGTES	Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde
PES	Política Estadual de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PLE	Programa Larga Escala
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPP	Parceria Público-Privado
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PROFAPS	Programa de Formação de Pessoal de Nível Médio
PREV-SAÚDE	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
REDA	Regime Estadual de Direito Administrativo

RJU	Regime Jurídico Único
S. A	Sociedade Anônima
SCC	Sistema de certificação por Competência
SESAB	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia
SUS	Sistema Único de Saúde
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 ESTADO E SOCIEDADE CIVIL NA CONFORMAÇÃO DAS POLITICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO NO BRASIL: DOS ANOS 1980 A 2000.	27
2.1 A REFORMA SANITÁRIA E O DIREITO UNIVERSAL A SAÚDE: CONTEX- TOS POLÍTICOS E SOCIOECONÔMICOS DA DÉCADA DE 80 AOS ANOS 2000	32
2.2 AS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E A DUALIDADE ESTRU- TURAL E EDUCACIONAL	41
3 A CONFORMAÇÃO HISTÓRICA DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO- COMUNIDADE COMO PROPOSTA PEDAGÓGICA PARA FORMAÇÃO TÉCNICA E POLITICA DOS TRABALHADORES TÉCNICOS DE SAÚDE NAS ESCOLAS TÉCNICAS DO SUS	50
3.1 AS TEORIAS NÃO-CRÍTICAS E CRÍTICAS E AS CONCEPÇÕES PEDAGÓGI- CAS NAS ESCOLAS DE FORMAÇÃO TÉCNICA EM SAÚDE	60
3.2 A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE NA ETSUS-BA E A ORGANIZAÇÃO DO CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM NO HOSPITAL DO SUBÚRBIO	73
4 OS LIMITES E AS POTENCIALIDADES DO CURSO TÉCNICO EM EN- FERMAGEM NO HOSPITAL DO SUBURBIO- BAHIA	98
4.1 OS ENTREVISTADOS E O SIGNIFICADO DO CURSO TÉCNICO EM EN- FERMAGEM	99
4.2 O QUE DIZEM OS ENTREVISTADOS NAS CATEGORIAS DE ANÁLISE E- LENCADAS	104
4.2.1 Sobre o conceito de saúde, o SUS e as condições de vida/ trabalho dos moradores do Subúrbio Ferroviário	104
4.2.2 Sobre o Hospital do Subúrbio e as possíveis implicações na proposta pedagógica do curso técnico em enfermagem	114
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	127
REFERÊNCIAS	133
APÊNDICE A – Roteiro para entrevista individual	139
APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido	141
ANEXO A– Questionário de avaliação do processo de aprendizagem-curso técnico em enfermagem.....	143
ANEXO B – Fichas de acompanhamento dos alunos nos estágios do módulo I...	145
ANEXO C – Ficha de caracterização do aluno curso de técnico em enfermagem	147
ANEXO D – Avaliações dos estágios (módulo I e unidade I do modulo II)	149
ANEXO E – Matriz curricular do curso técnico em enfermagem	150
ANEXO F – Plano de dispersão do curso de técnico em enfermagem	151
ANEXO G – Organização curricular curso de técnico em enfermagem.....	152

1 INTRODUÇÃO

Essa pesquisa tem como objetivo analisar a proposta pedagógica baseada na Integração Ensino-Serviço-Comunidade do Curso Técnico em Enfermagem da Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis (EFTS), na perspectiva dos egressos. Esse curso foi desenvolvido pela EFTS, no Estado da Bahia (BA), dentro do Hospital do Subúrbio (HS), primeira unidade hospitalar do Brasil organizada sob o modelo de gestão denominado de Parceria Público-Privada (PPP). No desenvolvimento do processo educativo, a problematização, o currículo integrado e a aprendizagem significativa fizeram parte da organização curricular, previstos no Projeto Político Pedagógico da EFTS e no Plano do Curso Técnico em Enfermagem.

Na Bahia, a Política Estadual de Saúde 2012-2015 (PES) e a Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde 2012 (PEGTES) preconizam a integração ensino-serviço, com o intuito de reorientar e qualificar as ações de cidadania e do exercício profissional em saúde, por meio de práticas educativas coerentes com as propostas que buscam o fortalecimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) em seus preceitos de universalidade, equidade, igualdade, integralidade da atenção e participação social.

O interesse pelo ensino em serviço a partir da realidade dos sujeitos vem da minha trajetória profissional, que teve início com o trabalho de enfermeira no Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), em 1999, no município de Vereda, extremo sul da Bahia. Naquela época, ainda recém-formada, dei continuidade à implementação do PACS com a realização do Curso Introdutório de Agente Comunitário de Saúde (ACS), numa carga horária de 80 horas, no qual desenvolvi, pela primeira vez, ações de ensino-aprendizagem teóricas e práticas na comunidade.

Numa etapa seguinte, continuei minhas atividades como enfermeira da área assistencial dentro da rede hospitalar, o que possibilitou o acesso ao trabalho com educação em saúde, quando assumi a coordenação e o ensino do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) na região de Ibotirama, em parceria com o Centro de Formação de Auxiliar de Enfermagem (CEFAE) em Irecê na Bahia. Nesta ocasião, participei da formação pedagógica em educação profissional na área de saúde-enfermagem pelo PROFAE, o que me permitiu adquirir novos elementos conceituais e práticos, bem como

desenvolver habilidades para exercer plenamente, e em melhores condições, as responsabilidades de um docente em curso de formação técnica.

Este percurso profissional, que associava trabalho, educação e saúde, trouxe contribuições significativas ao meu ser dentro da enfermagem como sujeito capaz de pensar o fazer técnico, prescrito a profissão, dentro de contextos políticos, econômicos e sociais. Diante disto, acredito na importância de os processos de trabalho em saúde estarem associados aos processos educativos numa proposta pedagógica que possibilite reflexões e certa criticidade do processo saúde-doença contextualizada a realidade social dos indivíduos. Dessa forma, pretendo aprofundar os conhecimentos sobre a Integração Ensino-Serviço-Comunidade como proposta pedagógica para formação técnica e política de sujeitos capazes de transformar realidades num exercício ético, responsável e comprometido com a saúde, em seu conceito mais amplo, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao me mudar para a capital do estado e prestar concurso para contrato temporário na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, retornei à área assistencial hospitalar pelo Regime Especial de Direito Administrativo (REDA). Ao concluir o contrato de 02 anos, renovado por mais 02 anos e 03 meses, no ano de 2012, fui convocada para cargo efetivo, no mesmo órgão, por outro concurso público, realizado em 2008. Devido à existência de vagas e por possuir especialização e experiência em saúde pública e educação profissional, além do grande interesse em continuar o trabalho na área de educação profissional em saúde, consegui lotação, após entrevista, na Escola de Formação Técnica em Saúde Prof. Jorge Novis (EFTS)¹, considerada uma Escola Técnica do Sistema Único de Saúde (ET-SUS).

Nessa escola, tenho desenvolvido trabalhos de formação e acompanhamento técnico e pedagógico dos profissionais docentes dos serviços de saúde, responsáveis pela implementação dos cursos técnicos descentralizados em municípios com diferentes realidades políticas e socioeconômicas da população. Neste processo de trabalho o maior desafio consiste em discutir a problematização e o currículo integrado como estratégias pedagógicas que visam a alcançar a Integração Ensino-Serviço-Comunidade para a formação do sujeito reflexivo e crítico na transformação da realidade. Assim, na investigação do tema desta pesquisa científica escolhi um determinado curso técnico em enfermagem desenvolvido pela

¹EFTS compõe a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS). A RET-SUS é composta por 40 escolas técnicas, centros formadores de recursos humanos e escolas de Saúde Pública do SUS que existem em todos os estados do Brasil. São todas instituições públicas, voltadas para a formação dos trabalhadores de nível médio do sistema de saúde. Dessas, 33 são estaduais, seis são municipais e uma é federal. A maioria está vinculada diretamente à gestão do SUS, e as que pertencem a outras secretarias têm gestão compartilhada com a Saúde. Disponível em: <http://www.retsus.fiocruz.br/apresentacao> visitado em 31/05/2016.

EFTS, de forma descentralizada, dentro do Hospital do Subúrbio, instituição pública de gestão privada.

O surgimento deste curso foi marcado por articulações entre as diretorias da escola e do hospital mediante uma solicitação da comunidade do Subúrbio Ferroviário localizada numa região periférica e pobre da cidade de Salvador. Neste contexto a Integração Ensino-Serviço-Comunidade corresponde o princípio em suas articulações políticas que culminaram na implementação do processo formativo dentro do Hospital do Subúrbio. Nesse sentido, outra pesquisa poderá aprofundar este objeto de estudo.

Na presente pesquisa o objeto de pesquisa constitui a Integração Ensino-Serviço-Comunidade como proposta pedagógica que articula estratégias pedagógicas para construção de conhecimentos a partir da realidade dos sujeitos em seus contextos de vida e de trabalho. Dessa forma, o processo educativo almeja o desenvolvimento do pensamento reflexivo e críticos dos sujeitos sobre sua realidade social, superando o fazer técnico e mecânico para ocupação de postos de trabalho.

Para esta superação, o curso técnico em enfermagem da EFTS, conforme o Plano do Curso Técnico em Enfermagem (BAHIA, 2009), tem como objetivos, dentre outros, o desenvolvimento, nos sujeitos, de habilidades para identificar os determinantes e condicionantes do processo saúde/doença; relacionar as condições/estilo de vida com o risco de adoecer e morrer da comunidade; identificar os princípios e diretrizes do SUS relacionando-os à prática cotidiana dos profissionais de saúde e aos direitos de cidadania, além das habilidades técnicas da assistência de enfermagem.

Com base nessa proposta, o Curso Técnico em Enfermagem do HS ocorreu no período de 03 de janeiro de 2012 a 21 de março de 2014, e dos 30 (trinta) alunos matriculados, 21 (vinte e um) concluíram o curso. As aulas teóricas e os estágios supervisionados do Módulo I e II foram realizados por 06 (seis) enfermeiros do hospital, contratados pela FAPEX, para o exercício da docência, neste curso, sob a coordenação pedagógica de duas enfermeiras da EFTS, que ao final destes módulos se aposentaram. A sala de aula situava nas instalações físicas do Hospital do Subúrbio que foi utilizado, também, como campo de estágio juntamente com uma maternidade, um Centro de Atenção Psicossocial e uma Unidade Básica de Saúde da região. Os recursos financeiros foram oriundos do Ministério da Saúde, repassados ao Estado e transferidos para a Fundação de Apoio à Pesquisa e Extensão (FAPEX), operadora responsável pelo pagamento dos docentes (BAHIA, 2013).

O processo formativo, no entanto, sofreu interrupção devido à falta de pagamento dos docentes pelo encerramento do contrato da Universidade Aberta do SUS (UNA- SUS) com a

FAPEX, em junho de 2012, conforme relatório final do curso (BAHIA, 2014a). Neste período, outra enfermeira, servidora da EFTS, assumiu a coordenação pedagógica do curso e, após avaliação do processo de ensino-aprendizagem, constatou que os docentes não utilizavam a proposta pedagógica, sugerida pela escola, baseada na Integração Ensino-Serviço-Comunidade. A formação dos trabalhadores em saúde por enfermeiros da instituição, em seus horários de trabalho, era direcionada para o hospital em seu fazer técnico, normatizado e rotineiro dos setores.

Sendo assim, o colegiado gestor da EFTS decidiu pela substituição dos enfermeiros docentes do HS por profissionais mais experientes no exercício da docência dos seus processos educativos. As atividades foram retomadas em junho de 2013 para conclusão dos estágios do Módulo II e execução do Módulo III com a contratação da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF), pela UNA-SUS, para dar continuidade ao curso. Assim, por indicação da EFTS, 05 (cinco) enfermeiros foram contratados pela FESF como apoio pedagógico para prestarem serviços a EFTS por um período de 02 anos.

Neste período de retorno das atividades, no módulo III o Hospital abriu 10 vagas para estágio extracurricular e remunerado, para os alunos do curso técnicos em enfermagem da EFTS. Neste período havia 23 (vinte e três) alunos cursando, dos quais 16 (dezesseis) se inscreveram e foram aprovados na prova de seleção. Além da prova, procedeu-se também a análise do perfil profissional dos selecionados por meio de entrevista e de questionários produzidos pelo hospital (ANEXO D), classificando e elegendo aqueles considerados mais preparados a ocupação dos cargos. Na existência de 10 vagas, 06 (seis) ficaram aguardando vagas nos setores. Estes alunos atuaram por 06 meses como bolsista da instituição em diversos setores do hospital de forma concomitante ao módulo III do curso. Na conclusão do processo formativo os 16 bolsistas foram contratados pelo hospital nos setores em que realizaram o estágio extracurricular. Atualmente existem 12 (doze) egressos que continuam trabalhando, como mostra o quadro 4.

O curso técnico em enfermagem do HS foi um curso descentralizado, baseado na proposta pedagógica da integração Ensino-Serviço-Comunidade, idealizado pela direção da EFTS e direção do HS, mediante a existência de solicitação de um determinado líder comunitário do Subúrbio Ferroviário. O objetivo deste líder era formar moradores da região para ocupar postos de trabalho e, conseqüentemente, melhorar as condições de vida das pessoas da comunidade.

Segundo Soares (2006), o Subúrbio Ferroviário é uma região periférica do município de Salvador, cuja denominação se deu devido à presença da linha ferroviária que liga o bairro

da Calçada, na Cidade Baixa, até o bairro suburbano de Paripe na região noroeste de cidade, compreendendo cerca 22 bairros populares. Tem uma área de 4.145 hectares, com aproximadamente 500 mil habitantes, cuja maioria da população é composta por negros e pobres de baixa escolaridade e vítimas de violência urbana, de acordo com o levantamento do IBGE realizado em 2010. A “Suburbana”, como é conhecida esta região, concentra boa parte das comunidades populares da cidade que convive com o desemprego, o abandono do estado, a violência urbana, a moradia precária e a pobreza.

A demanda do curso pela comunidade do Subúrbio Ferroviário surgiu com a construção e inauguração do hospital em 2010, se concretizou após o pedido da diretora do Hospital do Subúrbio à diretora da EFTS do curso técnico em enfermagem para os moradores do Subúrbio. A seleção pública aconteceu em outubro de 2011 para cerca de 2.000 mil moradores que, no ato da inscrição, precisou comprovar residência. O início do curso foi em 03 de janeiro de 2012, num período de expansão dos números de leitos hospitalar e domiciliar nesta instituição.

A parceria intersetorial entre EFTS e HS possibilitou a operacionalização do curso técnico em enfermagem no interior do hospital. A institucionalização do hospital, a nível estadual, constituiu a primeira unidade hospitalar pública do Brasil viabilizada por meio de gestão de Parceria Público-Privada (PPP) ². O HS, portanto, é um hospital geral, público, mas de gestão privada.

Os aspectos específicos presentes na concepção e na operacionalização do curso técnico em enfermagem dentro do HS resultaram, em sua conclusão, na contratação de 16 (dezesseis) egressos para os serviços do HS. Mediante isto, considerando as peculiaridades do cenário de desenvolvimento da proposta pedagógica, desenvolvo a pergunta central norteadora deste estudo: Quais as contradições para formação do técnico em enfermagem da EFTS num contexto hospitalar sob modelo gestão de Parceria Público-Privado, na perspectiva dos egressos?

Além disto, a descentralização de cursos formativos de uma instituição pública como a EFTS para serviços de saúde com modelo de gestão público-privado a partir de demandas da comunidade nos coloca diante de grandes desafios que levantam as seguintes questões: 1) A formação profissional baseada na proposta pedagógica da Integração Ensino-Serviço-Comunidade promoveu a reflexão sobre o conceito ampliado de saúde, o SUS e as condições de vida do Subúrbio Ferroviário? 2) Houve possibilidade de reflexão crítica dos egressos do

² Disponível em <http://www.sefaz.ba.gov.br/administracao/ppp/projeto_hospitalsuburbio.htm>. Acesso em: 20 de abril de 2015.

curso sobre as condições de vida e de trabalho como determinantes sociais do processo saúde-doença? 3) Como o conceito ampliado de saúde e os princípios e diretrizes do SUS foram compreendidos, pelos egressos, nas ações formativas desenvolvidas? 4) Os conhecimentos prévios dos sujeitos da aprendizagem contribuíram na compreensão dos conceitos sobre o processo saúde-doença e seus determinantes voltados à promoção da saúde? 5) O modelo de gestão interferiu na proposta pedagógica de formação técnica e política promovida pela EFTS?

A educação profissional em saúde no Brasil está inserida num contexto socioeconômico e político contraditório e complexo, no qual posições em defesa do sistema de saúde de direito público e universal e da saúde como mercadoria, privilégio daqueles que podem pagar por ela a nível particular ou com planos de saúde, estão em confronto. Embora a Constituição Federal de 1988, afirme que a saúde é direito de todos e dever do Estado, a partir da década de 1990 a presença do privado no setor saúde vem se consolidando através de estratégias de reconfiguração do Estado e da sociedade civil pautadas pela concepção neoliberal. Ao mesmo tempo, na educação profissional em saúde, a disputa se dá entre uma formação baseada na reprodução técnica e mecânica do trabalhador para a mera inserção no mercado ou posto de trabalho; e uma educação emancipadora do sujeito a partir da compreensão da realidade que o cerca.

Nesse estudo, estamos partindo do pressuposto de que para uma formação de trabalhadores técnicos em saúde voltada aos princípios e diretrizes do SUS, é necessário que o conceito ampliado de saúde e as condições de vida/ trabalho do sujeito sejam problematizados a partir dos determinantes sociais do processo saúde-doença.

A compreensão do SUS, numa perspectiva mais ampla, precisa incorporar a sua natureza político-econômica e social. Para tanto, os processos formativos da EFTS devem formar profissionais capazes de pensar o SUS dentro do conceito ampliado de saúde em relação as suas condições de vida e trabalho. Na Constituição Federal (CF) de 1988, Art. 196, este conceito compreende saúde como um direito de todos e dever do Estado garantido mediante políticas econômicas e sociais que visam à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para a sua promoção, prevenção e recuperação (BRASIL, 1988).

A partir dessa compreensão, o adoecer e o morrer das pessoas podem ser problematizados de forma contextualizada as suas realidades, num processo formativo que busca estabelecer relações e ampliar a visão social e coletiva do trabalhador técnico em enfermagem, que deixa de entender saúde apenas como ausência de doença. Entendemos que

para ter saúde é necessário que a população tenha acesso não apenas aos serviços de saúde, mas também a educação, emprego, renda, trabalho, alimentação, transporte, moradia, entre outros. Mediante esse entendimento, o universo de ações técnicas em enfermagem sobrepõe-se a sua dimensão médico-assistencial, ampliando-se para ações de prevenção e promoção da saúde que articulam outros setores, conhecimentos e atuação multiprofissional no atendimento às necessidades de saúde da população.

É possível ver, assim, a importância em se analisar a implementação da proposta pedagógica, baseada na Integração Ensino-Serviço-Comunidade, do curso Técnico em Enfermagem desenvolvido num hospital público sob gestão privada pela identificação e discussão das dificuldades e possibilidades encontradas no processo. Essa proposta pedagógica utiliza o currículo integrado, a problematização e a aprendizagem significativa para possibilitar a construção coletiva e compreensão do conceito ampliado de saúde, os princípios e as diretrizes do SUS e as relações com as condições de vida e trabalho. Acima de tudo, busca a formação de sujeitos críticos, reflexivos, com sensibilidade social e comprometidos com o SUS na melhoria da atuação social do técnico em enfermagem na sua comunidade.

A problematização é vista assim, como uma metodologia que associado a pedagogia libertadora de Paulo Freire utiliza o cotidiano como objeto de aprendizagem para a formação técnica e política de trabalhadores para o SUS. Na perspectiva freiriana,

...o conhecimento não deverá ser alheio e imposto, mas sim criado e internalizado. O verdadeiro aprendizado consiste em aprender o objeto cognoscível; implica construir conhecimento sobre ele, ou seja, ocorre quando o educando incorpora de forma refletida o objeto do conhecimento. Aprender para o autor é construir, reconstruir, constatar para mudar, ou seja, o conhecimento deve exercer uma função na realidade concreta. O verdadeiro saber está relacionado 'a experiência cotidiana e 'a capacidade de inferir sobre ela, transformando-a. (RAMOS, 2010).

A função do educador, neste sentido, seria manter o espaço aberto no processo de ensino-aprendizagem como caminho a ser percorrido pelo educando na busca pela criticidade, em que o educar não é transferir conhecimentos pré-existentes e o educador e o educando se complementam neste processo. A curiosidade tem que ser a característica fundamental, movendo os indivíduos para entender a realidade concreta ao problematizá-la de forma crítica, possibilitando mudanças.

No entanto, esta função tem que alcançar uma dimensão epistemológica que, segundo Ramos (2010), possibilitará o abandono da ingenuidade levando ao pensamento crítico e a ação transformadora. Compreender a realidade social como opressora e libertar-se dela pelo desenvolvimento do pensamento crítico, requer o reconhecimento, por parte dos trabalhadores

de sua condição de exploração no modo de produção capitalista. Neste sentido Silva (2014) considera que o currículo, nas escolas, não é um espaço neutro, e as experiências prévias dos educandos devem ser postas num diálogo com as propostas curriculares. As experiências sociais deverão ser consideradas no âmbito curricular, em confronto com os conteúdos propostos a fim de haver a problematização da realidade em que está inserido.

Neste sentido as experiências prévias e as vivências pessoais do sujeito incorporam ao processo educativo a noção de aprendizagem significativa. Em termos pedagógicos, o ensino ‘problematizador’ e a aprendizagem significativa são pressupostos que apoiam a educação permanente em saúde como prática de ensino-aprendizagem. Essa concebe “[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”. (CECCIM; FERLA, 2009).

A aprendizagem significativa é um processo por meio do qual o indivíduo, no desafio de aprender, relaciona uma nova informação a um aspecto importante da sua estrutura de conhecimento. Este processo de aprendizagem ocorre mediado pelo desconforto causado pelo estranhamento da realidade naquilo que ela deixa a desejar da atenção à saúde prestada aos usuários dos serviços. No entanto, para que haja mudança nas práticas de gestão e de atenção, Ceccim e Ferla (2009) ressaltam a necessidade do diálogo destas práticas e suas concepções. A problematização, baseada na realidade, busca promover a ressignificação de ideais, conceitos e concepções, por parte dos sujeitos envolvidos, acerca da saúde e da sua produção; do sistema de saúde e do papel de cada um no processo de mudança. Assim,

[a] educação permanente em saúde não é um processo didático pedagógico e sim um processo político pedagógico; não se trata de conhecer mais e de maneira crítica e consciente, trata-se de mudar o cotidiano do trabalho na saúde e de colocar o cotidiano profissional em invenção viva (em equipe e com os usuários). (CECCIM E FERLA, 2009).

De acordo a teoria de Ausubel, a aprendizagem significativa é entendida “como um processo pelo qual uma nova informação se relaciona com um aspecto relevante da estrutura do conhecimento do indivíduo” (MOREIRA; MASINI, 2001). Os conhecimentos prévios dos sujeitos representam o ponto de partida a serem problematizados e ressignificados no processo de trabalho, gerando mudanças. Interessa ao educador, as experiências anteriores e as vivências pessoais do sujeito, ao desafiá-lo no processo de aprendizagem com perguntas e proposições que o levam a refletir criticamente o seu trabalho.

Com base nestes pressupostos, esta pesquisa tem como objetivo geral analisar a proposta pedagógica baseada na Integração Ensino-Serviço-Comunidade do curso Técnico em

Enfermagem da Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis (EFTS) desenvolvido em um hospital de Parceria Público-Privada. Os objetivos específicos são: a) analisar as dimensões pedagógicas da Integração Ensino-Serviço-Comunidade do Projeto Larga à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; b) identificar os limites e as potencialidades da proposta pedagógica na formação de sujeitos críticos e reflexivos, a partir das falas dos egressos; C) Identificar possíveis implicações do modelo de gestão de Parceria Público-Privado para o desenvolvimento da proposta pedagógica da Integração Ensino-Serviço-Comunidade no curso técnico em enfermagem.

Para alcançar esses objetivos da pesquisa utilizei metodologia de cunho qualitativo. Minayo (2013) afirma que o método qualitativo, na busca em compreender os fenômenos humanos, é aplicado no estudo das relações, representações, percepções, crenças e opiniões produzidas pelos sujeitos, quando estes sentem e pensam a realidade social em que vivem. Portanto, o objetivo e a indicação final deste tipo de metodologia nesta pesquisa, procura desvelar, a partir da visão dos egressos do curso, este processo formativo, que buscou a formação de sujeitos críticos e reflexivos para o SUS dentro de um espaço hospitalar organizado sob a modalidade de gestão de Parceria Público Privado e que desejavam ocupar postos de trabalho.

O uso da metodologia qualitativa possibilitou a revisão bibliográfica, documental e entrevista semiestruturada dos egressos. Estes métodos de pesquisa buscam assim a caracterização dos cenários de pesquisa e da proposta pedagógica desenvolvida através dos documentos coletados e da expressão verbal e livre dos 10 (dez) egressos do curso. Os critérios de inclusão dos participantes foram: serem moradores do Subúrbio Ferroviário e estarem contratados pelo Hospital do Subúrbio. Existiam, no período de coleta de dados, 12 (doze) contratados, dos quais 02 (dois) não quiseram participar da pesquisa alegando falta de tempo. Esta análise tem como ponto de partida a visão dos egressos do curso técnico (sujeitos do processo ensino-aprendizagem) que, ao concluírem o curso, foram admitidos no Hospital do Subúrbio.

Para a realização desta coleta de dados este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e os entrevistados receberam informações relacionadas aos procedimentos de pesquisa, inclusive que sua imagem e identidade serão mantidas em sigilo e que estarão sendo respeitados os princípios contidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os mesmos assinaram os Termos de Consentimentos Livre e Esclarecido autorizando a análise e publicação dos resultados.

Por meio da revisão bibliográfica e documental secundária, analisei, historicamente, as dimensões pedagógicas da proposta baseada na Integração Ensino-Serviço-Comunidade, orientadora dos processos educativos das ETSUS, originadas no Projeto Larga e, atualmente,

embasadoras da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Minayo (2010) diz que a pesquisa documental é um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos. Segundo Bardin (2011) o objetivo da análise documental “é a representação condensada de informações, para consulta e armazenamento” de tal forma que o pesquisador obtenha o máximo de informações (aspecto quantitativo), com o máximo de pertinência (aspecto qualitativo).

Os documentos primários utilizados para discutir a proposta pedagógica curricular foram o Regimento Escolar (2004), o Projeto Político-Pedagógico (2007) e o Plano do Curso de Habilitação Profissional em Técnico de Enfermagem (2009). Estes possibilitaram a definição do marco conceitual, objetivos, caminhos metodológicos a serem percorridos; a matriz curricular, as competências, os conhecimentos e as habilidades a serem alcançados pelos egressos do curso Técnico em Enfermagem, ao final de cada módulo.

Além destes, foram pesquisadas outras fontes primárias como edital, contratos, relatórios, fichas e questionários produzidos pelos gestores, coordenadores das instituições e apoiadores da EFTS que estavam envolvidos, diretamente, com a habilitação profissional dentro do Hospital do Subúrbio Eles foram fornecidos pela escola e hospital para análise na pesquisa. São eles:

1. Edital de seleção do curso de Habilitação Profissional em Técnico de Enfermagem
2. Contrato de gestão 032/2010 na contratação da empresa FAPEX para pagamento dos docentes, na primeira etapa do curso.
3. Relatórios de gestão da EFTS 2011, 2012, 2013 e de transição 2014/2015.
4. Relatório final da coordenação pedagógica do curso na EFTS (2004a).
5. Relatório de acompanhamento do processo de ensino-aprendizagem no final da primeira etapa (2004b).
6. Questionários de avaliação do processo de aprendizagem aplicados aos alunos no final da primeira etapa (ANEXO A).
7. Fichas de acompanhamento dos alunos nos estágios do Módulo I (ANEXO B)
8. Fichas de caracterização dos alunos, elaboradas e aplicadas pelo hospital (ANEXO C).
9. Relatório de avaliação dos estágios do módulo I e II (ANEXO D)
10. Planilha de acompanhamento do curso elaborada pelo setor de Educação Permanente.

A entrevista individual foi um das técnicas de coleta de dados utilizada nesta pesquisa com o objetivo de averiguar fatos relevantes e significativos do fenômeno estudado, na visão

dos egressos do curso. Marconi e Lakatos (2003) dizem que a entrevista é um encontro entre duas pessoas que permite obter informações sobre determinado assunto mediante um diálogo. Segundo estes autores consistem num “procedimento utilizado na investigação social para coleta de dados, ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social” (MARCONI; LAKATOS, 2003). As entrevistas tiveram duração média de 35 minutos, foram gravadas e, posteriormente, transcritas para então serem analisadas. Salienta-se que a seleção dos indivíduos para fazer parte do corpus das entrevistas obedeceu aos critérios de inclusão desta pesquisa.

De acordo ao propósito, utilizamos a entrevista semiestruturada a partir de um roteiro de perguntas abertas pré-estabelecidas e testadas previamente (APENDICE A). A organização deste roteiro ocorreu por temas relativos ao objeto de estudo. Neste tipo de entrevista, a entrevistadora contou com a liberdade de obter esclarecimentos sobre as algumas situações e fatos que cercaram a implementação do processo formativo no Hospital do Subúrbio mostrado nos documentos.

Na intenção de resgatar dos egressos alguns conhecimentos abordados no módulo I, executados pelas enfermeiras do hospital, elenquei, no roteiro de entrevista, os temas a partir das fichas de acompanhamento dos estágios supervisionados realizados na rede de Atenção Básica a Saúde (ANEXO B), denominado ações em Saúde Coletiva. Neste módulo as discussões teóricas entre educadores e educandos, devidamente problematizadas, buscam a construção coletiva do conceito ampliado de saúde no intuito de ampliar a visão crítica dos sujeitos sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença.

Na problematização o sujeito é inserido em seu contexto social ao serem questionados sobre as causas de adoecimento e morte das pessoas da região onde mora. As reflexões advindas das questões problematizadas buscam, nesta proposta pedagógica, extrapolar a relação causa-efeito presente na visão biologista e hospitalocêntrica que estruturam o conceito de saúde. A intenção é o desvelar do processo saúde-doença por dentro das políticas públicas de saúde e do processo de trabalho em saúde como estratégias de transformação e reorganização das práticas sanitárias e ambientais.

Conforme os conhecimentos teórico-práticos e os estágios, os discentes seriam capazes de conceituar saúde, o SUS e relacioná-los a condições de vida da comunidade. No atendimento prestado dentro do Hospital do Subúrbio, estes discentes, aplicariam os conhecimentos relativos aos princípios e diretrizes do SUS; observando as dificuldades e potencialidades da operacionalização deste curso dentro de um hospital público, com características administrativas de gestão privada.

Além disto, durante as atividades de educação em saúde realizadas com os usuários dos serviços públicos de saúde, na comunidade do Subúrbio, foi dada aos discentes a oportunidade de interagir e vivenciar as condições de vida desta população. Estas trocas de conhecimentos, nestes momentos, buscavam o entendimento do conceito de saúde em relação às condições de vida como determinante para o adoecimento e a morte destes indivíduos.

Considero importante destacar uma das limitações deste método, observado nesta pesquisa, sobre a dificuldade em realizar as entrevistas devido à disponibilidade dos entrevistados em razão das escalas de serviço em diferentes dias e turnos. Assim, a pesquisadora, precisou deslocar-se vários dias, durante um mês, para o hospital, local escolhido para a coleta dos dados. O acesso da pesquisadora a instituição foi autorizado, por meio de crachá identificado com nome e foto, pelo responsável técnico do setor de pesquisa após apresentação do projeto.

A constituição da amostra de participantes na pesquisa considerou os critérios para investigação das questões em estudo com entrevista individual no trabalho de campo. Segundo Minayo (2010), o trabalho de campo permite a aproximação do pesquisador da realidade sobre a qual formulou uma pergunta, mas também estabelecer uma interação com os ‘atores’ que conformam a realidade e, assim, constrói um conhecimento empírico importantíssimo para quem faz pesquisa social. A intenção em realizar o grupo focal, conforme orientação da banca examinadora do projeto, não foi possível pela dificuldade em reunir os participantes da pesquisa por motivos relacionados a escalas de serviço diversificadas e a existência de outros vínculos empregatícios por parte dos trabalhadores.

Para análise dos dados utilizamos análise de conteúdo baseada em temas na intenção de alcançar os objetivos propostos. Ao proceder esta análise, Minayo (2010) ressalta que consideremos o conceito central sobre o tema que, ao ser composto por um feixe de relações, são representados em palavras, frases ou resumos. Sobre isto, Bardin (2011) informa que trabalhar com unidade temática possibilita encontrar sentido nos resultados das discussões e documentos em relação aos objetivos analíticos propostos. Desta forma, a análise do conteúdo torna-se especialmente importante por compreender os fenômenos sociais, de produção e poder, contribuindo para uma reflexão do tema desta dissertação (MINAYO, 2010).

Com este objetivo, os conteúdos das entrevistas, depois de transcritas, foi objeto da análise temática, permitindo ao pesquisador aprofundamentos sucessivos no material obtido, até chegar ao momento da síntese interpretativa que dialoga com os objetivos e as questões iniciais da pesquisa, confirmando-os ou reformulando-os:

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visando. Ou seja, tradicionalmente, a análise temática se

encaminha para a contagem da frequência das unidades de significação como definitórias do caráter do discurso. Ou, ao contrário, qualitativamente a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso (MINAYO, 2013).

Nessa perspectiva, numa pré-análise, procedeu-se inicialmente ao que Bardin (2011) denomina de leitura flutuante que seria “a primeira atividade que consiste em estabelecer contato com os documentos a analisar e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações”, ou seja, o momento de contato direto com o ponto de vista dos técnicos de enfermagem formados pela Escola de Formação Técnica em Saúde.

Esse exercício, denominado por alguns autores como ‘leitura flutuante’ permitem apreender as estruturas de relevância dos atores sociais, as ideias centrais que tentam transmitir e os momentos-chaves de sua existência sobre o tema em foco (...). Essa atividade ajuda o pesquisador a, processualmente, estabelecer categorias empíricas, confrontando-as teoricamente estabelecidas como balizas da investigação, buscando as relações dialéticas entre ambas. (MINAYO, 2013)

Dessa leitura cuidadosa emergiu as categorias iniciais de análise, seguindo-se a leitura transversal do material coletado, o que permitiu detectar os temas recorrentes e definir as categorias finais de análise das entrevistas. Os recortes dos textos para categorização foram feitos por unidades de análise, definidas pelos objetivos da pesquisa, que possibilitaram a codificação para registro dos dados. Distribuído em uma tabela, os materiais das entrevistas foram preparados por alinhamento dos enunciados intactos, padronizados e classificados por equivalência.

O processo de formação das categorias finais se concretizou da forma prevista por Bardin (2011), após a seleção do material e a leitura flutuante, a exploração foi realizada através da codificação. A codificação em unidades temáticas foi realizada para então efetuar-se a categorização progressiva. A análise de conteúdo dos temas que emergiram permitiu uma aproximação empírica da proposta pedagógica da escola pela das percepções dos egressos sobre conceitos de saúde, princípios e diretrizes do SUS dentro de uma instituição pública como modelo de gestão de Parceria Público-Privado.

As categorias, constituídas pelos elementos relacionados entre si em função de aspectos ou características comuns, foram agrupadas pelas ideias expressas em torno de conceitos, possibilitando a análise das respostas dos entrevistados e das situações encontradas à luz das questões de pesquisa enunciadas (BARDIN, 2011). A análise categorial foi processada a partir de transcrições das falas dos sujeitos participantes que representou as reflexões estabelecidas na elaboração de conceitos e relações.

Ao considerar os aspectos acima citados, o método de análise foi desenvolvido primeiramente pela categorização, seguindo da inferência, descrição e interpretação, conforme os procedimentos metodológicos citados por Minayo (2013). A primeira delas foi realizada identificando-se nos documentos secundários elementos escritos que pudessem relacionar aos aspectos pedagógicos da Integração Ensino-Serviço-Comunidade, abordados no Módulo I do curso, para dividi-los em 03 temas: Integração Teoria-Prática, Ensino-Serviço e Serviço-Comunidade a partir de elementos encontrados nos documentos. Estas categorias representaram o desmembramento dos objetivos da pesquisa e constituíram a base para construção do roteiro das questões (APENDICE A) que foi utilizada na entrevista individual.

No que se refere especificamente ao tratamento das entrevistas realizadas com os técnicos de enfermagem, egressos do curso, utilizamos a análise de conteúdo, denominada por Bardin (2011), que “procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça”. Assim, este tipo de análise pode ser definido de um modo geral, como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens. (BARDIN, 2011).

Com isto, a análise de conteúdo das mensagens extraídas dos documentos e da entrevista, teve como finalidade a produção de inferências, sendo que “o ato de inferir significa a realização de uma operação lógica, pela qual se admite uma proposição em virtude de sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras.” (BARDIN, 2011). Assim, os dados produzidos foram embasados por pressupostos teóricos de propostas pedagógicas baseadas na Integração Ensino-Serviço-Comunidade utilizadas nas Escolas Técnicas do SUS, construídas na década de 80 e ressignificadas, conceitualmente em seu percurso histórico até a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde com seus desdobramentos na educação profissional em saúde, elaboradas na pesquisa para alcance do primeiro objetivo.

Bardin (2011) diz que o ato de inferir conhecimentos, por parte do pesquisador, representa uma tentativa dupla em “compreender o sentido da comunicação (como se fosse o receptor normal), mas também, e principalmente, o desviar o olhar para outra significação, outra mensagem por meio ou ao lado da mensagem primeira”. Para isto, as variáveis inferidas fundamentam-se na articulação entre os elementos superficiais descritos e analisados e os fatores que determinam estas características, logicamente deduzidos. Estas considerações justificam a escolha deste método de análise uma vez que consideram as falas dos entrevistados e as relações estabelecidas, fatores que enriquecem em hipóteses e significados a leitura interpretativa.

Minayo (2010) ressalta as interpretações das falas que deve partir do conteúdo manifesto e explícito das falas, evitando projeções subjetivas dos fatos. O importante está em refletir os resultados da pesquisa em seus objetivos, tendo como apoio os manifestos expressos na comunicação. Portanto, foram tomados os cuidados na transcrição e interpretação dos dados apresentados no instrumento de coleta de dados, a fim de não atribuir valores ou ideias às falas dos participantes norteados pelas intenções da pesquisadora. Buscou-se valorizar os conteúdos expressos considerando o contexto social e histórico sob os quais foram produzidos, conforme Bardin (2011) nos chama atenção.

Assim, para a análise dos dados das entrevistas, elencamos as seguintes categorias de acordo as unidades temáticas para alcançar o objetivo principal desta pesquisa.

1 Unidade de análise: A relação entre o conceito de saúde e o SUS com as condições de vida/ trabalho do Subúrbio Ferroviário

Categorias de análise

1.1 O conceito de saúde

1.2 A relação entre o conceito de saúde e às condições de vida na comunidade do subúrbio ferroviário

1.3 O Sistema Único de Saúde (SUS)

2 Unidade de análise: O Hospital do Subúrbio e as implicações na proposta pedagógica da EFTS

Categorias de análise

2.1 O Hospital do Subúrbio e a proposta pedagógica da EFTS

2.2 Dificuldades e facilidades na implementação da proposta pedagógica da EFTS

A dissertação está organizada em três capítulos. No primeiro capítulo, realizo uma breve discussão sobre Estado e Sociedade Civil na configuração das políticas públicas de saúde e educação no Brasil como direitos sociais, na década de 80, e as disputas existentes manutenção do estado democrático diante do avanço neoliberal, na década de 90 e os anos 2000. Para isto, em dois subitens distintos, contextualizo e discuto a saúde, a educação e o trabalho. Na saúde procuro reconstruir de forma histórica o processo de redemocratização e o movimento da reforma sanitária que culminou com a Constituição de 1988 e no Sistema Único de Saúde. Na educação discuto a dualidade educacional na base da construção das políticas educacionais, antagônicas, para formação profissional em saúde. Para compreensão da presença do privado no público, resgato nestes dois subitens a reforma de Estado que, na metade da década de 90, consolida o ideário neoliberal nas políticas públicas de saúde e educação através da conformação do Estado gerencial.

No segundo capítulo reconstruo, historicamente, o princípio da Integração Ensino-Serviço-Comunidade na constituição da proposta pedagógica para formação técnica e política de trabalhadores técnicos em enfermagem nas Escolas Técnicas do SUS (ETSUS). Esse resgate pretende identificar as contradições, mediados pelos contextos econômicos e sociais do Brasil, nas propostas pedagógicas dos projetos da Larga Escala, PROFAE, PROFAPS e Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que promoveram avanços e retrocessos para formação de sujeitos éticos, críticos, autônomos e comprometidos com a coletividade e o SUS. Em subitens discuto a influência das teorias críticas e não-críticas na construção das propostas pedagógicas curriculares na formação do técnico de enfermagem adotado na educação profissional em saúde brasileira e pela Escola de Formação em Saúde Técnica Jorge Novis na Bahia (EFTS). Além disto, reconstruo a proposta pedagógica desenvolvida durante o curso pela visão dos egressos e análise documental.

No terceiro e último capítulo, com base no contexto histórico da educação profissional em saúde, mediada pela proposta pedagógica baseada na Integração Ensino-Serviço-Comunidade construída historicamente, realizo a análise do objeto de estudo desta pesquisa a partir dos depoimentos dos egressos do curso realizado dentro do Hospital do Subúrbio. Além disto, na discussão sobre os desafios da EFTS na implementação pedagógica de suas ações educativas no modelo de gestão Parceria Público-Privado busco apresentar as dificuldades e as possibilidades de uma formação técnica e política de trabalhadores da saúde, baseada na Integração Ensino-Serviço-Comunidade, numa conjuntura adversa aos princípios da reforma sanitária, estruturada na privatização dos serviços públicos e precarização do trabalho em saúde.

2 ESTADO E SOCIEDADE CIVIL NA CONFORMAÇÃO DAS POLITICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO NO BRASIL: DOS ANOS 1980 A 2000

Analisar o Estado e a Sociedade Civil a partir da matriz marxista leva a romper com a visão liberal³ de Estado e seu caráter não histórico. A sociedade deixa de ser um conjunto ou a somatória de indivíduos atomizados para ser considerada uma forma de existência constituída

³ Segundo Norberto Bobbio (1995) podemos compreender “liberalismo” como uma determinada concepção de Estado, na qual este tem poderes e funções limitados. Assim, será o avesso daquele Estado no qual o poder absolutista imperou em boa parte da Idade Média e da Idade Moderna. Da mesma forma, ele se contrapõe ao que hoje consideramos ser o Estado social, ou de bem-estar social que se viu na URSS no século XX. Além disso, Bobbio também aponta que um Estado liberal não é necessariamente democrático, mas, ao contrário, realiza-se historicamente em sociedades nas quais prevalece a desigualdade à participação no governo, sendo ela bastante restrita em termos gerais, limitada a classes possuidoras.

histórica e socialmente. Para Mendonça (2013b), na matriz marxista os homens contariam com sociabilidade própria que lhes é dada, em cada contexto histórico, pelo lugar que por ocupam no processo de produção e de trabalho. Alguns ocuparam lugares como proprietários dos meios de produção e outros como produtores da força de trabalho no processo produtivo. Neste sentido, com a apropriação privada dos meios de produção, no sistema capitalista, a acumulação e o lucro “advém de uma relação contratual de compra e venda de força de trabalho entre forças desiguais: quem detém capital e quem detém força de trabalho”. (FRIGOTTO, 2009). O trabalho, a partir desta premissa, adquire um conceito de força-de-trabalho que representa para este sistema

Uma mercadoria especial que os proprietários dos meios e instrumentos de produção (capitalista) compram e gerencia de tal sorte que o dispêndio da mesma pelo trabalhador, no processo produtivo, pague o seu valor de mercado (em forma de salários ou meios de subsistência) e, além disso, produza um valor excedente ou mais-valia que é apropriado pelo comprador. (FRIGOTTO, 2009).

Segundo Mendonça (2013b) a existência do Estado relacionada à propriedade privada e isso dá uma ideia do domínio econômico da classe dominante sobre a classe dominada mediada pelo poder político conferido ao Estado. No entanto, este poder não seria algo natural ou externo a sociedade, ele seria dado pela sociedade civil como meio de garantir determinado fim na reprodução das relações de dominação, estabelecidos pela burocracia estatal. A sociedade civil, então, torna-se um espaço político, necessário e indispensável na legitimação do Estado através de ideias de exercício de suas vontades livres, ideológica e historicamente construídas. (MENDONÇA, 2013b).

Antônio Gramsci, nas primeiras décadas do século XX, acrescenta à concepção marxista sobre Estado e Sociedade Civil, citada por Mendonça (2013a), o conceito de Estado ampliado. Este consiste numa expressão nova da relação social fundamental presente numa dada sociedade. No Estado ampliado estariam incorporadas a sociedade política e a sociedade civil numa permanente inter-relação. A sociedade civil, representada pelo conjunto de sujeitos sociais (organizados pelos intelectuais orgânicos de uma classe ou fração dela), estaria associada nos chamados aparelhos privados de hegemonia para obter determinados objetivos, como base de uma ação política consciente. Assim, a sociedade política englobaria o conjunto de aparelhos e agências do poder público, propriamente dito, que detém e exerce o monopólio legal ou de fato da violência (aparelhos coercitivos do Estado).

Mediante estes conceitos, Estado e Sociedade Civil estariam imbricados organicamente de tal forma que qualquer mudança na correlação das forças vigentes de uma das sociedades repercutiria sobre a outra, em particular nos organismos estatais. Ambas se

constituem de relações sociais que se constrói e reconstrói no cotidiano de suas práticas através de seus sujeitos sociais. Portanto, a organização e a moldagem das vontades coletivas pelas escolas, igrejas, partidos políticos, organizações profissionais, sindicatos e meios de comunicação conformam, segundo Gramsci, os aparelhos privados de hegemonia. A partir destes, a difusão de uma determinada ‘consciência’ constitui a hegemonia que generaliza as modalidades de convencimento adequadas ao grupo ou parte deles. Assim, o Estado não se realizaria somente com base na violência para garantir os privilégios e os seus interesses privados.

Além disto, Fleury (2008) aponta que o Estado exerce em seu papel fundamental, além de suas funções repressivas na sociedade, o conformismo social, pedagogicamente construído, consolidado e reproduzido na direção cultural da classe hegemônica. Gramsci integra ao Estado ampliado o conceito de cultura, que para ele, é indissociável da política. Segundo Mendonça (2013a) “[...] a cultura, para Gramsci, compõe-se dos projetos e visões de mundo, em permanente disputa, desenvolvidos por cada classe ou fração, e pautados por valores, crenças e auto percepção de indivíduos e grupos sobre seu lugar social”.

Desta forma, para que o Estado atue para a produção do consenso das classes é necessário não apenas a ação das vontades coletivas organizadas em seus aparelhos hegemônicos, mas atuando como organizador dos interesses dominantes na generalização de projetos das diferentes frações de classe hegemônica num dado momento histórico. Portanto, para Fleury (2008) “a visão de mundo de uma classe pode embasar projetos e valores de outras partes de classes, compartilhados como próprios, criados na hegemonia ideológica que geralmente partem das classes dominantes, num mundo capitalista.”.

Neste sentido, Fleury (2008) aponta que a política pública é utilizada pelo Estado capitalista com a ideia de elevação das massas a um determinado nível cultural e moral, nível que corresponde às necessidades de desenvolvimento das forças produtivas e, portanto, aos interesses das classes dominantes. O Estado, então, comprimiria sua ‘função social’ na busca pela legitimidade e organização do consenso na política, além de desenvolver estratégias de convencimento junto à sociedade a fim de construir hegemonia capaz de promover a expansão dos interesses da classe dominante e a própria ampliação do Estado.

Numa visão gramsciana, Mendonça (2013a) a condensação das relações sociais presentes numa dada sociedade resulta nas forças que fazem o Estado agir, ou seja, que o faz conceber e executar essa ou aquela política pública. Assim, a luta dos movimentos sociais para conquistar e garantir direitos deve compreender estratégias ideológicas e sociais construídas a partir da participação social para o alcance da cidadania.

No entanto, Fleury (2008) aponta que a cidadania e o cidadão são condições necessárias desde que corresponda ao mercado de trabalho como trabalhador capaz de vender sua força de trabalho. As políticas públicas vêm, então, como direitos a serem dados aos cidadãos por intermédios do Estado, através de suas políticas.

Ao contrário disto, entendendo a cidadania como condição necessária a participação social, a ser construída de forma ativa e coletiva, seria direito de todo cidadão, por meio da educação, construir políticas públicas e sociais pela ampliação dos mecanismos de controle social.

No entanto, o Estado capitalista ao elaborar decretos ou leis, seja mediante pressões do mercado ou da sociedade civil, implanta determinadas políticas que visam, sobretudo, a sua própria legitimação perante as classes sociais que representam, uma vez que buscam integrar as classes exploradas à sociedade capitalista. Além disto, estas ações do Estado capitalista, ao promover políticas que promovam cidadania, encontram uma forma de amortecer as lutas sociais das classes dominadas na conquista de direitos coletivos. Quando o Estado capitalista, através de suas políticas, atua no atendimento das reivindicações populares ele adquire legitimidade e reforça a integração dos indivíduos a sua própria instituição, garantindo a manutenção dos privilégios da classe dominante sobre a classe explorada. (FLEURY, 2008).

Este tipo de cidadania dada pelo Estado é diferente da cidadania conquistada pelas lutas das classes exploradas, organizadas coletivamente, na busca pela transformação da realidade baseada na propriedade privada, divisão social do trabalho e submissão de classes dominadas aos dominantes. Isto só seria possível num Estado, verdadeiramente, democrático que incorporam as lutas por igualdade e liberdade, não de forma institucionalizada nos aparelhos estatais, mas como resultado de participação das massas em todos os processos decisórios.

Mas, a democracia, segundo Fontes (2013), politicamente circunscrita ao quadro jurídico do Estado e ao arcabouço institucional, sobretudo o eleitoral, não expressa a sua amplitude. Esta é a forma restrita que desconfigura a maneira articulada que a democracia deveria ter as condições socioeconômicas e culturais que organizam a vida social. Assim, à democracia cabe um conjunto de reivindicações, lutas democráticas que extrapolam o âmbito jurídico- político ao alcançar lutas concretas e permanentes das classes exploradas e subalternas, pela realização das aspirações de liberdade e igualdade. Ao contrário disto, entendendo a cidadania como condição necessária a participação social, a ser construída de forma ativa e coletiva, seria direito de todo cidadão, por meio da educação, construir políticas públicas e sociais pela ampliação dos mecanismos de controle social.

Esta autora ressalta, ainda, que nos países deste regime a democracia deve ser refletida considerando as contradições na organização social que estão sustentadas pela desigualdade entre proprietários dos bens de produção e trabalhadores. Nesta perspectiva, os trabalhadores não podem ser considerados livres logo que, para sobreviver, submetem-se as circunstâncias do mercado que ao estar voltada a valorização do seu capital busca aumentar o quantitativo de trabalhadores para reduzir o custo do seu trabalho. Nesta relação, ao se tornarem mercadoria numa relação trabalhista contratual entre os detentores dos meios de produção e os expropriados destes meios, os trabalhadores satisfaz suas necessidades, pelo ganho do salário, e permite o acúmulo de riquezas pelos proprietários numa suposta igualdade de compra e venda de força de trabalho.

A cisão social exaspera dois níveis de contradição: preserva a propriedade privada, que condensa e concentra crescentemente o poder econômico, ao mesmo tempo em que idealiza o estado, como se ele respondesse a todos de forma homogênea, como se fosse uma razão acima da vida social. A igualdade formal perante a lei legitima e protege a desigualdade real. (FONTES, 2013).

Numa sociedade dividida, a desigualdade social é inerente ao sistema. Portanto, o Estado, sob o regime dito democrático, quando formaliza a igualdade em suas leis e decretos, atua como legitimador das desigualdades porque desconsidera as condições desiguais entre os seres sociais. Com isto, fica preservada a propriedade privada, a crescente concentração do poder econômico e a idealização do Estado igual para todos, formalizada por políticas públicas e ações na saúde e educação de caráter focalizado e desarticulado num Estado mínimo.

Diante disto, a construção de uma política democrática tem que estabelecer uma relação dialogal entre Estado e Sociedade Civil pela participação mais ativa e autônoma dos cidadãos na construção das políticas sociais. Nos subitens seguintes discuto a saúde e educação em cenários sócios econômicos distintos que demonstram a participação social na conquista de direitos e as interferências externas na construção de políticas sociais do Estado brasileiro em conformidade ao ideário neoliberal. Estas políticas públicas deveriam ter uma ação democratizante junto à sociedade ao estabelecer e regular relação sociais mais integradas à população dentro de espaços normatizados e democráticos de participação e de controle social.

2.1 A REFORMA SANITÁRIA E O DIREITO UNIVERSAL A SAÚDE: CONTEXTOS POLÍTICOS E SOCIOECONÔMICOS DA DÉCADA DE 80 AOS ANOS 2000

No Brasil marcado pela ditadura militar e com o esgotamento do ‘milagre econômico’, o processo de redemocratização do país passa por uma *transição controlada*, na segunda metade da década de 70, buscando a retirada lenta e gradual dos militares e a progressiva institucionalização do Estado democrático. Entre atos de resistências e ações liberalizantes, Reis (2010), afirma que o regime ditatorial à época não esperava a contestação dos movimentos populares nas ruas e nas praças. Estas ações políticas eram organizadas por donas de casa, estudantes e professores que lutavam a favor das causas democráticas. Além destes, os movimentos grevistas dos trabalhadores questionavam as políticas salariais e trabalhistas nas empresas metalúrgicas do ABC paulista. “O fortalecimento dos movimentos sociais buscava confrontar o poder constituído, ampliando os espaços de atuação coletiva para além do permitido pelo projeto da *transição controlada*” (REIS, 2010).

O endurecimento dos movimentos sociais e sindicais promoveu o acirramento da luta pela redemocratização do país, nos anos 1980, em manifestações populares pelas eleições diretas. “Os atos públicos constituíram o movimento pela ‘Direta já’ reinventou o espaço da política trazendo novos atores e personagens, e a alegria e a criatividade da festa popular” (REIS, 2010). Diante deste cenário político, embora na contramão da vontade popular por eleições diretas, o Congresso Nacional elege Tancredo Neves de forma indireta. Com a sua morte, José Sarney assume para dar continuidade ao processo de consolidação da democracia no país. Alguns sujeitos políticos que antes comandavam os movimentos sociais, tal qual o movimento da reforma sanitária brasileira⁴, assumiram certas posições no novo governo, o que promoveu mudanças no sistema público de saúde, inspirando-se nas diretrizes expressas na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários a Saúde, promovidas pela Organização Mundial da Saúde em Alma-Ata, e incorporadas nas propostas ligadas à saúde que seria debatida nos espaços institucionais (REIS, 2010).

O movimento sanitário, neste período de reorganização da sociedade civil, segundo Falleiros e Lima (2010), era representado por forças políticas e intelectuais ligadas à saúde

⁴ O movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas toda a sociedade, em busca da melhoria das condições de vida da população [...] As propostas da Reforma Sanitária resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS)”.Disponível: <<http://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria>>. Acesso em: 05 de outubro de 2015.

pública que discutiam no legislativo, questões amplas de redemocratização do país e acesso aos serviços de saúde, tendo como pano de fundo as crises financeiras da Previdência Social e ideológica acerca do modelo de saúde. Este movimento teve como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, com ampla participação de entidades da sociedade civil, profissionais de saúde, prestadores de serviços de saúde públicos e usuários dos serviços. Um novo modelo de sistema de serviços de saúde público e universal surgia como um processo que rompia a divisão estrutural entre saúde pública e medicina curativa individual. Antes de emergir este modelo, as Ações Integradas da Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) já promoviam mudanças na direção política da saúde ao direcionar as ações e serviços de saúde para o setor público em detrimento do privado. No entanto, os interesses financeiros dos empresários da saúde representavam, e ainda representam, forças contrárias ao princípio da saúde como direito de todos e dever do Estado.

A concepção política e ideológica do movimento da reforma sanitária brasileira defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como questão social e política a ser abordada nos espaços públicos. (PAIM, 2011).

Essa conferência ao discutir a implementação da unificação, da democratização e da descentralização do sistema de saúde, ampliou e politizou “o conceito de saúde como resultante das formas de organização social da produção que podem gerar desigualdades nos níveis de vida, devendo ser compreendida no contexto histórico de cada sociedade em seu estágio de desenvolvimento” (FALLEIROS; LIMA, 2010).

A saúde, portanto, não é apenas não estar doente, ela é uma necessidade humana básica que não depende apenas do indivíduo, mas de medidas sociais destinadas a toda coletividade. Ter saúde, em seu conceito ampliado, compreende condições de alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra, e acesso aos serviços de saúde a serem garantidos pelo Estado mediante um amplo sistema de saúde universal, gratuito e de qualidade para todos os brasileiros. Assim, a aprovação do artigo 196 da Constituição Federal (CF) de 1988, a saúde passa a ser “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Este conceito representa o ideário constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS) que, nos dias atuais, enfrenta embates políticos contrários comandados por grupos conservadores do governo aliados as forças empresariais da saúde. Devido a estas forças, na

época da aprovação da Constituição, o artigo 199 garantiu a sua participação no sistema pela definição da assistência médica a saúde como livre a iniciativa privada, podendo participar de forma complementar ao SUS, segundo diretrizes deste e mediante contrato de direito público ou convênio, tendo como preferência as entidades filantrópicas e aquelas sem fins lucrativos. Assim, o sistema privado prestaria serviço de saúde de forma complementar, subordinado ao sistema público, numa relação de compromisso público, estando ao mesmo tempo no mercado e no SUS (LIMA, 2010).

A conjuntura dos anos de 1980 foi marcada por confrontos de interesses econômicos e políticos no interior do campo da saúde e disputas pela ocupação dos espaços institucionais por representantes desses interesses, como os médicos, por exemplo. Assim, os demais profissionais da saúde atuantes nos serviços procuravam impor posições e também conquistar hegemonia nas instituições pelo discurso e saberes. A ‘burguesia de serviços de saúde’ composta pelos proprietários de empresas, grandes hospitais, clínicas médicas privadas e laboratórios de exames diagnósticos defendiam uma ideologia privatista. Por outro lado, os usuários dos serviços de saúde, diante dos altos custos médicos hospitalares e clínicas especializadas necessitavam de acesso aos serviços de saúde. As políticas públicas, neste contexto de lutas tanto no nível dos discursos e das práticas, quanto nas estratégias políticas expressaram os impasses entre uma orientação privatizante e estatizante na construção dessas políticas (LIMA, 2010).

Apesar dos embates, outra conquista foi à inscrição da saúde no Orçamento da Seguridade Social (OSS) com aprovação do artigo 195, parágrafo 2º, seção I, cap. II relativo às bases financeiras do SUS. Este modelo de proteção social, universal, substituiu o anterior considerado excludente ao permitir acesso aos serviços de saúde apenas aos trabalhadores com carteira assinada (financiado com base na folha de salários). Segundo Lobato (2012), no modelo de seguridade social “a cidadania é tida como universal, em função da ampliação do direito a todos, independentemente da posição no mercado de trabalho ou pagamento prévio do sistema”. No entanto, numa mesma conjuntura de um país pode se conformar diferentes direitos de cidadania a depender das características dos modelos de proteção social. No caso do Brasil, a saúde, a educação e a Previdência Social conformam-se de maneira diferente.

O modelo de proteção social corresponde a modalidade de intervenção governamental no financiamento, na condução e regulação dos diversos setores assistenciais e na prestação dos serviços de saúde, com consequência ao acesso e o direito à cidadania. (LOBATO, 2012)

Segundo Ocké-Reis (2010) a inscrição da saúde do Orçamento da Seguridade Social não assegurou o financiamento do Sistema Único de Saúde desde o início de modo que

garantisse a eficiência dos serviços de saúde prestados à população. O autor diz que o restrito gasto público com a saúde advém das orientações dadas pelo Banco Mundial que associou o conceito de “eficiência com a noção de contenção de custos, sem responder se a suposta ineficiência do SUS pode ter sido causada pelos escassos recursos públicos de custeio e investimento aplicados ao sistema” (OCKÉ-REIS, 2010). Desta forma, ressalta que o discurso da eficiência não deve ser utilizado, pelo governo, como justificativa para corte de investimento financeiro nos serviços de assistência à saúde. Ao contrário deve ser utilizado para exigir o aumento dos gastos públicos para investimento em ações que tenham o objetivo de melhorar as condições de saúde da população, de caráter preventivo e não relacionados, apenas, aos serviços médico-hospitalares. Diante disto, deve-se pensar, então, que existe uma orientação internacional de políticas públicas que direciona estes serviços para o setor privado ao considerá-lo mais eficiente do que a assistência prestada pelo SUS.

Menicucci (2010), por outro lado, diz que as políticas de saúde no período pré-SUS, estavam voltadas para o mercado capitalista quando acolheu os interesses dos prestadores privados de serviços e empresas médicas em vez de expandir a rede pública, resultando no crescimento da assistência médica previdenciária, individual e subsidiada pelo Estado. Neste sentido, a inscrição constitucional da liberdade de participação privada na prestação dos serviços de saúde, na década de 80, consagra, na visão da autora, a dualidade do sistema de atenção à saúde no Brasil, sem instaurar mecanismos constitucionais regulatórios capazes de garantir a universalização e a igualdade na estrutura organizacional do sistema. Manteve-se, assim, o caráter segmentado da assistência à saúde, característico da trajetória brasileira de expansão da assistência médica que, a partir da década de 70, esteve condicionada às necessidades de reprodução do capital, uma vez que as produções destes serviços passaram a ser vistas como atividade econômica que, ao ser uma ação estatal, contribuiu para a acumulação capitalista pela integração com as empresas médicas.

Neste cenário, a dicotomia público-privado na saúde refere-se

...a natureza jurídica das instituições responsáveis pelo atendimento das demandas e necessidades de saúde da população, seja em sentido restrito, no caso que consideram as instituições que compõe a rede de serviços, seja no sentido amplo, quando o foco recai sobre a natureza das organizações e gestão da assistência a saúde. (MENICUCCI, 2010).

Portanto, para a autora, o período de redemocratização do Brasil conformou a saúde em políticas públicas de forma institucionalizada visando garantir os direitos humanos básicos, com igualdade e universalidade, mas mantendo os segmentos públicos e privados na prestação dos serviços à população. O movimento da reforma sanitária ao contribuir para o

surgimento de um sistema de saúde gratuito e universal, sem priorizar a regulação do Estado ao setor privado promoveu a conformação de um sistema de saúde dual, entre aqueles que podem pagar pelos serviços de saúde (os seguros de saúde) e os que não podem pagar por eles (o SUS para pobres).

Essa tese da dualidade do SUS, tão em voga desde o início dos anos 1990 com a ideia de ‘universalização excludente’, não é aceita pacificamente por outros autores na medida em que sugere que os portadores de planos privados de saúde não dependem do SUS. Na prática, os planos privados de saúde, além de não prescindirem dos subsídios governamentais, não prescindem também do uso comum de parte da oferta de recursos físicos e equipamentos públicos. Para Bahia (2005), não existe uma oposição entre ser portador de um plano ou seguro privado de saúde e fazer uso do SUS. Nesse sentido, não existe um ‘SUS para os pobres’ e para aqueles que podem pagar um plano de saúde.

As Leis Orgânicas da Saúde (LOS 8.080, de 19/09/1990 e 8.142, de 28/12/1990) regulamentaram o Sistema Único de Saúde com seus princípios que configuram sua base filosófica, cognitiva e ideológica; e suas diretrizes conformam as estratégias e os meios de organização do sistema para que possa ser concretizado. Assim, as LOS ao institucionalizar o SUS pela universalidade de acesso, equidade na assistência à saúde, integralidade da atenção, participação e controle social construíram um sistema de saúde baseado na defesa da saúde como direito, entendendo-a de forma ampliada como resultante das condições de vida da população. Para alcançar isso estruturou de forma descentralizada e hierarquizada em ações de promoção, prevenção e tratamento nos diversos níveis de atenção (do posto de saúde até hospitais especializados), e definiu a participação popular na gestão do sistema e do cuidado.

Na década de 1990, a implementação do SUS sofreu reveses com a adesão das classes dominantes brasileiras à ideologia neoliberal, contrária ao projeto da reforma sanitária, a partir do governo do primeiro presidente eleito pelo voto direto, Fernando Collor de Mello (1990-1992), Itamar Franco (1992-1994) e nos dois mandatos do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) (1995-1998 e 1999-2002).

A ideologia neoliberal se caracteriza pela violenta reconcentração do capital mediante a privatização do patrimônio público, o barateamento da força de trabalho e subsídios ao capital, levando o sistema financeiro a ocupar um lugar hegemônico no processo de acumulação. Sendo assim, o governo Collor foi um período marcado pelo desmonte do setor público e do Estado desenvolvimentista, conforme Lima (2010),

Seguindo as diretrizes do FMI [Fundo Monetário Internacional] e do BM [Banco Mundial], o governo Collor inicia com o Programa Nacional de Desestatização o desmonte do Estado desenvolvimentista. A partir daí a desmobilização do setor

público assume papel central na agenda governamental, tornando-se instrumento-chave do processo de ajuste fiscal. Com isso, o Estado vai deixando de ser o responsável direto pelo desenvolvimento socioeconômico, afastando-se das funções de produção de bens e serviços, e a burguesia passa a ser a principal promotora da dinâmica econômica capitalista. (LIMA 2010).

Com a adoção do receituário neoliberal a conjuntura se tornou desfavorável para a implementação da reforma setorial, no que diz respeito ao financiamento do setor, às demandas de descentralização política, administrativa e financeira dos serviços de saúde. Além disso, a partir desse momento e até os dias atuais, as restrições orçamentárias aos gastos sociais negam base fiscal ao sistema de seguridade social e conseqüentemente o repasse de 30% desse orçamento à saúde, conforme estabelecido na CF. Na prática, as receitas previstas para o sistema serão submetidas daí em diante à lógica da financeirização⁵ dos orçamentos públicos. Nesse sentido, o desfinanciamento do SUS está vinculado “à desconstrução do conceito de Seguridade Social e à lógica da financeirização da economia brasileira, aspecto central do novo modo de acumulação de capital baseado na reprodução ampliada do capital fictício⁶, que se implanta de maneira definitiva com o governo FHC” (LIMA, 2010).

Seguindo a Constituição Federal e as LOS, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos são privilegiadas em detrimento dos hospitais contratados para prestação de serviços ao SUS. Os segmentos dos planos e seguros de saúde, por outro lado, reestruturaram a prestação de serviços e começam a diversificar suas ações empresariais. Com o apoio do Estado se inicia a reconfiguração da relação público-privado, à medida que,

A assistência médica suplementar, isto é o segmento de planos e seguros de saúde privados também começa a se reestruturar e diversificar suas ações empresariais, ao mesmo tempo em que o estado elabora políticas públicas de apoio a este setor, que irão competir com as instituições públicas. Isso acontece, particularmente, nas políticas baseadas em deduções e subsídios fiscais, que ao substituírem as relações diretas entre a previdência social e as empresas empregadoras, irão subsidiar, indiretamente, as empresas médicas, contribuindo para o aprofundamento e a cristalização da segmentação do sistema e dos provedores de serviços de acordo com o *status* socioeconômicas demandas. (LIMA, 2010).

A política governamental de apoio à privatização mantém dependência na relação entre o público e o privado uma vez que o Estado se torna necessário ao funcionamento desse

⁵ Por financeirização, adotamos aqui a definição utilizada por Epstein (2014, p.4), que indica um movimento no capitalismo, em simultâneo à globalização e à predominância do pensamento neoliberal, em que o lucro das instituições financeiras cresce mais rapidamente que o das corporações não financeiras. Nesse sentido, esposa a acepção de Krippner (2004, p.14), pioneira na categorização desse fenômeno, por ela definido como “um padrão de acumulação no qual a produção do lucro se dá crescentemente através de canais financeiros ao invés de ser pela via do comércio e da produção de commodities”.

⁶ Capital fictício— Capital investido em títulos de crédito (ações, obrigações), o qual dá aos possuidores o direito de se apropriarem regularmente de uma parte dos lucros na forma de dividendos ou de juros. Sendo o papel contrapartida do capital real, o capital fictício tem um movimento especial externo ao capital existente. Como uma mercadoria específica, ele é comprado e vendido num mercado especial — a bolsa de valores — e adquire um preço. Mas uma vez que os títulos de crédito não possuem valor [intrínseco], as flutuações no seu preço de mercado não coincidem (e isso acontece com frequência) com mudanças no capital real. Disponível em <http://resistir.info/> acessado em 07 de dezembro de 2016.

mercado de saúde. Os subsídios e isenções fiscais às empresas seguradoras de planos e seguros de saúde e dos convênios firmados pelo SUS com os hospitais privados contribuem neste cenário. Os recursos físicos e os equipamentos públicos são utilizados pelas empresas privadas de modo que pouco a pouco não ocorre diferenciação entre ser segurado pelo sistema privado e pelo SUS (FALLEIROS; LIMA, 2010)

Com o governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), o ideário neoliberal norteou a reforma do aparelho de estado com o Plano Diretor da Reforma do Estado, coordenado por Luiz Carlos Bresser-Pereira, ministro da Administração e Reforma do Estado (MARE), que redefiniu a relação entre Estado, sociedade e o mercado na década de 1990. Vieira (2007) diz que neste período as crises fiscais, as crises no modelo de intervenção e a crise no modelo burocrático de gestão pública levou os Estados periféricos a “adotarem programas e reformas necessárias para se inserirem de forma subordinada a economia globalizada”. Neste sentido, o redirecionamento do Estado consiste em reduzir os custos nas áreas sociais e priorizar os recursos destinados ao capital financeiro para pagamento das dívidas juntos aos credores internacionais.

Segundo Martins e Molinaro (2013), o objetivo central da reforma do Estado foi de delimitar o tamanho do Estado e definir o seu papel regulador, recuperando a capacidade econômica e administrativa do governo, aumentando sua governança política para intermediar interesses econômicos e garantir a legitimidade para governar. Para tanto, Vieira (2007) diz que neste processo, o Estado adotou programas de privatização e terceirização, reduzindo a sua participação na garantia dos direitos sociais dos trabalhadores e aumentando a liberalização do mercado e a desoneração do capital para pagamento da dívida externa. Por meio disto, legitimou as privatizações na área social com a criação das Organizações Sociais (Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998), que atualmente coexiste com as *Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público* (OSCIPs), Fundações Estatais e as Parcerias Público-Privada⁷, deslocando as fronteiras entre o público e o privado através de parcerias em favor das organizações civis de direito privado para a execução das atividades consideradas não exclusivas, tais como, saúde, educação, cultura e pesquisa científica.

Na execução dos serviços considerados não exclusivos do Estado a propriedade ideal era a pública não-estatal. Ela não é a propriedade estatal porque não se exerce o poder de Estado e não é, por outro lado, a propriedade privada, porque se trata de um tipo de serviço por definição subsidiado. Assim, a propriedade pública não-estatal, é constituída pelas organizações sem fins lucrativos, que não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e estão orientadas diretamente para o atendimento do interesse público. O tipo de propriedade mais indicado variará de acordo com o setor do aparelho do Estado. (BRASIL, 1995).

⁷ Disponível em <www.epsjv.fiocruz.br> Acesso em: 21 de abril de 2015.

Este modelo de administração afasta o significado do interesse público do próprio Estado, aproximando-o assim dos interesses do mercado privado ao considerar o ‘cidadão’ como cliente dos serviços. Os resultados serão considerados bons e positivos na medida em que as necessidades dos ‘cidadãos’ sejam atendidas. Segundo Pereira e Ramos (2006) a transferência da execução dos serviços considerados não-exclusivos do Estado para o setor privado representa o regime capitalista característico da acumulação flexível, que ao promover mudanças em todos os setores essenciais da sociedade por meio de políticas econômicas e sociais, visam atender as demandas de um mercado globalizado almejando produzir mais, gerar lucro e ser mais competitivo para atender as exigências de compra e venda de mercadorias.

Neste cenário, as políticas sociais, conforme sinaliza Rizzotto (2009), para o pensamento neoliberal, não são compreendidas como direitos sociais, mas como ações focalizadas aos pobres, ‘atos de filantropia’. Nesta ideologia, cabe a sociedade como organizações não governamentais e voluntariado a resolução dos seus problemas reduzindo assim a responsabilidade do Estado.

Desta forma, Pereira e Ramos (2006) advertem que

Essa noção de parceria está fundada em uma racionalidade economicista-liberal, que reduz as organizações da sociedade civil ‘a condição de prestadora de serviços públicos’, atendendo a critérios de diminuição de custos desta atividade social por parte do Estado, não pela eficiência das entidades prestadoras dos serviços, mas pela precarização, focalização e localização destas. Nessa perspectiva, reduz o cidadão ‘a condição de mero consumidor, abstraindo as questões ético-políticas implicadas no conceito de esfera pública democrática. (PEREIRA e RAMOS, 2006)

Além disto, segundo Martins e Molinaro (2013), o Estado rompendo a lógica de afastamento entre o público e o privado, introduz a flexibilidade na reforma administrativa, inclusive nas relações de trabalho com a diversificação das formas de contratação do trabalhador com a permissão de regimes jurídicos diferenciados, definição de tetos para servidores ativos e inativos e flexibilização da estabilidade do trabalhador.

Com a aprovação das Leis das OSs, em 1998, também se inicia formalmente a flexibilidade do SUS. Desta forma, se abre as possibilidades de diversificação das formas de atendimento à saúde da população e de organização dos serviços de saúde, tais como as parcerias público-privadas aprovadas no governo Lula (Lei n. 11.079, de 31 de dezembro de 2004). Do ponto de vista das relações de trabalho, a Reforma do Estado abre potencialmente a possibilidade de demissão do servidor por insuficiência de desempenho ou excesso de quadros e de uma miríade de formas de contratação, tais como, a de contratação por tempo determinado, que não oferece a estabilidade do Regime Jurídico Único (RJU), garantido

mediante concurso público. O governo, na época, de acordo Vieira (2007) considerava a legislação trabalhista para o setor público protecionista e impeditivo. Portanto, o foco estava na obtenção de resultados e na adoção de uma gestão eficiente por critérios rígidos de seleção e contratação, gerando precarização e desigualdade do ponto de vista dos direitos sociais ao se instalar vínculos irregulares, em algumas situações.

A partir do governo Lula (2003-2006; 2007-2011), Segundo Reis (2010), ao contrário do esperado, as políticas públicas mantiveram seu apoio ao tratamento fiscal diferenciado para os produtores privados de saúde através dos subsídios fiscais às instituições privadas, ampliando as possibilidades de financiamentos às Santas Casas e hospitais privados filantrópicos e empréstimos financeiros aos hospitais privados conveniados sem custo de contratação ou anuidade e sem necessidade de seguro ou garantia de pagamento no caso de implantação de Programas de Acreditação Hospitalar⁸. O que se assiste, portanto, é a reatualização das políticas de apoio a privatização na área da saúde e de proteção fiscal, assim como a criação de novas formas de organização dos serviços de saúde, tal qual as parcerias público-privadas, em 2004.

Essa trajetória de apoio à ‘nova’ burguesia dos serviços de saúde é concomitante às políticas de universalização dos planos privados de saúde para os servidores civis da união, estados e municípios. Para Bahia (2008), apesar de ser “explicitamente contrária aos preceitos constitucionais que vedam o repasse de recurso público para o setor privado”, a transferência de recursos públicos aos planos privados visou, antes de tudo, responder por meio da ampliação dos benefícios indiretos, às demandas salariais dos servidores públicos. O mais perverso, neste processo, para a autora, foi que os sindicalistas passaram a rotular tal política de universalização como uma conquista dos trabalhadores, desconfigurando o discurso e a prática em defesa da universalização dos direitos a saúde.

Portanto, o que se observa são as contradições, as dificuldades e os problemas enfrentados para a sólida e consistente estruturação do SUS democrático, ou seja, o SUS que prevalece os interesses públicos e que respeite os direitos dos cidadãos. Conforme Paim

⁸ Acreditação Hospitalar é uma certificação de qualidade exclusiva para instituições de Saúde. Trata-se de um método de avaliação voluntário, periódico e reservado dos recursos institucionais de cada hospital para garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos. A acreditação hospitalar pode ainda, ser compreendida como uma metodologia de gestão, que preconiza e fomenta o entendimento estratégico, o consenso produtivo multiprofissional, a racionalização da utilização dos insumos e a otimização dos resultados dos hospitais. O caminho para a implantação de um programa baseado nos padrões exigidos pelo manual da ONA (Organização Nacional de Acreditação) passa pela estruturação de um processo educativo permanente e abrangente, que contemple todo o corpo de trabalhadores, desde o chão de fábrica até o presidente da empresa, compartilhando princípios, metas e objetivos a serem alcançados.

(2012), o SUS real, presente na vida das pessoas, consiste no SUS focalizado, fragmentado, com recursos escassos, territorializado e pulverizado sob a lógica da política e não da vigilância a saúde e do planejamento, condizente com um SUS voltado para os pobres. O SUS formal, inscrito na CF, está distante do cotidiano dos trabalhadores dos serviços e dos cidadãos, numa institucionalização que não tem garantia de sustentabilidade política, institucional ou científico-tecnológica, sempre ameaçado com a expansão do setor privado, o subfinanciamento público, a tímida regulação estatal e a limitada participação social. Paim (2012), ao constatar a segmentação do sistema de saúde brasileiro considera que se criou no Estado uma ‘hegemonia as avessa’ em que na aparência existe uma direção moral e intelectual do SUS, mas na essência prevalecem os interesses do capital, assegurados por seus representantes, dentro e fora do governo.

2.2 AS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E A DUALIDADE ESTRUTURAL E EDUCACIONAL

A educação e o trabalho, da mesma forma que a saúde, estão assegurados na Constituição Federal de 1988 como direito de todos no território brasileiro, sem discriminação de qualquer espécie. Eles, portanto, constituem direitos sociais no documento jurídico mais importante do Brasil. Ou seja, não é um favor do Estado para as pessoas. Pelo contrário, quando entendidos como um direito, podem e devem ser exigidos dos órgãos competentes, principalmente ao serem violados ou desrespeitados.

A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho. (BRASIL, 1988).

A CF concede à educação o objetivo de desenvolvimento integral da pessoa e a preparação para a inserção cidadã, assim como a qualificação para o trabalho. Nesse sentido, para respeitar a natureza de direitos social, a educação profissional deveria ser integrada à concepção ampla de educação, possibilitando a inserção autônoma e qualificada no mundo do trabalho. Este conceito de educação, previsto na constituição compreende o desenvolvimento da pessoa em muitas dimensões, principalmente o pleno desenvolvimento das capacidades humanas e o conseqüente preparo ao exercício da cidadania.

Assim, como na área de saúde, a década de 1980, no Brasil, também foi palco de disputas no interior da área de educação. As Conferências Brasileiras de Educação realizadas pelo país defendiam uma reforma educacional democrática diferente daquelas realizadas no

período da ditadura civil-militar. As disputas giravam em torno das concepções tecnicista, fragmentada e dual da educação, e da perspectiva de uma educação laica, universal, unitária, omnilateral politécnica⁹ ou tecnológica. Segundo Campello (2009) os movimentos sociais buscavam avançar a educação profissional na direção do ensino politécnico para superação ou, pelo menos, promoção do enfretamento da dualidade estrutural que historicamente marca as concepções e práticas educativas no Brasil, particularmente no ensino médio. Para a autora,

A dualidade estrutural expressa uma fragmentação da escola a partir do qual se delineiam caminhos diferenciados segundo as classes sociais, repartindo-se os indivíduos por postos antagonistas na divisão social do trabalho, que de lado os explorados, querem do lado da exploração. (CAMPELLO, 2009).

No entanto, não houve avanços neste sentido, conforme aponta Campello (2009), principalmente após a aprovação da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei n. 9.394, de 20/12/1996), na década de 1990, e do Decreto n. 2.208, de 17/04/1997¹⁰, que proíbe o desenvolvimento integrado do ensino médio e técnico, obrigando a constituição de dois sistemas paralelos de ensino: de educação básica e de educação profissional.

A educação profissional ao ser regulamentada pelo Decreto 2.208/97, segundo Azevedo, Shiroma e Coan (2012), atendeu as reivindicações do segmento privado da educação, mantendo essa modalidade de ensino fragmentada e separada da educação regular. Dessa forma, ao proibir a integração restabeleceu a dualidade educacional.

Na prática, a dualidade escolar reafirma a dualidade estrutural existente no sistema capitalista uma vez que mantém a divisão de classes sociais entre aqueles que pensam o processo de trabalho e aqueles que o executam. Observa-se, portanto, que a educação profissional nesse modo de produção sempre esteve voltada para a formação de trabalhadores para o mercado de trabalho direcionando as políticas educacionais de forma que favoreça a acumulação do capital. (KUENZER, 2007).

Mas, segundo Campello (2009), a dualidade escolar também se manifesta como resultados de determinados mecanismos pedagógicos, internos à escola, que destinam “‘uns e não outros’ para os estudos longos em suas fileiras nobres como mecanismo de reprodução das classes sociais”, tais como a repetência, o abandono e/ou retardo escolar. Kuenzer (2007) diz que, no Brasil, a relação entre trabalho e educação sempre foi caracterizada pela separação

⁹ Campello (2009) acrescenta que Gramsci reafirma a concepção de politécnia numa escola unitária, não restringindo aos limites da educação escolar, mas diz respeito a toda vida cultural e social do sujeito. “O advento da escola unitária significa o início de novas relações entre trabalho intelectual e trabalho manual, não apenas na escola, mas em toda vida social.” (p. 139).

¹⁰ Decreto 2208/97, que regulamentou o artigo 39 a 42 e o parágrafo 2º do artigo 36 da LDB/96, estabeleceu níveis para a educação profissional, a saber: básico, técnico e tecnológico. O nível técnico destinava-se a proporcionar habilitação profissional a alunos matriculados ou egressos do Ensino Médio, organizados em currículos próprios, podendo ser oferecido de forma concomitante ou sequencial a este (Art. 5º).

entre teoria e prática, trabalho intelectual e atividade prática no trabalho e o consequente aprofundamento das diferenças de classe representado pela escola que perpetua o privilégio das funções intelectuais em detrimento das funções práticas ou manuais.

Diante de um cenário econômico e político pautado pela globalização e pelo ideário neoliberal, a liberalização das forças de mercado e a competitividade internacional daí decorrente, passou a provocar mudanças nas formas de organização industrial e na vida social. As formas rígidas de acumulação capitalista típicas do modelo taylorista-fordista passam a conviver com o novo regime de acumulação chamado de flexível. Esse regime de acumulação, também conhecido como ‘toyotismo’, provoca novas formas de relação entre a economia e o Estado que, segundo Harvey (2008), leva a profundos impactos sobre os trabalhadores e suas organizações.

As mudanças estendem-se as relações de trabalho uma vez que é exigido disciplinamento da força de trabalho com o desenvolvimento da subjetividade do sujeito no processo de trabalho e apelando-se para a introdução de novos conceitos nos processos formativos. Neste último, a flexibilidade é traduzida como competências a serem desenvolvidas, para permitir ao trabalhador atuar em eventos adversos que acompanham as mudanças tecnológicas e organizacionais. (KUENZER, 2007).

Para tanto, a educação deve qualificar o trabalhador, assegurando a aquisição de conhecimentos e competências para serem capazes de adaptar-se a imprevisibilidade do processo de trabalho e às demandas de produção. Além disto, o processo produtivo irá exigir cada vez mais habilidades cognitivas complexas para que ele possa trabalhar intelectualmente, não apenas de forma prática. Neste mesmo sentido, surge o discurso de unificação teoria-prática na qualificação dos trabalhadores para aquisição de competências mais sofisticadas que permitam a solução de problemas de forma criativa e inovadora, integrando a tecnologia das máquinas, na tentativa de superar o modelo taylorista-fordista no qual prevalecia o saber fazer do trabalhador. (KUENZER, 2007)

Quando este direito se resume ao domínio de habilidades e competências exigidas pelo mercado capitalista, as políticas educacionais, segundo Arroyo (2013) assumem um caráter conservador e mercantilizado para formação do trabalhador empobrecida baseado em currículos utilitaristas e pragmáticos direcionados a empregabilidade em trabalhos precarizados, ou seja, postos de trabalho. Segundo Pires (2000) a precarização do trabalho, num cenário de desemprego, está na submissão do trabalhador a multiplicidade de relações contratuais e de trabalho representada pelo trabalho autônomo, sem vínculo empregatício, prestação de serviços com contrato em empresas terceirizadas ou cooperativas e

assalariamento com a venda da força de trabalho por um salário, entre outros. Assim, Arroyo (2013) destaca que “quando se negam os direitos ao trabalho ou quando ele se precariza nega-se o direito à educação como formação humana plena”.

O deslocamento conceitual da noção de qualificação para competência é destacado por Vieira e Chinelli (2013) como um movimento que representa as mudanças nos processos produtivos caracterizado por novas bases técnicas e novas formas de gestão demandadas pela passagem do modelo taylorista-fordista para a organização flexível do trabalho. Esta forma de organização do trabalho passou a exigir um trabalhador diferente do sentido tradicional por “um tipo de ‘colaborador’ que compartilha espontaneamente objetivos da empresa, aliando para tanto níveis mais elevados de qualificação técnica- saber fazer- a atributos de caráter subjetivo- saber-ser” (VIEIRA E CHINELLI, 2013). Nesse sentido, o termo ‘competência’ é usado para indicar:

As necessidades geradas pelos novos padrões de competitividade e pelas maiores exigências de qualidade dos produtos e serviços que, portanto, demandam novos atributos e habilidades por parte dos trabalhadores, nem sempre diretamente relacionados ao conhecimento profissional (isto é, ‘qualificação’), mas associados à subjetividade e às formas através das quais ela se expressa no espaço de trabalho. (CHINELLI, et al, 2013).

Nestas perspectivas estas autoras ressaltam que o conceito de qualificação aproximado dos interesses de mercado se afasta do entendimento de qualificação para o trabalho como social e historicamente construída. Assim, a relação entre trabalho, em seu caráter formativo, e a educação, em sua ação humanizadora pelo desenvolvimento das potencialidades do ser humano, fica dissociada, separada pela existência de uma sociedade dividida em classes sociais. Como consequência, Frigotto e Ciavatta (2013), destacam que a relação pedagógica entre trabalho e educação pode assumir, nas escolas, o trabalho como princípio educativo em dupla direção:

Sob a necessidade do capital de formação de mão de obra para as empresas, o trabalho educa para a disciplina, para a adaptação às suas formas de exploração ou, simplesmente, para o adestramento nas funções úteis à produção. Sob a contingência das necessidades dos trabalhadores, o trabalho deve não somente preparar para o exercício das atividades laborais- a educação profissional nos termos da lei em vigor-, mas também para compreensão dos processos técnicos, científicos e históricos sociais que lhes são subjacentes e que sustenta a introdução das tecnologias e da organização do trabalho. (FRIGOTTO E CIAVATTA, 2013).

Além disto, Frigotto (2009) complementa que o trabalho como princípio educativo não pode ser reduzido “a uma técnica didática ou metodológica no processo de aprendizagem, mas um princípio ético-político”. Para este autor, o trabalho princípio educativo

...é ao mesmo tempo, um dever e um direito. Dever por ser justo que todos colaborem na produção dos bens materiais, culturais e simbólicos, fundamentais à produção da vida humana. Um direito por ser o ser humano um ser da natureza que

necessita estabelecer, por sua ação consciente, um metabolismo com o meio natural transformando em bens para a sua produção e reprodução. (FRIGOTTO, 2009)

Lima e Braga (2010) afirmam que os ajustes neoliberais na área de educação, nessa conjuntura de acumulação flexível, se manifestaram pela difusão da ‘sociedade do conhecimento’¹¹ e da ‘pedagogia das competências’¹² em virtude da crise de organização das empresas que tinha como base técnica o modelo taylorista-fordista onde predominava o trabalho prescrito, mecânico, com uma tecnologia que não permitia reprogramações e exigia operadores especializados. Nesse novo modelo de organização,

... o desenvolvimento da informática e de novos materiais, associados a nos modelos de gestão, a produção passa a se basear numa tecnologia ‘flexível’; máquinas multifuncionais e reprogramáveis sendo operadas e/ou supervisionadas por trabalhadores polivalentes. (LIMA e BRAGA, 2010).

Nessa perspectiva, a nova LDB (Lei n. 9.394/1996), e suas regulamentações posteriores, foram aprovadas promovendo não apenas mudanças estruturais, tal qual a aprovação do Decreto 2.208/1997, mas também conceituais na educação brasileira com a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Ensino Fundamental, do Ensino Médio e da Educação Profissional de Nível Técnico, que incorporam a noção de competência. Observa-se que essa incorporação obedece ao contínuo alinhamento das políticas educacionais do governo FHC às demandas econômicas do sistema produtivo e dos organismos internacionais como o Banco Mundial (BM) (AZEVEDO; SHIROMA; COAN, 2012).

Ciavatta e Ramos (2012) apontam que os movimentos internacionais promovidos pelo Banco Mundial continuaram levando mudanças nos currículos de diversos países com o avanço das políticas econômicas neoliberais, visando uma educação voltada ao mercado de trabalho. Assim, vai se configurando as exigências por um determinado perfil de formação profissional dos trabalhadores, demandadas pelos interesses do mercado, que determinam a elaboração dos currículos escolares baseados em competências.

Neste período, o decreto 2.208/97 fazia frente na legislação juntamente com a resolução nº 04/99 e o Parecer CEB nº 16/99 que orientava os princípios norteadores da educação profissional na organização curricular: desenvolvimento de competências para a empregabilidade, autonomia da escola em seu projeto Político Pedagógico, atualização permanente dos cursos e currículos e identidade dos perfis profissionais de conclusão do curso. A referência

¹¹ O conhecimento, nesta ideologia, passa a ser visto como o grande diferencial entre pobreza e riqueza dos países e indivíduos, mas omitindo as relações de classe e de poder que determinam como este conhecimento/informação se produz se processa e se distribui.

¹² A noção de competência, segundo Ramos (2001), está relacionada à empregabilidade, que num cenário de transformações das relações produtivas cumprem a função ideológica de ocultar o desemprego, a pobreza, a desigualdade e a exclusão social, responsabilizando o indivíduo na manutenção das suas competências para se manter no emprego.

básica nesta organização era a área profissional que estruturaria as competências gerais, comum a todos, e as competências específicas para cada curso a serem definidas pela escola em função do perfil de conclusão.

No ensino técnico em enfermagem a possibilidade de diferentes modelos de organização e autonomia da escola em seus Projetos Pedagógicos faz com que as escolas tivessem mais liberdade e autonomia para criarem novos cursos e planos de ensino baseados nestas alternativas, que possibilitaram o crescimento de escolas profissionalizantes, inclusive privadas, e o surgimento de processos formativos de caráter minimalista e aligeirados. (BASSINELLO; BAGNATO, 2009a)

Mediante este contexto, Ramos (2009) destaca que a noção de competências, ao ser utilizado no âmbito do trabalho, torna-se plural, “buscando designar os conteúdos particulares de cada função em uma organização de trabalho” que deverão ser apreendidos pelo trabalhador em seu processo de aprendizagem.

A transferência desses conteúdos para a formação, orientada pelas competências que se pretende desenvolver nos educandos, dá origem ao que chamamos de pedagogia das competências, isto é, uma pedagogia definida por seus objetivos e validada pelas competências que produz. A pedagogia das competências passa a exigir, tanto no ensino geral quanto no ensino profissionalizante, que as noções associadas (saber, saber-fazer, objetivos) sejam acompanhadas de uma explicitação das atividades (ou tarefas) em que elas podem se materializar e se fazer compreender, explicitação esta que revela a impossibilidade de dar uma definição a essas noções separadamente das tarefas nas quais elas se materializam. (RAMOS, 2009a)

No governo Lula a aprovação do decreto 5.154, de 23/07/2004¹³, em substituição ao 2.208/97, conforme aponta Ciavatta (2005), trouxe a expectativa de uma formação mais completa para jovens e adultos com a articulação entre a formação geral e a formação profissional, pelo aproveitamento contínuo e articulado dos estudos em cursos de formação inicial e continuada independente da escolaridade, por meio de itinerários formativos. Esta autora destaca que este decreto “restituiu as instituições de ensino médio a alternativa de um ensino médio técnico em uma única matrícula de modo a reintegrar os conteúdos e as disciplinas gerais e específicas, a teoria e prática das atividades profissionalizantes” (CIAVATTA, 2005). Este decreto foi resultado das disputas iniciadas na década de 1980 que ao buscar uma educação pública, laica e integrada, procurava a superação da dualidade educacional inscrita na sociedade e na educação brasileira.

¹³ Decreto 5.154/2004 regulamentou os cursos e programas de formação inicial e continuada de trabalhadores independente de escolaridade, ofertados mediante itinerários formativos, entendidos como “conjunto de etapas que compõem a organização da educação profissional em uma determinada área, possibilitando o aproveitamento contínuo e articulado dos estudos” (Art. 3º, parágrafo 1º). A educação técnica de nível médio, nos termos do decreto, será desenvolvida de forma articulada com o ensino médio, nas seguintes formas: Integrada, concomitante e subsequente. (PEREIRA, 2007).

No plano internacional, a difusão pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) do relatório ‘Educação um tesouro a descobrir’ (DELORS, 2003) induziu uma nova forma de entender a educação e os quatro pilares que a sustentam. Nesse relatório a educação é vista como investimento estratégico na sociedade da informação/conhecimento, devendo ser assumida como investimento ético ao compromisso com o desenvolvimento pleno dos cidadãos e a oferta igualitária de oportunidades a todos. Para tanto, a educação deve ser sustentada em quatro pilares: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser. A orientação desta reforma, conforme apontam Ciavatta e Ramos (2012) tiveram como objetivo promover a formação de uma personalidade flexível do trabalhador, capaz de se adaptar as mudanças geradas pelas incertezas do mundo do trabalho.

Com base nesses pressupostos, o Conselho Nacional de Educação, em 2011, atualiza as Diretrizes Curriculares Nacionais Técnica de Nível Médio (DCNEP) norteando a formação do trabalhador com base nas competências definidas por seus componentes: conhecimentos, habilidades, atitudes, valores e emoções, conhecido pela sigla ‘CHAVE’, “para responder de forma criativa aos novos desafios da vida cidadã” (BRASIL, 2011). Ciavatta e Ramos (2012) dizem que o desenvolvimento das competências, com base neste relatório, é realizado nas situações concretas de trabalho a partir da resolução de problemas, no campo de atuação; e sob avaliação, em situações de ensino, baseado em indicadores de desempenho que são utilizados como parâmetros definidos pelos docentes. Este relatório, na análise crítica dessas autoras, prescreve a formação por competência a fim de manter a ‘laboralidade’ do trabalhador considerando as instabilidades das atividades produtivas. Segundo Ciavatta e Ramos (2012) “a competência para a laboralidade seria a base da polivalência” do trabalhador num cenário de modelo de produção flexível.

A partir deste direcionamento, Ciavatta e Ramos (2012), reiteram que as competências, formuladas nas DCNEP, foram descritas como “desempenhos operacionais, sugerindo indiretamente, a transposição de situações de trabalho para o currículo e a realização do ensino do tipo condutivista”. Neste tipo de ensino estas autoras observam a existência de conflito entre teoria e a prática uma vez que a estrutura curricular possibilita a antecipação da experiência profissional ao representá-la nas aulas e nos estágios. As situações práticas do cotidiano dos serviços de saúde, utilizadas para aprendizagem, são transportadas para as salas de aula em práticas de simulação. Numa visão pragmática da educação, essa proposta de ensino, mantém

[o] foco nos comportamentos e a ênfase na metodologia. O destaque aos conhecimentos adquiridos na prática como novos conteúdos de ensino é complementado pela defesa da valorização da experiência dos alunos. As experiências, de fato, constituem um primeiro passo do método histórico: partir do concreto empírico, analisá-lo buscando as mediações contraditórias e ordená-las no plano do pensamento como forma de apreendê-la concreta e criticamente para além da experiência sensível. Mas, se oposta ao conhecimento científico, este tomado somente como recurso para o desenvolvimento de competências, a valorização da experiência do aluno leva à reificação do saber prático em detrimento da compreensão dos fenômenos e dos próprios fundamentos, pertinência e limites desse saber. (CIAVATTA E RAMOS, 2012).

Neste caso, a prática profissional é a própria metodologia de ensino que por sua vez, organiza o currículo. As experiências profissionais são valorizadas e reafirmadas nas práticas dos cotidianos dos serviços. Entendendo competência profissional como “saberes que constituem síntese dos conhecimentos teóricos e da experiência” (CIAVATTA; RAMOS, 2012), em condutas pragmáticas, os saberes são produzidos no contexto da prática utilitária. No processo de ensino-aprendizagem baseado nestas concepções, o conhecimento tem uma utilidade prática, que parte da experiência subjetiva dos sujeitos orientando o conhecimento e a ação, validados na própria realidade. A teoria é compreendida como hipóteses de solução de problemas que ao ser experimentado na realidade comprova sua utilidade.

Neste sentido, Ciavatta e Ramos (2012) afirmam que as DCNEP estão orientadas pelo empirismo e o pragmatismo ao considerar “as manifestações fenomênicas e causais como a própria realidade, não chegando a atingir a compreensão dos processos históricos da realidade”. No currículo por competências a sua organização mescla conhecimentos, antes disciplinares, com os saberes cotidianos em situações de aprendizagem apropriadas. A seleção e o ordenamento de conteúdos têm como finalidade os desempenhos profissionais. A sua organização agrega as respectivas competências em unidades pedagógicas. Os módulos, que compõem os itinerários formativos, estão susceptíveis as mudanças geradas pelo processo produtivo ao exigir novas competências na formação do trabalhador. O currículo assim assume um caráter flexível e fragmentado que possibilita a formação do trabalhador flexível, renovável em suas competências a depender da oportunidade de emprego gerada pelo mercado.

Contudo, a dualidade educacional no Brasil vem historicamente se constituindo com os elementos próprios do sistema baseado na estrutura capitalista. Os ajustes políticos, sociais e econômicos oferecidos pelos governos, representações das classes burguesas, na educação profissional surgem como atendimentos às demandas do mercado, interno e externo, que vêm camufladas por ideologias que escondem as verdadeiras intencionalidades do poder econômico e financeiro na vida das pessoas. Estas políticas educacionais, preocupadas com os

‘pobres’, elaboradas pelo Estado, estão, nada mais, que em defesas dos seus próprios interesses. A existência de um ensino voltado à ocupação de postos de trabalho, precarizado e de baixa remuneração é de extrema importância para a base estrutural do capitalismo, logo que o exército de reserva de trabalhadores mantém as forças produtivas com baixos custos e capacidade de produzir riquezas.

Conclui-se [...] que a relativização da qualificação com foco na ocupação permite a formação de um maior contingente de trabalhadores com mais educação, se possível básica completa e até superior, o que viabilizará maior flexibilidade em seu combinado ao longo da cadeia produtiva. (KUENZER, 2007).

Os governos através de seus atores sociais capitalistas utilizam suas estruturas estatais para reproduzir sua dominação às classes sociais menos favorecidas tidas como necessários para o crescimento socioeconômico do país. Na compreensão desta ‘verdade’, a superação da dualidade educacional teria que ser entendida inicialmente pela construção de projetos que promovessem a emancipação do ser humano, rompendo a condição, apenas, de trabalhador explorado para transformador de existência humana e desenvolvimento social.

Esta dupla função da educação é uma questão pedagógica e política, numa relação peculiar entre trabalho e educação. A meta para os educadores e políticos, à época da elaboração da LDB, era uma proposta alicerçada na concepção de politecnia, numa tentativa de superação ou de enfrentamento da dualidade estrutural através de um sistema de ensino médio e técnico integrado. Campello (2009) acrescenta que Gramsci reafirma a concepção de politecnia numa escola unitária, não restringindo aos limites da educação escolar, mas diz respeito a toda vida cultural e social do sujeito. “O advento da escola unitária significa o início de novas relações entre trabalho intelectual e trabalho manual, não apenas na escola, mas em toda vida social.”

Segundo Kuenzer (2007) a escola única, a politecnia e o trabalho como princípio educativo visam à superação da sociedade de classes ao aproximar teoria e prática e ao negar a separação entre os cursos médios e técnicos, entre ensino propedêutico e profissionalizante. Para tanto, a escola necessita explorar as contradições existentes na sociedade capitalista na tentativa de alimentar o movimento de superação do estado de coisas existentes. A aproximação entre o mundo do trabalho e da escola, capital e trabalho, trabalho manual e intelectual possibilitará a formulação de condições concretas de superação das relações sociais desiguais.

3 A CONFORMAÇÃO HISTÓRICA DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE COMO PROPOSTA PEDAGÓGICA PARA FORMAÇÃO TÉCNICA E POLITICA DOS TRABALHADORES TÉCNICOS DE SAÚDE NAS ESCOLAS TÉCNICAS DO SUS

Na segunda metade da década de 1970, a proposta de Integração Ensino-Serviço é construída, simultaneamente, ao processo de redemocratização da sociedade brasileira e de organização do movimento da reforma sanitária brasileira (RSB), tendo como marcos referencial os programas de extensão de cobertura implementados à época, tais como: o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), que iniciaram suas atividades pelos estados da região Nordeste do país e norte de Minas Gerais. Esses programas fizeram parte do II Plano Nacional para o Desenvolvimento Social (II PND) que se propunha a reduzir as desigualdades sociais, distribuir renda e ampliar o atendimento nas áreas de educação, enfatizando a valorização dos recursos humanos, saneamento básico, habitação, saúde e previdência.

O PIASS representou, segundo Lima (2010), a expansão da cobertura de serviços básicos de saúde a grupos sociais excluídos do cuidado médico, enfatizando medidas coletivas que se destinavam a conter a demanda que não podia ser absorvida pela medicina previdenciária e contribuir na absorção das tensões sociais num momento caracterizado pela crise política, da ditadura civil-militar, que se instalou no país, em 1964, e pela crise ideológica e financeira na Previdência Social.

Lima (2010) diz que o PIASS, à época, visava superar a dicotomia entre o caráter preventivo e curativo da atenção à saúde por meio da proposta da medicina comunitária, se caracterizando como um ‘projeto racionalizador’ da atenção médica a partir da simplificação do cuidado e do serviço e da utilização de pessoal de nível médio e elementar polivalente. Além disto, pretendia organizar a regionalização e a hierarquização dos serviços, dando ênfase nas doenças mais comuns que incidiam sobre a população, na organização de equipes multiprofissionais, na integração ensino-serviço, na utilização de tecnologias apropriadas e na participação comunitária.

A medicina comunitária como prática de saúde destinada à população mais pobre e marginalizada, se origina nos Estados Unidos e se dissemina aos países dependentes pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Panamericana da Saúde (OPAS). Na década de 1970, nos países da América Latina, esta proposta surge como programas

experimentais de prestação de serviços a populações pobres urbanas e rurais. O cuidado à saúde, neste modelo de assistência, se institui “como prática alternativa paralela à organização dominante da assistência médica.”, protagonista pela medicina previdenciária. (DONNANGELO, 1976).

Da experiência do PIASS, o projeto Montes Claros¹⁴ foi o que marcou uma trajetória contra hegemônica, que buscava articular premissa e práticas inovadoras baseadas no conceito de saúde-doença como resultado de condições de vida e trabalho, acesso a terra e organização política e social da população pela conscientização da comunidade. Com isto, Lima (2010) aborda que se estruturou um novo modelo de organização de serviços, novas práticas pedagógicas, transformação radical das relações no interior da equipe de saúde, participação cidadã da comunidade e dos servidores, práticas inovadoras no planejamento e gestão, autonomia e fortalecimento do nível local.

No que se refere às práticas de ensino e de supervisão desse projeto, Lima e Braga (2006) dizem que eram baseadas em metodologias com forte influência da pedagogia freiriana- originária do educador Paulo Freire, participativas e conscientizadoras, visando à autonomia do sujeito e a participação comunitária. O princípio pedagógico estava baseado na troca de experiências e dos saberes dos alunos a partir da relação democrática entre educador e educando e uso de técnicas dinâmicas de ensino. A administração regional pública participativa, democrática e com autonomia para contratar pessoas para compor o quadro técnico, contribuiu com este processo.

Na mesma época, em 1976, é criado o PPREPS através de acordo entre a OPAS, Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Educação e Cultura (MEC). Esse programa tinha como objetivo, entre outros, o treinamento em massa de pessoal de nível médio (técnico e auxiliar) e elementar e apoio ao desenvolvimento do Sistema de Recursos Humanos para a Saúde em cada estado, no interior das secretarias da saúde. O PPREPS, dentro dos seus limites conjunturais, “serviu de laboratório de reflexão sobre as práticas de treinamento e de formação dos trabalhadores técnicos de saúde” (LIMA, 2010). Este autor ressalta que enquanto o PPREPS possibilitou a reflexão sobre as práticas de treinamento e de formação dos trabalhadores, o PIASS permitiu a experimentação da medicina comunitária que estava baseada na integração e articulação dos diversos níveis de atenção, regionalização e

¹⁴ O projeto Montes Claros, implementado em Minas Gerais em 1976, representou uma trajetória contra hegemônica num cenário em que os serviços de saúde não atendiam as necessidades da população pela baixa eficácia da assistência médica e altos custos hospitalares. Além disto, entre meados da década de 70 e final dos anos 80, ocorreu o crescimento da sociedade civil organizada sob o impulso da luta pela redemocratização do país. [...] Ressalta-se que o original Projeto Montes Claros embora restringisse a participação comunitária à ampliação da cobertura foi tomado pelos seus executores como uma possibilidade para formação de consciência crítica nas comunidades. (DURÃES *et alii*, 2011).

descentralização das ações aos estados e municípios, com ênfase na atenção primária a saúde e na participação comunitária.

No final da década de 1970 e início de 1980, a experiência do PPREPS vai servir de base para a criação e operacionalização do Programa de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio e Elementar, mais conhecido como 'Projeto Larga Escala' (PLE), implantado a partir de 1981 em algumas Secretarias Estaduais de Saúde e Universidades Federais. Gottems, Alves e Sena (2007) ressaltam que a motivação deste programa estava na constatação de que havia em torno de 300 mil trabalhadores nos serviços de saúde, realizando ações de saúde, sem nenhum tipo de qualificação, os quais representavam 50% da força de trabalho em saúde na década de 1970. Além disto, o Larga Escala foi marcado pelo detalhamento e aprofundamento metodológico, partindo da caracterização dos trabalhadores já inseridos nos serviços.

Este projeto,

Previa a integração entre o sujeito e objeto no ambiente de trabalho, tendo como respaldo as construções teóricas sobre a aprendizagem de adultos, respeitando a percepção dos sujeitos sobre a realidade, sem negar seus conhecimentos advindos da prática, com o intuito de (des) construir e reconstruir novos conhecimentos mais elaborados. Os conteúdos foram organizados em quatro módulos denominados "Guias Curriculares para Formação do Auxiliar de Enfermagem", os quais ficaram conhecidos como Currículo Integrado, por seu desenho metodológico e modelo pedagógico. Propunha a realização de capacitações pedagógicas específicas para o corpo docente, cuja composição se dava com os profissionais de nível superior que estavam inseridos no serviço. (GOTTEMS; ALVES; SENA, 2007)

O PLE, neste sentido, segundo o documento inicial datado de 1982, denominado Recursos Humanos para Serviços Básicos de Saúde: Formação de Pessoal de Níveis Médio e Elementar pelas Instituições de Saúde é entendida como uma proposta de formação profissional que buscava integrar teoria e prática e atender as necessidades de formação de pessoal dos serviços de saúde. Com isso, pretendia-se romper com as propostas de treinamento, destinadas apenas aos trabalhadores para o desenvolvimento de habilidades específicas exigidas pelo serviço. Este projeto, respaldado legalmente pela Lei 5.692/71¹⁵ e Parecer CFE 699/72 que tratava da educação de adultos via ensino supletivo, da qualificação profissional e da escola função, combinaram num único mecanismo três elementos:

a) O ensino supletivo que confere flexibilidade em termos de carga horária, tempo de formação, corpo docente, etc; b) o treinamento em serviço que proporciona melhor ajustamento entre o tipo de qualificação e as necessidades operacionais das

¹⁵Capítulo IV da Lei n.º 5.692, de 11 de agosto de 1971 refere-se à constituição do ensino supletivo que apresentava a seguinte finalidade: "suprir a escolarização regular para os adolescentes e adultos que não a tenham seguido ou concluído na idade própria; proporcionar, mediante repetida volta à escola, estudos de aperfeiçoamento ou atualização seguido o ensino regular no todo ou em parte".

instituições de saúde; c) o caráter de habilitação oficialmente reconhecida pelo sistema educacional, o que enseja o estabelecimento de padrões mínimos para o processo de capacitação, facilita a promoção profissional e o acesso a outros níveis de formação. (PEREIRA E RAMOS, 2006).

Este projeto foi implementado a partir do início dos anos de 1980 em alguns estados brasileiros e ratificados na 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde, em 1986, organizada sob o tema ‘A política de Recursos Humanos rumo à Reforma Sanitária’, Ramos (2010) destaca, com base no relatório final dessa conferência, que os problemas de inadequação curricular aos serviços e as distorções entre o perfil profissional formado e aquele que atenderia às necessidades dos serviços públicos de saúde, foram os motivos para a organização dos Centros Formadores de Recursos Humanos (CEFOR) /Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) junto às secretarias estaduais/municipais de saúde. Lima (2010) adverte que o PLE consistia numa maneira de articular a formação de trabalhadores de saúde com o seu processo de trabalho, ao mesmo tempo em que busca superar a visão abstrata e biologistica do processo saúde-doença.

O PLE, então, se torna responsável pela qualificação do grande contingente de trabalhadores sem formação profissional nos serviços de saúde, via ensino supletivo, principalmente os atendentes de enfermagem, que constituía o maior quantitativo de força de trabalho na área da saúde com precária qualificação formal. “A área de enfermagem assumiu a operacionalização das escolas técnicas, dado o grande contingente de trabalhadores com baixa escolaridade e sem formação técnica que os habilitasse ao exercício profissional. (RAMOS, 2010).

Neste período, o exercício profissional de Enfermagem passou a ser regulamentado pela Lei 7.498/1986 que ao estabelecer diversas subcategorias que compõem a categoria de enfermagem- o enfermeiro (nível superior), o técnico de enfermagem (nível médio), o auxiliar de enfermagem (com ensino fundamental) e a parteira-, reconhece a existência de trabalhadores atuando sem qualificação profissional adequada- o atendente de enfermagem. A aprovação desta lei, em 1986, proíbe a contratação de atendentes e estipula o prazo de dez anos para que a situação desses profissionais fosse resolvida.

A experiência do Projeto Larga Escala buscava uma relação mais estreita com os serviços de saúde para a formação dos trabalhadores que atuavam sem qualificação para o exercício profissional fomentando a atuação dos CEFOR/ETSUS com a missão de requalificar os trabalhadores de nível técnico, principalmente dos atendentes em auxiliares de enfermagem. Estas instituições constituíram-se, historicamente, como estruturas técnico-administrativas com um quadro fixo mínimo de profissionais de saúde atuando como docentes

e com ampla maioria de docentes contratados. Nos cursos técnicos descentralizados utilizava recursos físicos, materiais e humanos dos próprios serviços de saúde. (PEREIRA, 2007)

A proposta da integração ensino-serviço, nas ETSUS consiste, até hoje, a base da sua concepção pedagógica que busca assim articular as instituições de saúde que prestam serviços à comunidade com àquelas que formam os profissionais. O objetivo desta proposta, relatada por Pereira e Ramos (2006), estava em romper com a formação baseada em treinamentos que visava deixar as pessoas aptas ao fazer pragmático, e no ensino transmissivo de conteúdo voltado as necessidades específicas, distantes das realidades dos serviços e da população.

A regulamentação do SUS pelas Leis Orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.140/90), no final da década de 1990, e o processo de municipalização dos serviços de saúde que estavam ocorrendo desde a década de 1980, apresentaram para as forças políticas, novos desafios na definição do perfil do trabalhador necessário para viabilizar os princípios da Reforma Sanitária. A Lei 8080/90, que regula as ações e serviços de saúde, definiu dois objetivos no que se refere à política de Recursos Humanos:

Organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal e valorização de dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 1990a).

No entanto, Pereira e Ramos (2006), sem desconsiderar a conquista constitucional que atribui ao SUS (art. 200, inciso III) a responsabilidade pelo ordenamento da formação de trabalhadores para o setor saúde, dizem que “a formação dos trabalhadores de saúde ficou definido na Constituição de forma ampla, sem especificar o papel do setor saúde na condução do processo de formação de seu pessoal, principalmente os de nível médio”. A orientação de uma formação técnica articulada ao processo de trabalho em saúde, vinha da finalidade em adotar um modelo de educação profissional descentralizado e em relação estreita com os serviços para qualificar profissionais inseridos em seus contextos de trabalho. Os conteúdos programáticos dos cursos seriam estabelecidos com a participação do setor saúde, embora o Ministério da Educação normatizasse os currículos mínimos profissionalizantes.

Na visão de Izabel dos Santos, diferente de uma escola de educação geral, as escolas técnicas do SUS deveriam atuar em outra lógica, priorizando a educação tecnológica, em que o aluno é levado a enfrentar o problema, porém a partir do conhecimento teórico ou da base científica que sustenta a técnica. Dessa forma, o aluno é levado a saber/pensar a partir do seu próprio processo de trabalho, sem desvincular a realidade do processo de aprender, objetivo da metodologia da problematização na educação profissional. (LIMA; BRAGA, 2006)

Entretanto, apesar do esforço do PLE para criar essas estruturas de ensino no interior das secretarias estaduais/municipais de saúde, no país, e de requalificar os atendentes em auxiliares de enfermagem, nos anos 1990 os/as CEFOR/ETSUS de alguns estados foram fechados e/ou suas ações tiveram descontinuidade face ao contexto neoliberal que asfixiou os recursos financeiros para a área social, iniciada no governo Collor. Assim, a formação profissional dos trabalhadores de saúde de maneira geral e dos atendentes de enfermagem, em particular, foi comprometida (LIMA, 2010).

No final da década de 1990, aproveitando a experiência acumulada no PLE de descentralização da formação para os municípios, de articulação do processo de trabalho com o processo de formação ou da integração ensino-serviço e, de organização e operacionalização do currículo integrado, foi criado o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE). Porém, diferentemente do PLE, o PROFAE foi desenvolvido tanto por escolas técnicas públicas como privadas, existentes no país, sob a lógica da competição administrada oriunda da reforma do Estado implementada por Bresser Pereira, então ministro do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC). Além disso, visou à escolarização e qualificação profissional dos atendentes em auxiliares de enfermagem, assim como financiou cursos de técnicos de enfermagem ou habilitação técnica de nível médio para os auxiliares de enfermagem. A principal razão para a criação desse projeto foi a lei nº 7.498/1986 do exercício profissional de enfermagem que extinguiu a categoria do atendente de enfermagem que para continuarem trabalhando necessitavam de profissionalização.

Nesse cenário, o Projeto Larga Escala foi concebido como um projeto comprometido com a transformação social por apresentar uma proposta alternativa de qualificação profissional de trabalhadores sem formação específica, que perdurou até a regulamentação da atual Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB, que em 1996, põe fim aos cursos supletivos e, dentre eles, o PLE.

A operacionalização deste projeto se deu com ações específicas com o intuito de proporcionar formação de qualidade, de forma descentralizada e controlada. Dentre elas destacam-se, segundo Gottens, Alves e Sena (2007), o financiamento dos cursos com repasse de recursos às escolas de formação profissional contratadas; criação de mecanismos de incentivo técnico e financeiro para a modernização das ETSUS; e elaboração de um sistema de avaliação e certificação dos egressos dos cursos de auxiliar de enfermagem.

O PROFAE foi financiado com recursos do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) juntamente com o do Ministério da Saúde e Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). Segundo Ramos (2010), o alinhamento das políticas de educação

profissional em saúde às políticas educacionais do Ministério da Educação do governo FHC, possibilitou a adoção da pedagogia das competências por meio do Sistema de Certificação de Competência dos Auxiliares de Enfermagem (SCC/PROFAE). Os objetivos deste sistema era, inicialmente, aferir a qualidade dos cursos e induzir um processo de implementação dos currículos baseados em competência para as diversas categorias, principalmente as de enfermagem.

De acordo Ramos (2010), para Izabel dos Santos, a ideia de competência estava na base do currículo integrado, identificado pela organização por atividades e não por disciplinas. Para Izabel, era uma opção pedagógica que promoveria a aproximação entre o mundo do trabalho e a escola através de uma formação problematizadora utilizando a integração Ensino-Serviço-Comunidade, incorporada no PROFAE. A crítica ao currículo por disciplina, afirma Ramos, foi uma das razões que levou o Ministério da Saúde adotar a noção de competência como referência da formação dos trabalhadores da saúde. A noção de competência adotada pelo SCC/PROFAE foi definida como:

[...]a capacidade (das pessoas) de enfrentar- com iniciativa e responsabilidade, guiadas por uma inteligência prática do que está ocorrendo e com capacidade para coordenar-se com os outros atores para mobilizar suas capacidades- situações e acontecimentos próprios de um campo profissional. (PEREIRA E RAMOS, 2006).

Além da competência formal, de caráter técnico-científico, deveria ser desenvolvida, na formação do trabalhador de saúde, a competência política para integrar a competência humana no cuidado profissional dentro do SUS. O objetivo destaca Ramos (2010), estava em humanizar o conhecimento ao vinculá-lo aos fins políticos da profissão. Esta competência política foi compreendida como

O desempenho ético, comprometido com a vida, com o outro (o colega, a equipe, o usuário), com o trabalho humanizado que qualifica a referida competência formal. A competência política está voltada para os fins históricos e revela-se naquelas atitudes que vão além do que um curso centrado estritamente nas técnicas perfeitas e rápidas possa assegurar, sem significar de forma alguma a negação da importância das mesmas como partes da competência formal necessária. (TORREZ, 2001 *apud* RAMOS 2010).

De acordo com a pesquisa¹⁶ realizada sobre os impactos do PROFAE na formação profissional de nível técnico para o SUS, destacou-se o saber-ser e o saber-fazer, em que os egressos do curso tiveram, segundo os gerentes dos serviços de enfermagem, mais autonomia sobre as atividades, tornando-se mais questionadores. Também houve melhoria no relacionamento e adoção de medidas de biossegurança no controle de infecção hospitalar.

¹⁶ O PROFAE e a formação de profissionais de nível técnico para a saúde, no Brasil: uma avaliação de resultados apresentado durante o Seminário Nacional da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e publicado na Revista RET-SUS/Órgão oficial da Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde. Brasil. Ano V - nº 38 - setembro de 2010.

Para os egressos, o PROFÆ possibilitou maior consciência em relação ao trabalho e na orientação dos procedimentos aos usuários dos serviços. Quanto à metodologia de avaliação por competências a pesquisa apontou que foi reconhecida por 97% das ETSUS, sendo que 50% informaram que conseguiram implantá-la e, destas, 40% informaram que a utilizam com frequência.

Assim, tanto no Projeto Larga Escala como no PROFÆ, sob a referência da integração do ensino à realidade dos serviços, a busca foi pela melhoria da qualidade da assistência e da transformação das práticas na perspectiva da atenção integral a saúde. Para alcançar isso, as escolas utilizaram e, ainda, utilizam os currículos integrados baseados em competências em que, segundo Ramos (2010), os conteúdos disciplinares se desenvolvem por situações-meio que congregam problemas e projetos desafiadores reais ou simulados para alcance de soluções adaptadas a situações vivenciadas pelo sujeito. Para esta autora, a utilização desta forma de organização por atividades, e não por disciplinas, o intuito era de superar o currículo fragmentado e da prática pedagógica baseada na transmissão de conteúdo ao descontextualizar o ensino da realidade social dos alunos.

Lima e Braga (2006) advertem, porém, que a disseminação do modelo de competências nos processos educativos visa garantir a adaptação dos novos trabalhadores às instáveis condições sociais e profissionais do modelo de acumulação flexível. Esse modelo caracteriza-se especialmente pela flexibilidade das relações de trabalho e da força de trabalho e busca maior concentração de renda nas mãos dos detentores do capital financeiro em detrimento dos trabalhadores e o conseqüente aumento da pobreza. Nesse contexto, passa a ser exigido um novo perfil de trabalhador, que seja capaz de aumentar a produtividade com o desempenho de várias funções em um campo de trabalho; apto a lidar com os imprevistos e acompanhar as inovações tecnológicas frequentes; capaz de atuar em equipe.

Pereira e Ramos (2006) dizem as noções de competência e empregabilidade configurou, assim, os pressupostos ético-políticos e psicopedagógicos que submetem a escola aos interesses do capital. Uma vez seduzido pela ideologia da empregabilidade, o trabalhador buscará cada vez mais estar capacitado para aumentar as chances de ingresso no mercado de trabalho. No entanto, Ramos (2010) aponta que o PROFÆ, apesar de seu caráter neoliberal, possibilitou um aumento de escolaridade e qualificação dos trabalhadores de enfermagem, a ampliação e melhoria nas condições físicas das Escolas Técnicas do SUS, mesmo com o fortalecimento do setor privado, inclusive filantrópicos, que também receberam financiamento do projeto.

Com o governo Lula, em 2003, o PROFAE, é substituído pelo Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS), criado em 2006. Este programa é incorporado como uma estratégia do Mais Saúde – Direito de Todos (2008 – 2011) ¹⁷, visando qualificar e/ou habilitar trabalhadores em cursos de Educação Profissional para o setor saúde, já inseridos ou a serem inseridos no SUS, com o propósito da melhoria da atenção básica e especializada. Diferentemente do PROFAE, amplia a sua ação de formação para outras áreas profissionais e volta a privilegiar o financiamento público para as estruturas públicas, como as ETSUS e Escolas de Saúde Pública.

Com a aprovação do Decreto 5.154/2004, a Portaria n° 3.189/ 2009 do PROFAPS informa que

A educação profissional será desenvolvida por meio de cursos e programas de formação inicial e continuada de trabalhadores, incluídos a capacitação, o aperfeiçoamento, a especialização e a atualização em todos os níveis de escolaridade, e a educação profissional técnica de nível médio desenvolvida, de forma articulada, com o ensino médio. (BRASIL, 2009).

Este programa, previsto para acontecer em áreas estratégicas para a saúde, considera as especificidades regionais, as necessidades de formação e a capacidade de oferta institucional de ações técnicas de educação de nível médio na saúde, explicitada em um dos eixos do Mais Saúde: direito de todos. As propostas de formação devem ser conduzidas pelos Colegiados de Gestão Regional (CGRs) ¹⁸ com a participação das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) ¹⁹, observando as diretrizes do Plano Estadual de Educação Permanente na intenção de garantir a implementação do SUS.

A elaboração dos planos de curso precisa obedecer aos mapas de competências e as orientações curriculares, para posterior pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ²⁰, garantindo as transferências financeiras previstas na Portaria n° 1.626/2010 do Ministério

¹⁷ O *Mais Saúde: direito de todo (2008-2011)* foi lançado em dezembro de 2007, pelo Ministério da Saúde, contemplando 86 metas e 208 ações, distribuídas em oito eixos de intervenção, tais como promoção da saúde, atenção à saúde, complexo industrial produtivo da saúde, força de trabalho em saúde, qualificação da gestão, participação e controle social, cooperação internacional e saneamento. Estes eixos compreendem ações de realização de concursos públicos, o fortalecimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), a implementação de Unidades de Pronto Atendimento (Upas) e a ampliação do programa Saúde na Família, entre outras. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pacsauade/index.php> acessado em 27 de junho de 2016.

¹⁸ Os Colegiados de Gestão Regional (CGRs), criados pela Portaria 399 que divulgou o Pacto pela Saúde 2006, consiste em espaços regionais de planejamento e gestão com a participação de todos os gestores dos territórios abrangidos pelas regiões de saúde.

¹⁹ As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), Portaria 1.996 lançada em 2007, substituíram os Polos de Educação Permanente. Os CIES têm um papel articulador entre os gestores do SUS e as instituições de ensino para que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde possa ser planejada e implementada conjuntamente.

²⁰ De acordo a Norma Operacional Básica de 01/1993, o gerenciamento do processo de descentralização no SUS, tem como eixo a prática do planejamento integrado em cada esfera de governo e como foros de negociação e deliberação as Comissões Intergestores e os Conselhos de Saúde expletivamente, estruturando funcionalmente a articulação no âmbito estadual como Comissão Integestores Bipartite(CIB), integrada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do estado que deverá ser criada e formalizada através de

da Saúde. Os Centros Formadores, as Escolas Técnicas do SUS e as Escolas de Saúde Pública teriam prioridade na formulação e execução técnica e pedagógica dos cursos como um componente para seu fortalecimento. Por outro lado, este documento deixa a critério das CIB a pactuação de projetos de outras escolas legalmente reconhecidas e habilitadas, desde que a região não tenha instituições prioritárias suficiente para atender a demanda (BRASIL, 2009).

O pressuposto de orientação das ações pedagógicas deste programa foi baseado na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), aprovada pela Portaria MS/GM nº 198/2004 e no Conselho Nacional de Saúde (CNS) através da Resolução nº 353/2003, conforme aponta Francisco Campos²¹, numa entrevista dada a RET/SUS em 2011. Ele diz que o PROFAPS “fundamenta-se na integração ensino-serviço, no trabalho em equipe multiprofissional e cooperativo, no conhecimento interdisciplinar e de abrangência sociocultural, articulando as bases epistemológicas da saúde, educação e trabalho a fim de superar os paradigmas tecnicistas da formação e das práticas profissionais”.

A PNEPS, como prática de ensino-aprendizagem, segundo Ceccim e Ferla (2009) “significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir das realidades vividas pelos atores envolvidos”. Os problemas vivenciados no dia-a-dia, da prática do trabalho, aliados as experiências destes atores possibilitariam a construção de conhecimentos sobre o ser e seu fazer em respostas as perguntas geradas no próprio trabalho. Por isto, a educação permanente em saúde se apoia no ‘ensino problematizador’ e na ‘aprendizagem significativa’. Enquanto no primeiro, pretende-se a inserção do sujeito de maneira crítica na realidade, no segundo valorizam-se as experiências anteriores e vivências pessoais, desafiados a aprender. (CECCIM; FERLA, 2009).

Segundo Ramos (2010), a educação permanente, enquanto política guia-se pelo propósito de promover transformações nas práticas de saúde pelo diálogo com as práticas e concepções vigentes a partir da problematização no âmbito concreto do trabalho de cada equipe. Ramos diz que o eixo da educação permanente em saúde seria “produzir novos pactos e novos acordos coletivos de trabalho no SUS. Seu foco seriam os processos de trabalho (atenção, gestão e controle social); seu ‘alvo’, as respectivas equipes; e seu lócus de operação, os coletivos” (RAMOS, 2010).

Nesse sentido, a autora afirma que

portaria do Secretário Estadual de Saúde, sendo a instância privilegiada de negociação e decisão quando aos aspectos operacionais do SUS.

²¹ Francisco Campos ocupava o cargo de Secretário da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) na época da formulação do PROFAPS, em 2006, no Ministério da Saúde.

A atualização técnico-científica seria apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco. A formação e o desenvolvimento englobariam aspectos de produção da subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimentos do SUS. Assim, na proposta da educação permanente, a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção deveria ser construída na prática concreta das equipes. As demandas por capacitações não se definiriam somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas prioritariamente dos problemas que ocorrem no dia-a-dia do trabalho referente à atenção, à saúde e à organização do trabalho. (RAMOS, 2010).

Ao ampliar o princípio da integração ensino-serviço, que norteou o Larga Escala e o PROFAE, com a incorporação da gestão e do controle social, Ramos (2010) acrescenta que a PNEPS promove a participação de novos sujeitos sociais no planejamento dos processos formativos. Assim, as propostas formativas viriam de gestores e da sociedade civil organizada, através das Comissões de Integração Ensino-Serviço, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e da população tendo como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, estruturadas a partir da problematização.

3.1 AS TEORIAS NÃO-CRÍTICAS E CRÍTICAS E AS CONCEPÇÕES PEDAGÓGICAS NAS ESCOLAS DE FORMAÇÃO TÉCNICA EM SAÚDE

Saviani (2008) divide as teorias educacionais em teorias não-críticas e críticas. No primeiro grupo inclui a pedagogia tradicional, a pedagogia nova e a pedagogia tecnicista. O que caracteriza essas teorias é que concebem a sociedade como harmoniosa, que tende a integração de todos para superar a marginalidade. Nesse sentido, a educação emerge como uma força homogeneizadora, com autonomia suficiente para corrigir as distorções sociais visando evitar a desagregação e construir uma sociedade igualitária.

No segundo grupo está incluídas a teoria do sistema de ensino como violência simbólica, a teoria da escola como aparelho ideológico do estado e a teoria da escola dualista. Ao contrário das teorias não-críticas elas concebem a sociedade como sendo dividida em classes sociais antagônicas, na qual a classe dominante ou a que detêm o controle dos meios de produção se apropria da riqueza produzida socialmente e relega os dominados a marginalidade. A educação aí emerge como dependente da estrutura social e, nesse sentido, reforça a dominação e legitima a marginalização. Como entende que o papel da educação é a reprodução da sociedade, Saviani vai denominar essas abordagens crítico-reprodutivistas.

Portanto, quando nos referimos à teoria crítica não estamos tratando das teorias crítico-reprodutivistas, mas aquela formulada por Saviani (2008) que define a educação como

“uma atividade mediadora no seio da prática social global”. Como as teorias crítico-reprodutivistas essa teoria crítica concebe a sociedade dividida em classes sociais antagônicas, porém, ao contrário daquelas, entende que a educação se relaciona dialeticamente com a sociedade, isto é, “ainda que elemento determinado, não deixa de influenciar o elemento determinante” (SAVIANI, 2008), apontando assim para a superação da crença seja da autonomia absoluta da educação em relação à sociedade como preconizam as teorias não-críticas, como da sua dependência absoluta da estrutura social tal qual definem as teorias crítico-reprodutivistas.

Da mesma forma, quando tratamos das teorias não-críticas o foco da discussão é nas pedagogias nova e tecnicista²². A primeira em razão da sua forte influência na prática e no pensamento da educação para a saúde (MOROSINI, 2009). A segunda pela difusão da padronização taylorista nas escolas de modo geral e nas escolas profissionais, em particular, que se materializou no planejamento curricular, a partir das décadas de 1960 e 1970. Em relação a pedagogia nova, Ramos (2010) diz que John Dewey se tornou referência na teoria da educação chamada de escola nova (escolanovismo). Este movimento educacional tinha a crença no poder da escola e em sua função de equalização social, questionando a centralidade do professor, tido como detentor do saber no processo educativo que, por meio de métodos transmissivos, manipulava os processos mentais dos alunos, considerados receptores passivos do conhecimento.

Produz, assim, uma pedagogia que defende um tratamento diferenciado dos alunos a partir da descoberta de suas diferenças individuais. Nesse sentido, a educação, como meio de equalização social, seria um instrumento de correção da marginalidade na medida em que cumprir a função de ajustar e adaptar os indivíduos à sociedade, inculcando neles o sentimento de aceitação do outro. (RAMOS, 2010).

Saviani (2008) destaca que o escolanovismo desloca por referência a pedagogia tradicional a questão do intelecto para o sentimento, do lógico para o psicológico, da cognição para os processos pedagógicos, do esforço para o interesse, da disciplina para a espontaneidade, da quantidade para a qualidade. O importante não é apreender, mas “aprender a aprender”. O professor estimula, mas a iniciativa é dos alunos. “Em suma, a feição das

²² Nesta discussão sobre as teorias educacionais tradicionais, cabe ressaltar a contradição destacada por Silva (2014) que “as teorias pedagógicas e educacionais são também teorias sobre currículo” e que “as teorias educacionais e pedagógicas não são, estritamente falando, teorias sobre o currículo”, a depender da época em que o termo currículo surgiu para representar a organização e o método a ser utilizado na questão sobre o que ensinar. No início do século XX, enquanto que Bobbit queria transferir para a escola o modelo de organização das indústrias proposta por Taylor, visando ajustar as crianças e jovens à sociedade, preparando-as para a economia; John Dewey, numa vertente mais progressista, estava mais preocupado com a construção da democracia, considerando as experiências e os interesses das crianças e jovens no planejamento curricular. Em meados do século, influenciando também o Brasil nesta construção, Tyler estabelece a ideia de currículo em torno de organização e desenvolvimento, mantendo a questão técnica trazida por Bobbit, mas incluindo duas fontes que não eram contempladas: a psicologia e as disciplinas acadêmicas que seriam consideradas e organizadas no alcance dos objetivos planejados.

escolas mudaria seu aspecto sombrio, disciplinado, silencioso e de paredes opacas, assumindo um ar alegre, movimentado, barulhento e multicolorido” (SAVIANI, 2008)

As bases filosóficas desta pedagogia, segundo Ramos (2010), estariam na epistemologia empirista, pragmática, pela primazia dada à prática em relação à teoria como orientador na construção de verdade que, na concepção de Dewey, é entendida “como as hipóteses de solução de problemas que, sendo eficientes experimental ou cognitivamente, comprovariam sua utilidade social e moral” (idem, p. 126), ou seja, “a verdade seria atingida por meio de processo de verificação, em que seria possível realizar experiências, assimilar e comprovar sua eficácia” (Idem, p.124). Neste processo existiriam as verdades que, baseadas nas experiências dos indivíduos, poderiam ser confirmadas ou não quando colocadas em práticas individuais, tornando aquele conhecimento como verdadeiro pela sua utilidade. O critério para esta verdade seria o êxito e a eficácia da ação prática do homem sobre a realidade dada.

Nesta corrente, Ramos (2010) destaca que a prática é compreendida como ação subjetiva do indivíduo destinada a satisfazer seus interesses, enquanto que os conhecimentos verdadeiros representam as experiências diretas ou indiretas destes indivíduos. Como o homem não vive as experiências direta de tudo, buscam-se as experiências de outros homens para construir os seus próprios conhecimentos num processo de interação, adaptação, de busca de equilíbrio com o meio físico e social. O pensamento reflexivo do indivíduo, diante de situações postas, promoveria a seleção de hipóteses e busca da comprovação científica por meio da experimentação na realidade.

Para isto, o indivíduo deveria empregar forças relacionadas à curiosidade, as sugestões e a ordem, resultado do desenvolvimento psicológico do indivíduo que equivale aos mecanismos adaptativos do comportamento humano. A autora diz ainda que a presença de competências cognitivas e socioafetivas na formação escolar do indivíduo seriam mecanismos adaptativos que contribuiriam para o ajustamento do indivíduo ao meio material e social.

O pensamento reflexivo é definido por Dewey como aquele que consiste em dar volta em um tema na cabeça e tomá-lo a sério com todas as suas consequências. A reflexão não implica tão somente uma sequência de ideias, mas uma *con*-sequência, isto é, uma ordenação sequencial das ideias na qual cada uma delas determina a seguinte com resultado, enquanto cada resultado, por sua vez, aponta e remete àquelas que a precedem. Assim, que constitui o pensamento reflexivo é o exame ativo, persistente e cuidadoso de toda crença ou suposta forma de conhecimentos à luz dos fundamentos que a sustentam e das conclusões a que tende. (RAMOS, 2010).

Entretanto, Saviani (2008) chama a atenção de que o escolanovismo não conseguiu alterar substancialmente a organização escolar, pois, entre outras razões, os custos de

implantação desse tipo de proposta eram altos quando comparados ao da escola tradicional. As escolas que conseguiram avançar na reformulação foram aquelas bem equipadas, se restringindo às escolas de elite. Por outro lado, acabou provocando o afrouxamento da disciplina e a despreocupação com a transmissão de conhecimentos nas redes escolares oficiais. Ou seja, aprimorou o ensino das elites e desorganizou o das camadas populares.

No início da segunda metade do século XX, o escolanovismo dava sinais de exaustão e ineficiência no que diz respeito a superação da marginalidade, tal qual defendia. Daí é que, por um lado, surgem as propostas da ‘Escola Nova Popular’ baseadas nas pedagogias de Freinet e Paulo Freire e, por outro lado, a preocupação com os métodos pedagógicos que já estava presente no escolanovismo, mas que desemboca na busca da eficiência instrumental que se articula com a nova teoria educacional que emerge nesse momento: a pedagogia tecnicista (SAVIANI, 2008)

Nas décadas de 1960 e 1970, a organização do trabalho baseado na eficiência e na padronização taylorista difunde-se nas escolas, se materializando no planejamento curricular baseado em Skinner²³. Este determina que os fins educacionais sejam colocados anteriormente as experiências dos indivíduos, na pretensão destes desenvolverem uma aprendizagem de forma preestabelecida pelos objetivos, na seleção e no direcionamento de conteúdos e na avaliação precisa. Como diz Saviani (2008),

[a] partir do pressuposto da neutralidade científica e inspirada nos princípios de racionalidade, eficiência e produtividade, essa pedagogia advoga a reordenação do processo educativo de maneira a torná-lo objetivo e operacional. De modo semelhante ao que ocorreu no trabalho fabril, pretende-se a objetivação do trabalho pedagógico. (SAVIANI, 2008)

Sob a influência da Teoria do Capital Humano, o processo educativo, particularmente a formação profissional, assume a função de profissionalização e de condução ao mercado de trabalho. Nesse sentido, a pedagogia tecnicista operacionaliza os objetivos educacionais e mecaniza os processos de ensino-aprendizagem em treinamentos com enfoque sistêmico, padronizados, conformados em diferentes disciplinas e práticas pedagógicas. (SAVIANI, 2007; RAMOS 2010).

A busca pela eficiência nos processos produtivos, advindas da teoria de Taylor, se materializa nos currículos escolares.

²³ De acordo com Tyler, quatro questões básicas nortearão a organização e desenvolvimento do currículo: 1) que objetivos educacionais deve a escola procurar atingir?; 2) que experiências educacionais podem ser oferecidas que tenham o propósito de alcançar esses propósitos?; 3) como organizar eficientemente essas experiências educacionais?; 4) como podemos ter certeza de que esses objetivos foram alcançados? (SILVA, 2014). “

Para isto, Taylor formulou quatro princípios de gerenciamento. O primeiro pregava a substituição do empirismo na execução do trabalho pelo cientificismo, isto é, pela teorização dos elementos que subjazem e ordenam a execução das tarefas a serem prescritas aos trabalhadores. O segundo, como desdobramento do primeiro, preconizava que a seleção e o treinamento dos trabalhadores deveriam se basear nesses fundamentos teóricos, justamente para evitar o empirismo. O terceiro constitui-se no controle da execução das tarefas exatamente de acordo com seus fundamentos teóricos prescritos. Por fim o quarto apregoava a divisão coerente do trabalho e da responsabilidade entre os administradores e os operários. (RAMOS 2010).

De acordo com Ramos (2009a), nos Centros Formadores/ETSUS uma das finalidades dos cursos de formação profissional é possibilitar aos trabalhadores técnicos de saúde o conhecimento dos princípios técnico-científicos, norteadores da prática profissional. O desenvolvimento do pensamento reflexivo seria a condição necessária para reformular essa prática através da formação da consciência crítica. Para a autora, a educação profissional em saúde na tentativa de superar a hegemonia tecnicista e conteudista do ensino desenvolveu-se com base na epistemologia pragmatista, cujas expressões estão no escolanovismo que tinha como princípios o aprimoramento da prática mediante o pensamento reflexivo; a perspectiva metodológica de ensino centrado na problematização da prática, sinônimo de cotidiano; na relação de professor-aluno, sendo o professor mediador /facilitador e o aluno, a referência do processo de ensino-aprendizagem; a relação teoria-prática caracterizada pela função da primeira sobre a segunda; os conteúdos selecionados a partir dos desempenhos esperados; as mudanças dos desempenhos como focos das avaliações.

Neste caso, os alunos identificam as dificuldades, as carências e as discrepâncias pela observação da realidade social transformam-os em problemas que, á luz da teoria, são analisados dando origem a projetos de intervenção. Coelho (2009) diz que no pragmatismo de Dewey, a ‘pedagogia de problemas’ era a essência do pensamento humano embora não utilizasse este termo ‘resolução de problemas’ e sim ‘pensamento reflexivo’. Em Paulo Freire, esta autora (idem, p. 306) destaca que a ‘ pedagogia do problema’ ou problematização mostra “a necessidade de um compromisso com a transformação da realidade estudada pela ação do sujeito”, numa perspectiva cognitivista que enfatiza o ‘sujeito aprendente’.

Da mesma forma a pedagogia das competências, segundo Ramos (2005b) se constituiu como uma referencia para as ETSUS a partir do final da década de 1990, contrapondo-se a ideia de disciplinas onde o currículo estaria organizado por um conjunto de conhecimentos sistematizados que o aluno teria acesso. A proposta de organização curricular nesta pedagogia estaria em mesclar problemas e projetos, distribuindo os conhecimentos em diversas disciplinas e saberes cotidiano. As competências seriam definidas e os conhecimentos

selecionados exclusivamente para o seu desenvolvimento. A autora afirma que esta concepção pedagógica, no entanto, contribuiu para a desintegração curricular, uma vez que o currículo passa a ser orientado pelas competências que se pretende desenvolver no sujeito, e não pelos conteúdos a se ensinar.

Neste sentido, a formação do trabalhador sob as ideias da empregabilidade, laboralidade e empreendedorismo, associadas a esta pedagogia expressam, no Estado, as marcas do capitalismo dependente na conformação de políticas educacionais que interessam ao capital, aos homens de negócios. Estas ideias estão comprometidas com os interesses burgueses e dos organismos internacionais que direcionam a formação do trabalhador com uma visão adaptativa e acrítica do mercado de trabalho (RAMOS, 2001).

As ETSUS cresceram buscando enfrentar as contradições que atravessam a educação profissional em saúde voltada para o exercício do trabalho manual ao proporcionar conhecimentos científicos aos trabalhadores da saúde sobre a sua prática profissional, vinculado aos princípios e diretrizes do SUS e pautados no conceito ampliado de saúde, construído a partir da realidade social do sujeito. No entanto, limitaram-se a formação de trabalhadores em saúde norteados pela prática profissional e o desenvolvimento do pensamento reflexivo como condição para reformular esta prática e formar a consciência crítica (RAMOS, 2009b).

Ramos (2009b) diz ainda que a vinculação da formação com o SUS e seus princípios é onde se encontra a maior potencialidade para o desenvolvimento de uma educação profissional sob uma concepção histórico-dialética. Para tanto, o objeto da problematização, não deve ser as situações do cotidiano às quais os alunos precisam se adaptar, como no escalonovismo e na pedagogia das competências, mas a prática social com a identificação dos seus principais problemas, seus determinantes e contradições visando à transformação. Neste sentido, a compreensão do SUS seria parte de uma totalidade socioeconômica mais ampla, na qual as relações sociais de produção geram a contradição entre saúde como direito e como mercadoria. O conceito ampliado de saúde seria o eixo que sustentaria uma formação na perspectiva da totalidade centrada na integração entre trabalho, ciência e cultura.

Geralmente, nas escolas, as competências se manifestam nos currículos escolares como objetivos operacionais por meio da expressão ‘ser capaz de’ nas atividades e desempenhos esperados. Enfim, “permanece a questão de se saber o que devem ter adquiridos os estudantes para serem capazes de fazer o que esperam que façam. Ou seja, permanece a questão sobre a relação entre a atividade do sujeito e a aprendizagem de conceitos” (RAMOS, 2010).

O currículo integrado, neste modelo, corresponde a uma organização lógica das matérias, dada pela definição de um tema geral, que se integram numa sequência de atividades, baseado na crítica a rigidez e a fragmentação dos conhecimentos em disciplinas isoladas da proposta tradicional de ensino.

Neste modelo de currículo os conteúdos são selecionados e organizados de forma flexível, tendo como referência os princípios da relevância, objetividade e adequação aos serviços. Os conteúdos teóricos e práticos são organizados em torno de um eixo comum, de modo a compor múltiplas unidades didáticas que em conjunto reproduzem os mínimos curriculares de cada habilitação profissional, devendo ser executados privilegiando o desenvolvimento de experiências de ensino/aprendizagem condicionadas pela dinâmica dos serviços de saúde. Desta forma prevê uma influência mútua entre a atividade didática e a prestação de serviços, que leve ao aperfeiçoamento da primeira e a uma pertinência da segunda. (LIMA, 2010).

O processo de ensino-aprendizagem torna-se, assim, indissociável da experiência concreta dos indivíduos que se organiza com base na problematização utilizando o ‘método do arco’ de Charles de Maguerez. Este processo metodológico se desenvolveria nos seguintes passos: 1) percepção (sentimento do problema); 2) intelectualização da dificuldade que se experimentou em um problema (formulação do problema); 3) hipóteses para guiar a observação e outras operações; 4) raciocínio lógico; 5) experimentação e comprovação das hipóteses. (RAMOS, 2010)

A aprendizagem significativa, nesta proposta curricular, é impulsionada e dirigida pelos interesses e necessidades do próprio indivíduo que ao considerar o mundo em constante mudança, precisa estar preparada para acompanhar as transformações e garantir a transmissão de conhecimentos e tradições através da educação. Neste modelo, Ramos (2010) diz que é mais importante o aluno desenvolver um método de aquisição, elaboração, descoberta e construção de conhecimentos, do que aprender os conhecimentos descobertos e elaborados por outras pessoas.

Numa perspectiva mais crítica de uma proposta pedagógica, Ramos (2010) diz que “a teoria científica, tem a função real de penetrar na superfície empírica da realidade em sua aparência, e captar as relações que geram as formas fenomênicas” dela na construção de conceitos que descrevam aspectos não observáveis e contraditórios. A prática social do indivíduo, vivenciando repetidamente estes fenômenos, o levam a construir representações e estabelecer relações na construção destes conceitos pela tomada de consciência da essência do fenômeno. Conclui-se, assim, que “a verdadeira tarefa do conhecimento consiste em se elevar a sensação ao pensamento, em se elevar a elucidação progressiva das contradições internas

nos fenômenos que existem objetivamente, até a elucidação das suas leis, da ligação interna dos diferentes processos” (Idem, p. 131).

A metodologia da problematização nas ETSUS, veiculada desde os Projetos Monte Claros e Larga Escala, tem o objetivo de possibilitar que o indivíduo reflita sobre as práticas dos serviços de saúde e a realidade social, se apoiando na concepção pedagógica desenvolvida por Paulo Freire. A decisão em utilizar esta proposta pelos Centros Formadores/ETSUS foi acima de tudo política, visando contribuir para a formação crítica dos sujeitos. Assim, mesmo orientadas por concepções não-críticas como o escolanovismo, possuem em sua intencionalidade a formação crítica e política dos trabalhadores, em razão referenciada sua própria história.

Neste sentido os Centros Formadores/Escolas Técnicas de Saúde ao organizarem os seus Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) aliados ao currículo integrado e a metodologia da problematização utilizam como ponto de partida do processo de ensino-aprendizagem, as experiências e as vivências dos trabalhadores no processo de trabalho. Numa concepção baseada no trabalho como princípio pedagógico, o trabalho em saúde passa a ser fonte de problematização, ou seja, a prática do trabalho como mediação para o processo de ensino-aprendizagem. Na formação do sujeito utilizam estratégias metodológicas do ‘aprender fazendo’, presente no cotidiano do indivíduo. (RAMOS, 2010).

Ramos (2008, 2009b) aborda que, na pedagogia libertadora de Paulo Freire, o cotidiano é considerado opressor e o desenvolvimento da consciência crítica busca a libertação dos sujeitos dele. Para isto, o discente deve assumir um papel central como sujeito da aprendizagem no espaço de ensino-aprendizagem, para daí reconhecer a sua condição de exploração nas relações sociais de produção. Ao contrário disto, haverá a dissociação do campo ideológico da produção capitalista, em que se processa a exploração dos trabalhadores, se aproximando de uma formação pragmática para uma suposta cidadania e para o exercício profissional.

A crítica de Paulo Freire se centrava na ‘educação bancária’, na qual a transmissão do conhecimento ocorre do professor para o aluno. Assim, ele traz uma visão epistemológica que trata o conhecimento como sendo constituído de informações e de fatos a serem simplesmente transferidos do professor para o aluno. O conhecimento, nesta concepção está fora e independente das pessoas envolvidas no ato pedagógico. Ao contrário desta concepção, a ‘educação problematizadora’, de Freire, se baseia na premissa de que o conhecimento sempre parte de alguma coisa. Deve existir uma integração entre o ato de conhecer e aquilo que se conhece, de forma intencionada, isto é, sempre dirigido a alguma coisa. O ato de conhecer

para Paulo Freire, nunca é um ato isolado. A educação ocorre mutuamente entre os sujeitos que dialogam num ato pedagógico de intercomunicação em que os sujeitos permanecem ativos, mediados pelo conhecer do mundo, o objeto a ser problematizado (SILVA, 2014).

Em comparação à teoria sobre currículo desenvolvida por Tyler, por exemplo, Silva (2014) considera que para Paulo Freire a própria experiência dos educandos deve se tornar fonte primária de busca dos ‘temas significativos’ ou ‘temas geradores’ para constituir os conteúdos programáticos dos currículos na educação de adultos. “O ‘conteúdo’ é sempre resultado de uma pesquisa do universo experimental dos próprios educandos, os quais são também ativamente envolvidos na pesquisa”. (SILVA, 2014). Esse conteúdo não pode ser algo impositivo ou doado, deve ser organizado, sistematizado e acrescentado pelos sujeitos que os encontram de forma desestruturada. Neste processo, os sujeitos (educandos e educadores) participam da construção do currículo pela escolha dos conteúdos que se busca na realidade, naquele mundo.

Paulo Freire, na obra da pedagogia da autonomia é identificado por Ramos (2010), numa perspectiva transformadora ao “cultivar nos alunos o entendimento de que, como seres inconclusos podem transpor os condicionantes que os limitam, mas não os determinam”, relacionando-os a dimensão histórica e social do ser humano como a essência capaz de promover mudanças em sua realidade. A concepção de homem como ser inacabado, capaz de construir e reconstruir a sua história, transformar a sua realidade e de sua comunidade constitui segundo Ramos a proposta educacional de Freire. Para tanto, a autora acredita, baseado nesta premissa que “o fazer educativo seja capaz de conscientizar as classes populares da possibilidade histórica que lhes permite transformar a realidade à medida que se politizam e tomam consciência da condição de classe oprimida a que estão condicionadas.” (RAMOS, 2010).

Assim, Freire defende a educação permanente como forma de problematização, reflexão e reorganização das experiências vividas para formação de sujeitos críticos e autônomos. O docente e o discente, numa proposta transformadora, devem estar em uma relação próxima, considerando o ato de ensinar como inerente ao ser humano e o ato de aprender como prática de todo sujeito (RAMOS, 2010).

Mas, para que haja esta formação crítica do sujeito, o processo educativo precisa acontecer em ‘espaços abertos’, capazes de fazer o discente pensar, desenvolver sua criticidade movidos pelo experimento da curiosidade no entendimento de diferentes realidades. “É a curiosidade crítica que leva os seres humanos a problematizarem a realidade concreta que os cerca, é que possibilita mudança” (RAMOS, 2010). Nesta perspectiva os

saberes curriculares precisam dialogar com os saberes e as experiências sociais dos discentes, dando familiaridade ao conteúdo proposto pela problematização da realidade em que está inserido.

Ramos (2010) destaca que Freire não considera o currículo como espaço neutro, portanto é dotado de intencionalidades que conformam nos seres humanos determinados concepções sobre o homem, o mundo, a sociedade e o conhecimento. A escola e os alunos, ao estarem inseridos numa determinada conformação de Estado, precisam reconhecer esta organização e as consequências sobre o sujeito e a sociedade. A partir deste reconhecimento é que existe possibilidade de transformação da realidade pela reorganização das experiências concretas dos sujeitos envolvidos no processo educativo.

No entanto, Ramos (2010) destaca que, para Paulo Freire, “o modo de produção capitalista, especialmente na sua vertente ideológica do neoliberalismo, dissemina o discurso fatalista da impossibilidade levando a educação à dimensão exclusiva técnica, tornando-a seu produto e eliminando o caráter eminentemente formador e transformador da prática educativa”. O recurso ideológico, utilizado na manutenção do sistema vigente, mostra a não neutralidade da educação que se transformam em ‘armadilhas’ para as instituições educativas que levam o sujeito a conformação da realidade existente.

A pedagogia histórico-crítica ou pedagogia crítico social dos conteúdos defende a compreensão dos fundamentos técnico-científicos da produção moderna e não somente da prática profissional, que consiste numa mediação específica da produção da existência humana, frente as suas contradições sob o modo de produção capitalista. A finalidade política estaria direcionada no sentido da compreensão e transformação da realidade que exigiria uma abordagem em totalidade na perspectiva histórica dialética. Este método pedagógico parte da prática social em que estão inseridos o professor e o aluno na busca da compreensão e soluções dos problemas. A problematização deverá dar suporte neste processo com seus instrumentos teóricos e práticos. (RAMOS, 2010).

Ramos (2005a) defende, a partir desta referência, uma integração curricular que possibilite a compreensão da realidade além da aparência dos fenômenos, uma vez que o homem é um ser histórico-social, cuja essência é produzida nas relações com o mundo objetivo e com os outros homens. Assim, os conteúdos de ensino são conceitos e teorias que se tornam explicativos de fenômenos e relações que constituem a totalidade concreta. As propostas curriculares integradas estariam numa perspectiva de formação completa dos jovens, adolescentes e adultos trabalhadores, baseado numa visão de mundo que considera a

realidade concreta em sua totalidade manifestada pelos fenômenos construídos socialmente como produto histórico que constituem os conhecimentos a serem produzidos.

Nesta perspectiva,

[...] teorias, conceitos e fatos isolados são abstrações; são momentos artificialmente separados do todo. Eles só adquirem concreticidade quando inseridos no todo correspondente. Assim, o processo cognoscitivo da realidade é um movimento circular em que a investigação parte dos fatos e a ele retorna, num movimento de interpelação, interpretação, avaliação e crítica dos fatos. (RAMOS, 2014).

Conforme Ramos (2010) a razão dialética, neste processo, ocorre dos fenômenos para a essência, das partes para o todo que as supera, concebendo a construção do conhecimento como um processo histórico e dialético de questionamento permanente à realidade dada e de tentativa de compreensão da realidade totalizante.

Portanto, os pressupostos filosóficos que fundamentam esta organização curricular baseiam-se na concepção de homem como ser histórico-social que age sobre a natureza para satisfazer suas necessidades, produzindo conhecimento para transformar a natureza e a si próprio através do trabalho. Este é entendido como mediação histórica e ontológica na produção do conhecimento e na compreensão da realidade concreta como totalidade, resultado de múltiplas relações. Nesta concepção, o princípio epistemológico baseia-se no conhecimento como uma produção do pensamento pelo qual se apreende e se representam as relações que constituem e estruturam a realidade objetiva. Estes conhecimentos tornam-se objetos de ensino e podem ser generalizados e transmitidos à sociedade para fins práticos na produção de bens materiais e simbólicos e na produção de novos conhecimentos (RAMOS, 2005a).

Mediante isto, Ramos (2014) considera que “o método histórico-dialético permite apreender as mediações que configuram a realidade em sua historicidade e suas contradições, possibilitando a apreensão do real como concreto”. Este pensamento propõe compreender a realidade material e social como resultado de múltiplas determinações históricas, construídas pelos próprios homens, na busca pela sobrevivência e sua reprodução. Esta concepção é contrária àquela que considera a realidade como dada, imutável, concebida de forma não material, visando à manutenção da ordem existente.

Conforme Ramos (2005a) a visão materialista histórica marxista na educação, pressuposto da pedagogia histórico-crítica, foi constituída tendo como fundamento o modo de produção e as mudanças nas formas de produção da existência humana. A transformação da sociedade é vista como um objetivo do desenvolvimento social e das classes,

consequentemente também é problema educacional. Por isto, nesta perspectiva, a formação dos trabalhadores deve ser orientada pela filosofia da *práxis*.

Nesta perspectiva é que o trabalho adquire centralidade como princípio educativo, logo que busca:

Proporcionar nos sujeitos a compreensão do processo histórico de produção científica, tecnológica e cultural dos grupos sociais, considerada como conhecimentos desenvolvidos e apropriados socialmente para transformar as condições naturais da vida, e para a ampliação das capacidades e potencialidades e dos sentidos humanos. Ao mesmo tempo, é pela apreensão dos conteúdos históricos do trabalho, determinados pelo modo de produção no qual este se realiza que se pode compreender a relação social e, no interior destas, as condições de exploração do trabalho humano, assim como sua relação com o modo de ser da educação. Compreensão esta indispensável para a superação da alienação e construção de uma sociedade de novo tipo. (RAMOS, 2014.)

Portanto, a filosofia da *práxis* concebe o todo estruturado que se desenvolve e se cria permanentemente de forma contínua (não linear) em suas partes compondo o conjunto, em suas relações sociais de produção e suas contradições. Ao sujeito é necessário o conhecimento técnico-científico para produzir sua existência pelo trabalho em seu princípio educativo. (RAMOS, 2014).

A relação parte-totalidade e sujeito-objeto, no entanto, na formação integrada de trabalhadores é um desafio da proposta pedagógica, segundo aponta Ramos (2014). Conforme a autora, o currículo integrado estaria organizado com base na dimensão objetiva, ou seja, nos conhecimentos científicos relacionados à produção em seus fundamentos científico-tecnológicos, seus determinantes históricos e culturais e suas implicações político-sociais; e na dimensão subjetiva que consiste no próprio processo de apreensão, mobilização e uso desses conhecimentos que estruturam a experiência e o saber no trabalho. A proposta do currículo é integrar estas duas dimensões. Para isto, as disciplinas estariam organizadas de forma que permita apreender os conhecimentos estruturados em conceitos, construídos historicamente, mas que numa perspectiva dialética e interdisciplinar possibilita a compreensão da realidade como um todo a partir das especificidades do significado, razões e métodos destes conceitos.

Segundo a autora, no entanto, a compreensão deste real como totalidade exige que se conheçam as partes, e as relações entre elas, que ao apreendê-las no plano do pensamento irão se constituir os conceitos e teorias, quando elaboradas e formalizadas. Nesta perspectiva de formação profissional, a capacidade de produção social da existência, que inclui a ação técnica, política e cultural busca a compreensão e a transformação da realidade. O movimento

vai da visão do todo à síntese que é resultado de múltiplas determinações e de relações mediadas pela análise que são as abstrações realizadas na descoberta do novo conhecimento.

Ramos (2005a) considera, então, o seguinte desenho para o currículo integrado ao longo da formação, sob os eixos do trabalho, da ciência, e da cultura: 1) Problematizar fenômenos, que são os fatos e situações significativas e relevantes para compreender o mundo que vivemos, bem como os processos tecnológicos da área profissional, desvelando sua essência, pelas suas características, determinantes e fundamentos; 2) Explicitar teorias e conceitos fundamentais para compreender os objetos estudados nas múltiplas perspectivas em que foi problematizada e localizá-los nos respectivos campos da ciência, identificando relações com outros conceitos no mesmo campo e em campos distintos; 3) Situar os conceitos como conhecimentos de formação geral e específica, tendo por referência a base científica dos conceitos e sua apropriação tecnológica, social e cultural; 4) A partir dessa localização das múltiplas relações, organizam-se os componentes curriculares e as práticas pedagógicas a fim de corresponder as relações e nas realizações, no pressuposto da totalidade do real como síntese de múltiplas determinações.

Na corrente pedagógica histórico-crítica, Ramos (2009b) destaca que o objeto a ser problematizado é a prática social, que consiste em identificar os principais desafios a serem enfrentados, buscando seus determinantes e suas contradições para construir a emancipação humana. Numa perspectiva que busca a vinculação entre educação e sociedade, Ramos (2014), baseada em Saviani, compõe as seguintes etapas neste processo: 1) A prática social; 2) Problematização (identificação dos principais problemas da prática social); 3) instrumentalização (apropriação dos instrumentos teóricos e práticos necessários as equacionamento dos problemas detectados na prática social); 4) Catarse (efetiva incorporação dos instrumentos culturais, transformados em elementos ativos de transformação social; 5) prática social.

Em acordo com as idéias de Ramos (2009b), ao considerar que os referenciais epistemológicos que historicamente constituem as ETSUS, a construção de um projeto baseado numa concepção de educação politécnica e omnilateral dos trabalhadores de saúde são difíceis, posto que se trate de um projeto que se fundamenta na epistemologia da *práxis* e no princípio de superação das relações sociais de produção como fundamento da formação crítica.

A educação politécnica tem o trabalho como princípio educativo por isto visa proporcionar ao trabalhador de saúde a compreensão dos fundamentos científicos, tecnológicos, sócio-culturais da produção da existência humana. É uma educação que visa à formação omnilateral.

teral. Na educação em saúde, a politecnicidade, não fica restrita ao processo de trabalho, ao serviço, mas busca ampliar o processo de produção da vida que ocorre no âmbito da realidade determinada. Ela tem que ir ao SUS e além dele, compreendendo como um universo mais amplo no qual se produzem as condições objetivas e subjetivas de produção humana, representadas pelas determinações econômicas, físico-ambientais, históricas e culturais (RAMOS, 2009b).

3.2 A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE NA ETSUS-BA E A ORGANIZAÇÃO DO CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM NO HOSPITAL DO SUBÚRBIO

A Escola de Formação Técnica em Saúde (EFTS) é uma unidade pertencente à Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH) da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Ela é responsável pela formação do pessoal de nível médio atuando em consonância com a Política Estadual de Saúde e Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (BAHIA, 2012a) na perspectiva de melhoria da qualidade da assistência prestada aos usuários do Sistema Único de Saúde. A missão está em promover educação profissional em saúde aos trabalhadores, em conformidade aos princípios do SUS, com vista a melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários dos serviços públicos de saúde. (BAHIA, 2007).

O Projeto Político Pedagógico (PPP) da escola tem seu marco conceitual sustentado por dois grandes pilares baseados nas políticas públicas de saúde (LOS 8.080/90 e 8.142/90) e de educação (LDB nº 9.394/1996). Com bases nestas leis, o PPP estrutura as abordagens pedagógicas adotadas pela escola, a fim de atenderem às necessidades de formação de profissionais de acordo às demandas do SUS.

As ações pedagógicas da EFTS, pautadas na integração ensino-serviço, têm como referência o Projeto de Formação de Pessoal de Nível Médio pelas Instituições de Saúde (Acordo MS/MEC/MPAS/OPS, 1985), conhecido também como Projeto Larga Escala (PLE). A perspectiva teórica adotada pelo PLE toma a realidade local como *referência problematizadora* a fim de reorientar e qualificar as ações de cidadania e do exercício profissional, mediante a experimentação de ações e práticas educativas coerentes com o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, conseqüentemente, com a proposta de consolidação do SUS (BAHIA, 2006).

Atualmente, a PNPES (Portaria nº 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004) orienta a formação profissional na EFTS numa perspectiva de aprendizagem no trabalho, na qual o aprender e o ensinar se incorporam às organizações e ao trabalho, junto à adoção de referenciais da educação como a *problematização e aprendizagem significativa* para a transformação da realidade.

A estratégia de ensino-aprendizagem baseia-se na integração entre o ensino e o serviço como forma de oferecer oportunidade de acesso ao trabalho através da formação profissional, com vista à humanização das práticas de atendimento na saúde. A ampliação do acesso dos trabalhadores a formação ocorre, principalmente, pela descentralização dos processos de profissionalização. Como princípios norteadores, a integração ensino-serviço e a descentralização são consideradas essenciais para atuação dos profissionais de saúde, para a organização dos serviços e para a transformação das práticas de atenção à saúde na comunidade. (BAHIA, 2007).

A opção da EFTS por esta abordagem pedagógica é por “acreditar na educação como ação de transformação, em que o diálogo e as relações entre os atores envolvidos (docentes, discentes, equipes de saúde e população) são facilitadores do processo ensino-aprendizagem”. (BAHIA, 2007).

Neste contexto, a educação permanente se apresenta como uma estratégia técnico-político-pedagógica, que, potencializa a gestão do trabalho visando qualificar os trabalhadores, mas também melhorar a atenção, a gestão do sistema de saúde e o controle social, tanto nos serviços que compõem a rede da atenção à saúde quanto no âmbito político-gerencial no nível central, regional e local. (BAHIA, 2012a).

A PEGTES, no estado da Bahia, concebe os processos educativos “como um ato criativo, comunicativo, de coresponsabilização, produtor de sentidos, capaz de provocar mudanças nos sujeitos e nas suas práticas, contribuindo assim, para a humanização da atenção à saúde e democratização do SUS”. (BAHIA, 2012a).

Assim, a EFTS desenvolve um papel central ao atuar em rede, com ações integradas junto aos diversos setores técnicos da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia e Municípios. A programação de seus cursos parte, inicialmente, da mobilização dos gestores, trabalhadores e usuários do SUS, pautada, principalmente, na necessidade de reorientação das práticas de saúde, com vistas à melhoria da atenção à saúde da população. Para isso, promove uma educação descentralizada e democrática com a participação de outros sujeitos sociais (trabalhadores, gestores e usuários) na gestão dos processos educativos a nível estadual e local, tendo em vista o comprometimento destes sujeitos com o SUS.

Neste sentido, a escola adota abordagens pedagógicas que trazem o ‘trabalho como eixo do processo pedagógico’ ao privilegiar o conhecimento e a experiência no trabalho e na vida como possibilidade de articulação entre teoria e a prática, a realidade e a compreensão global desta realidade. (BAHIA 2006; 2007). A escola entende que “essa transformação incide sobre o sujeito e o objeto de forma a contribuir na melhoria da atenção prestada aos usuários do SUS-BA” (BAHIA, 2007).

Nesta mesma direção, no plano pedagógico do curso Técnico em Enfermagem o trabalho adquire uma centralidade nos processos educativos, nos quais os serviços de saúde se tornam responsáveis pelo processo de transformação das práticas dos trabalhadores de saúde e da organização da atenção à saúde. Estes pressupostos utilizam como estratégia de ensino-aprendizagem a integração ensino-serviço-comunidade numa perspectiva de compromisso com a melhoria da qualidade da atenção prestada à população. (BAHIA 2007, 2009).

A referência na integração ensino-serviço-comunidade está no projeto Larga Escala que busca uma educação crítica ao articular os momentos de reflexão teórico-práticos e aplicar os fundamentos científicos em situações concretas do trabalho. O objetivo está em assegurar “o alcance dos conhecimentos e domínio dos procedimentos que conformam o perfil profissional da categoria pelos momentos de concentração (teórico-práticos) e dispersão (estágios supervisionados)”. (BAHIA, 2009).

Nessa perspectiva, a Escola busca atualizar e contextualizar os temas abordados nas aulas e estágios a fim de discutir o papel do trabalhador de saúde no Sistema Único de Saúde para a promoção da saúde, integrando as políticas dirigidas às populações no desenvolvimento de melhores condições de vida e trabalho. Dessa forma, temas como o conceito ampliado de saúde, o SUS e condições de vida/trabalho da população são articulados durante a formação para nortear os sujeitos na construção do conhecimento a partir das experiências trazidas do seu cotidiano no trabalho e na comunidade.

A EFTS, com esta proposta pedagógica, propõe-se a realizar cursos de habilitação, qualificação e atualização dos trabalhadores de saúde, para o exercício profissional, que tenham, na conclusão dos cursos, um perfil com

[...]visão crítica do contexto social, com capacidade de pensar e agir ética e politicamente, com competências para executar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, capaz de integrar-se à estrutura organizacional e funcional do SUS respeitando os princípios profissionais nos diversos níveis de conhecimento. (BAHIA, 2007).

Para tanto, existe a crença de que o método de ensino-aprendizagem baseado na problematização, constrói sua concepção e sua prática pedagógica ao acreditar na educação como ação transformadora. A estratégia prevê, ainda, o envolvimento dos sujeitos que compõem o processo de trabalho, a fim de comprometê-los nas reflexões que contribuam para a transformação da realidade das comunidades (BAHIA, 2007).

As ações educativas da EFTS são desenvolvidas por meio de turmas centralizadas, quando as aulas teóricas e práticas ocorrem na sede da escola (situada no município de Salvador); e descentralizadas, quando as aulas teóricas, práticas e estágios são executadas no

interior dos serviços de saúde situados nos municípios ou pertencentes à rede estadual ou municipal de saúde. A descentralização de seus processos educativos refere-se, principalmente, aos espaços físicos que são utilizados no processo de ensino-aprendizagem para formação de trabalhadores de nível médio das instituições públicas de saúde ou da comunidade, inseridos em seus contextos sociais.

Desta forma, as demandas por cursos, a serem pactuados, podem surgir da comunidade, dos gestores municipais e dos gestores das unidades de saúde para operacionalização centralizada ou descentralizada pela escola. No caso de projetos dirigidos à comunidade, é obrigatório o planejamento e a execução de processo seletivo aberto ao público por edital, com critérios estabelecidos pela EFTS. Para tanto, obedecendo a seu Regimento Escolar (BAHIA, 2004), a escola ao ofertar cursos de forma específica, na modalidade descentralizada, precisa ter a organização curricular e a estrutura física do curso devidamente aprovados, atendendo a legislação da Educação Profissional orientada pelo Conselho Nacional e Estadual de Educação. Com isto, entende-se que o processo educativo ao ser realizado no interior das Unidades Básicas de Saúde, precisam ter a estrutura física para execução das aulas teóricas, práticas e estágios aprovados pela EFTS, responsável no cumprimento da legislação.

No ano de 2008, de forma pioneira, a EFTS oferta vagas no curso técnico em enfermagem às pessoas residentes no município de Salvador, através de processos seletivos de caráter geral. Desenvolvido na modalidade centralizada, teve suas aulas teórico-práticas, na sede da escola, e estágios supervisionados nas unidades de saúde da rede municipal (Unidades Básicas de Saúde) e estadual (Hospitais). O corpo docente era constituído por servidores do estado, concursados, trabalhadores da escola.

Dando continuidade ao processo de oferta de cursos a comunidade, a Secretaria de Saúde do estado da Bahia desenvolveu, em 2011, parceria com a Secretaria de Segurança Pública da Bahia com o intuito de fortalecer a articulação intersetorial entre secretarias do governo, considerados fundamentais para a melhoria das condições de vida da população, sob a indução da Política Estadual de Saúde (2012-2015) e do Programa Bahia Saudável²⁴, integrantes do Programa ‘Pacto pela Vida’²⁵ do governo federal.

²⁴ *Programa Bahia Saudável* foi um programa governamental legalmente instituído como projeto político do governo de estado para o período de 2011 a 2014 cujo direcionamento aponta para a necessidade de fortalecimento da articulação intersetorias entre saúde, educação, desenvolvimento social, justiça e direitos humanos, trabalho, emprego e renda.

²⁵ O Programa Pacto Pela Vida é um programa de Estado criado pela Lei nº 12.357 de 26/09/2011 no âmbito do Sistema de Defesa Social – SDS, cujo objetivo principal é a promoção da paz social. Trata-se de uma nova política pública de Segurança, construída de forma pactuada com a sociedade, articulada e integrada com o Poder Judiciário, a Assembléia Legislativa, o Ministério Público, a Defensoria Pública, os municípios e a União. [...] No âmbito social, o Pacto prevê ações de prevenção social executadas por diversas Secretarias de Estado, voltadas para a população vulnerável das áreas

Tais iniciativas têm como perspectivas as ações de territorialização, com o objetivo de gerar inclusão social com garantia de colocação no mundo do trabalho para os futuros Técnicos em Enfermagem. A estratégia prevê ainda projetos de intervenção nas comunidades elaborados pelos próprios alunos, que possibilitem contribuir com a modificação da situação de saúde local (BAHIA, 2012b).

Neste contexto, a EFTS, como instituição formadora, ofertou cursos de Técnico em Enfermagem e Técnico em Saúde Bucal, na modalidade centralizada, aos moradores de territórios considerados de vulnerabilidade social, tais como Alto das Pombas, Calabar e Nordeste de Amaralina, como demonstrado no quadro 1.

Quadro 1 – Curso técnico em enfermagem direcionado a população do município de Salvador

Município	Matriculados	Início	Término em Auxiliar em Enfermagem (AE)	Concluintes em AE	Término em Técnico em Enfermagem (TE)	Concluintes em TE
Salvador	31	16/06/2008	16/11/2009	22	16/06/2010	22
Salvador	33	29/09/2008	22/01/2010	21	28/07/2010	20
Salvador (Calabar/Alto das Pombas)	30	10/10/2011	28/01/2013	24	18/09/2013	24
Salvador (Subúrbio Ferroviário)	30	03/01/2012	-	-	21/03/2014	21
Salvador (Nordeste)	30	02/02/2014	-	-	11/12/2015	24
TOTAIS	154	-	-	-	-	111

Fonte: Secretaria Escolar da EFTS

A idealização do curso Técnico em Enfermagem no Hospital do Subúrbio surgiu, em 2010, antes mesmo da existência do programa *Bahia Saudável* quando um líder comunitário do Subúrbio Ferroviário fez, diretamente, pedido à gestão da EFTS de curso de formação técnica destinado aos moradores da região. Esta solicitação coincidiu, à época, com a

construção do Hospital do Subúrbio pelo governo do estado (gestão estadual de 2010-2014) e definição da modelo de gestão Parceria Público-Privado.

Em funcionamento, no ano de 2011, a diretora deste hospital relatou à diretora da EFTS problemas de atrasos e ausências dos técnicos em enfermagem do HS justificados pela dificuldade de acesso e transporte à região do Subúrbio Ferroviário. A direção da escola, na época, propôs a constituição de uma turma descentralizada formada por moradores do Subúrbio Ferroviário, mediante a existência de solicitação de cursos formativos para a região. Neste processo o curso foi pactuado, com a direção do HS, a utilização das instalações físicas e a participação dos enfermeiros do hospital, na docência. A perspectiva da EFTS era de atuação no território para atendimento às demandas da comunidade por projetos de formação que gerassem emprego na melhoria das condições de vida/trabalho da população (BAHIA, 2013).

A comunidade do Subúrbio Ferroviário é vista por notícias publicadas em sites institucionais do estado²⁶ como parceira do Hospital do Subúrbio desde a escolha do terreno para sua construção. Segundo esta fonte de informação, os líderes comunitários mantêm presença e convivência dentro do hospital participando com sugestões, críticas e recomendações. Inclusive ressaltou, para efeito desta pesquisa, que a participação da comunidade, através de um líder comunitário, é um aspecto específico deste curso formativo que ocorreu nesta instituição desde a sua concepção e desenvolvimento confirmada por alguns entrevistados.

A origem (do hospital e do curso) é que existiu um morador representante da comunidade que solicitou. Ele viu a carência do Subúrbio, das pessoas e que precisava-se de um hospital, segundo... eu tenho bases disso. Qualquer tipo de emergência que a gente tinha que encaminhar para um hospital muito distante. Então foi quando estava construindo esse hospital aqui, ele correu atrás, procurou a escola e sugeriu isso a uma das meninas lá, que pudesse instalar esse curso aqui dentro, dando oportunidade à uma mão de obra da própria região. E foi quando houve essa seleção pelo acordo entre a escola e o hospital. (ENTREVISTADO 07)

O curso Técnico em Enfermagem, segundo relatório de gestão escolar da EFTS (2012) foi resultado da parceria intersetorial entre a direção escolar da EFTS, a gestão do Hospital do Subúrbio (HS) e a comunidade, visando dar oportunidade de formação profissional para acesso ao emprego as pessoas do Subúrbio Ferroviário. Assim, ao ser executado pela EFTS, na modalidade descentralizada dentro do Hospital do Subúrbio (HS) constituiu o primeiro curso que surgiu mediante solicitação da comunidade com a proposta de formar profissionais para sua incorporação no serviço de saúde, ao final.

²⁶Disponível em: [www.saude.ba.gov.br/hospital do subúrbio](http://www.saude.ba.gov.br/hospital%20do%20sub%C3%BArbio). Acesso em 04 de agosto de 2016.

Na operacionalização desta proposta, a EFTS elaborou edital de seleção para a comunidade residente do Subúrbio Ferroviário de Salvador, adotando os seguintes critérios para a inscrição dos candidatos: ser residente da região ter concluído ou estar cursando o Ensino Médio e idade mínima de 18 anos. A divulgação foi realizada na comunidade por meio de carros de som, sites do governo e jornal de circulação local.

No dia 16 de outubro de 2011 a escola aplicou a prova objetiva, na modalidade presencial, para cerca de dois mil moradores do Subúrbio Ferroviário que se inscreveram no preenchimento de 30 (trinta) vagas no Curso Técnico em Enfermagem (BAHIA, 2011). Entre os motivos que levaram moradores a se inscreverem, foi encontrado, na entrevista, relatos que informam os interesses na área de enfermagem, sonho em realizar curso de formação em enfermagem, busca por melhoria das condições financeiras e emprego, embora relato de descreça, por alguns, em cursos ‘gratuitos’.

No depoimento abaixo, um dos entrevistados aponta que apesar do desinteresse inicial pelo curso, permaneceu no mesmo tendo em vista a perspectiva de ser incorporado para trabalhar no hospital. Por outro lado, aponta para certo senso comum que considera um curso pago, logo privado, melhor que um curso gratuito e público.

Então, a princípio eu não tinha interesse na área, nunca visei área de saúde. [...] aí chegou ao meu conhecimento, uma pessoa me comentou e fiz a inscrição, participei do processo seletivo. Passei no processo seletivo e, mesmo passando, eu não tinha interesse na vaga porque eu trabalhava e, como o curso era de segunda a sábado, para mim ia ficar um pouco complicado e, no momento eu não podia me desligar do trabalho. Mesmo assim eu vim para a primeira aula, conversei com a coordenadora que não tinha interesse na vaga, porque eu não queria ficar e na metade do curso desistir e tinha muita gente querendo fazer o curso e se eu desistisse do início iria passar a vaga para quem tivesse interesse. Ela me orientou a segurar um pouco, porque o curso era com parceria com o Hospital do Subúrbio e eu até nem sabia desse detalhe. E que eu fizesse pelo menos as primeiras semanas, que se eu não gostasse aí eu poderia desistir. Aí eu vim, gostei... porque assim, geralmente as pessoas tem um conceito que quando é um curso gratuito, geralmente é algo assim magueado, que não tem compromisso e que não vai à frente. Mas eu vi que não era isso. [...] E aos poucos que fui fazendo, fui me descobrindo e gostei. Inclusive, pretendo até fazer o nível superior, estou procurando só me organizar. E estou aí até hoje, graças à Deus. (ENTREVISTADO 03).

Para a entrevistada 5, ao contrário, o sonho de fazer um curso na área de saúde foi o que mobilizou, visto que realiza um velho sonho.

Eu sempre quis fazer esse curso de técnico de enfermagem, desde nova, mas minha mãe não deixou, minha mãe dizia que eu não ia limpar bunda de ninguém, que eu ia ser professora, me fez eu me formar em magistério. Eu chorei tanto, mas eu fui. Me formei em magistério. Depois que eu casei eu me inscrevi duas vezes no curso técnico de enfermagem, no Ana Nery e o outro foi no Senac, no Aquidabã. Nesse do Ana Nery eu engravidei do meu segundo filho, não pude nem começar e no Senac não passei. [...]. Aí quando chegou nesse (curso da EFTS) eu estava lendo o jornal e veio dizendo que estava disponível à comunidade do Subúrbio esse curso, [...] em Periperi, fiz a prova, que eu achei que nem ia passar, que eu fiz uma prova tão... não

sei como, acho que foi Deus mesmo que botou a mão em cima. [...] quando chegou dessa vez, eu fui, fiz a prova e consegui passar (ENTREVISTADO 05).

Da mesma forma, para a entrevistada 08, apesar de querer fazer o curso superior de enfermagem, o curso técnico possibilitou a realização de um sonho que foi prorrogado diante das dificuldades familiares e financeiras.

[...] eu estava em um momento difícil, tanto na vida pessoal profissional, porque eu larguei meu outro trabalho para poder começar o curso, que era um sonho meu desde ó... Realização também pode ser. Que ó desde que eu terminei meu estudo em 1999, que eu tinha vontade de entrar na área da saúde. Só que, por falta de condições que meus pais não tinham para me colocar em um curso, eu não fui, fui ser professora. Aí fiquei ensinando, ensinando, ensinando até que surgiu a oportunidade, eu falei “ó, minha mãe, eu vou”, aí ela fez assim “não, você vai? ”, “não, eu vou”. Só que aí surgiu esse curso, porque eu não iria fazer o curso de técnico, eu ia fazer a faculdade de enfermagem, com toda a dificuldade, que ocorrei de meu marido se desempregar, aí foi aquela coisa toda. Aí eu terminei, fui, saí... que eu trabalhava, saí e comecei esse curso. Que eu não tinha condições de eu chegar aqui sete da manhã, aí eu ia faltar muita aula né, que tinha cobrança que a gente não pode faltar, você, dos alunos... acho que eram quinze faltas, tinha uma quantidade de faltas que a gente poderia ter, porque se não fazia recuperação. Então acho que foi mais isso, uma realização, porque era um sonho que eu esperei, esperei, esperei para ser realizado e é... aconteceu. E agora, para mim, é só somar, é só aprender, eu já disse às meninas “eu vou aprender ó lendo. O que for possível do técnico aprender, eu aprendo, vou...”. Enfermeiro, infelizmente eu não seguir a carreira de enfermeiro não... (ENTREVISTADO 08).

O curso iniciou em 03 de janeiro de 2012, num período de expansão do número de leitos hospitalar e domiciliar do HS, e foi desenvolvido em 02 anos, 02 meses e 17 dias, cumprindo a carga horária exigida de 1.800 horas distribuídas em 1.200 (teoria e prática) e 600 horas de estágio supervisionado, segundo consta o relatório final da coordenação pedagógica (BAHIA, 2014a). Nesse percurso, identificamos na fala dos egressos do curso, dois períodos de paralisação atribuídos à ausência de pagamento dos docentes, enfermeiros do HS, e falta de repasse do vale transporte, pela EFTS, que possibilitava o deslocamento do aluno até o HS. Em relação a este período, considerado a primeira etapa do curso, alguns entrevistados relatam que:

O ensino da escola era todo voltado ao hospital, entendeu? Tanto foi que quando entraram em greve, que a escola não repassava o dinheiro para cá, para as professoras que a EFTS veio assumir com as professoras deles. [...] quando elas vieram foi que a gente começou a ser treinado para fora, como você disse, vocês são do SUS, estão sendo treinados para serem trabalhadores do SUS, não do Hospital do Subúrbio, como seria a proposta de ser a mão de obra do Hospital do Subúrbio. Foi isso daí que teve esse choque, eu acho que até por isso que teve a mudança. Teve uma discussõzinha entre a diretoria (HS) e a escola, que falou que a gente estava sendo tipo um robô, que sabe as normas, sabe tudo que tem ali do Hospital do Subúrbio. Eu acho que se você perguntar a todos os alunos, todos os alunos vão te dizer que a gente estudava aquilo ali, a gente fazia prova. (ENTREVISTADO 05)

[...], mas a turma sabia a hora de se unir, sabia se unir, a gente teve problemas de professor que parou, porque infelizmente acho que não estavam pagando aos

professores, a gente teve que parar durante um tempo que a gente pensou até que não iria mais voltar o curso. E foi dois momentos que parou, acho que dos professores e teve uma que foi falta do transporte, que não tinham repassado para a gente e aí alguns colegas não podiam mais vir, que estavam sem renda nenhuma, aí a gente resolveu; 'já que cinco não pode ter aula, a gente vai ter a parada, então a gente para', aí parou, mas paramos por pouco tempo, acho que por um ou dois meses a gente parou. Agora com os professores não, acho que a gente ficou uns três, mais tempo, ficou um bom tempo, eu nem me lembro, muito tempo que ficamos dentro de casa. (ENTREVISTADO 08).

Os enfermeiros do Hospital do Subúrbio, para exercerem a função docente participaram de formação pedagógica, desenvolvida pela EFTS, e firmaram contratos com a operadora Fundação de Apoio à Pesquisa e à Extensão (FAPEX). Estes contratos possibilitavam a gratificação dos profissionais pelos serviços prestados à Escola. O objetivo em envolver os enfermeiros da instituição era comprometê-los com a proposta pedagógica da escola. Conforme os relatórios de gestão da EFTS,

[nesse] contexto, a estratégia de desenvolver o processo formativo, abraçando os atores que compõem o processo de trabalho, visa comprometer esses sujeitos nas reflexões estimuladas pela metodologia problematizadora para transformação da realidade vivenciada. Para tanto, a escola realiza formação pedagógica de 40 horas, onde são pautados princípios básicos da metodologia, na perspectiva de desenvolver os currículos integrados baseados em competências, condizentes com a realidade vivenciada pelos alunos trabalhadores do SUS, com vasta experiência prática. (BAHIA, 2011).

Quando os cursos técnicos descentralizados são desenvolvidos nos municípios, os recursos financeiros alocados por projetos são transferidos, diretamente, do Fundo Estadual de Saúde (FESBA) ao Fundo Municipal de Saúde (FMS) para pagamentos dos servidores municipais no exercício da docência dos cursos. Na gratificação de servidores estaduais e prestadores de serviço, a escola precisa de uma operadora para realizar o pagamento dos docentes. (BAHIA, 2013).

Consta que a EFTS, desde 2011, vem alocando recursos financeiros do Ministério da Saúde para o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS) por meio da Portaria 1.307/2011. No estado da Bahia, a resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) 165/2010²⁷ aprova a definição dos recursos financeiros para o desenvolvimento, em 2011, dos cursos Técnicos em Prótese Dentária, Citopatologia e Vigilância em Saúde. Para tanto, os relatórios de gestão de 2011 a 2013 dizem que a Secretaria de Saúde da Bahia (SESAB-BA) precisava de

...pactuações entre gestores, usuários e profissionais, sobre estas ações educativas e suas formas de operacionalização em fóruns participativos (conferências, conselhos e colegiados) e nas instâncias consultivas e deliberativas: Comissões Intergestores

²⁷ Publicado no Diário Oficial do Estado da Bahia em 18 de junho de 2010.

Bipartite e Tripartite (CIB/CIT) e Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES). (BAHIA 2011).

Neste período a ETSUS-BA desenvolvia projetos educativos para Redução de Mortalidade Materno Infantil por meio do programa UNASUS-BA (Universidade Aberta do SUS-Bahia) ²⁸. O objetivo era possibilitar o desenvolvimento e integração das ações e atividades que atendam a Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação Permanente na Bahia. Para tanto, a escola tinha a responsabilidade política pedagógica dos cursos para formação e educação permanente dos trabalhadores de nível médio do SUS.

Entre junho/2010 a junho/2012, este programa (UNASUS) atuava por meio do contrato de gestão nº 032/2010 com a empresa FAPEX qualificada como Organização Social, em 2008, para gerenciamento e execução das ações e serviços de educação em conformidade com o programa. Dentre as obrigações e responsabilidades da contratada, no item XVIII da quinta cláusula constava que,

Para o desenvolvimento das atividades educativas previstas pelo Programa UNASUS, a Contratada deverá prever o pagamento de diferentes bolsas de apoio ao ensino, pesquisa e extensão [...] para os coordenadores de atividades educativas e aos facilitadores das atividades educativas ou tutores de atividades educativas, que necessitem de maior disponibilidade para as atividades à distância ou em serviço, pelo tempo de duração das atividades. (FAPEX, 2010).

Com o encerramento do contrato com a FAPEX, em junho de 2012, a escola passou por um período de redefinição da operadora de pagamento, que ocasionou suspensão do pagamento de gratificação aos docentes que estavam em atividade. Este problema permaneceu por mais de um ano gerando interrupção de alguns projetos educativos, como o curso de aperfeiçoamento para Redução de Mortalidade Materna Infantil, por exemplo. Por um período não claramente definido nos documentos pesquisados e entrevistas realizadas, o curso técnico em enfermagem do Hospital do Subúrbio (HS), ficou interrompido devido à falta de pagamento dos enfermeiros/docentes que haviam concluído integralmente as atividades do Módulo I e parcialmente as atividades teóricas e práticas do Módulo II, até este período.

Consta que o reinício das atividades, após interrupção, aconteceu em junho de 2013 quando houve também a substituição da coordenadora pedagógica devido à aposentadoria das

²⁸ A Universidade Aberta do SUS da Bahia consiste em um programa que foi instituído, no Estado da Bahia, pela Portaria 1.262 de 26 de maio de 2008. A sua regulamentação, no âmbito da secretaria da Saúde do Estado, ocorreu por meio da Portaria 2.120 de 29 de julho de 2008. Este programa é tido como parte estruturante da Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação Permanente da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Enquanto estratégia busca responder às necessidades de formação e educação permanente dos trabalhadores de saúde do SUS, viabilizando o desenvolvimento de ações educativas dirigidas aos trabalhadores, gestores, estudantes e conselheiro de saúde, contemplando os municípios das macro e microrregiões. (BAHIA, 2008).

02 (duas) coordenadoras pedagógicas que acompanhavam esta formação dentro do HS. Segundo relatório final da coordenação, neste período, a nova coordenação, enfermeira/trabalhadora da EFTS, ao assumir a função desenvolveu avaliação pedagógica do curso com utilização de uma roda de conversa com os discentes, em 12 de julho de 2013, e aplicação de questionários de avaliação de aprendizagem (ANEXO A), construídos pela coordenação pedagógica da escola. A finalização do Módulo II só ocorreu em 09 de agosto de 2013 pelos enfermeiros do hospital, segundo informa os registros nas fichas de avaliação de estágio e diários escolares. (BAHIA, 2014a).

Destacamos que no retorno, em junho, havia apenas 25 (vinte e cinco) discentes dos 30 (trinta) matriculados. Sobre as saídas dos alunos, encontramos nos registros das fichas de matrículas as seguintes informações: 02 (dois) alunos desistiram no primeiro mês de curso e 03 (três) no mês que marcou a volta das atividades do curso, após interrupção. Observamos que dos 25 (vinte e cinco) alunos que continuaram, houve a reprovação de 02 (dois) por falta e inaptidão ao final do Módulo II. Assim, na conclusão destes dois módulos havia apenas 23 alunos. Os enfermeiros do hospital, que concluíram este módulo, receberam o pagamento por indenização, autorizado pela Secretaria de Administração do Estado da Bahia (SAEB).

No processo avaliativo, os alunos relataram alguns problemas que foram registrados no relatório de acompanhamento do processo de ensino-aprendizagem (2014b). Na roda de conversa, eles mostraram-se insatisfeitos com o processo apresentando, à coordenação pedagógica da EFTS, as seguintes queixas:

- Mudança de horários do estágio (para sábado, domingo ou mesmo MT- manhã e tarde) pelo docente sem acordo prévio com os discentes;
- Docentes continuam a colocá-los como “sombra” dos técnicos durante o estágio;
- Na maioria dos dias de estágio hospitalar só realizavam banho no leito, sinais vitais e HGT;
- Campo de estágio na Atenção Básica oferece poucas oportunidades de aprendizado;
- Nunca ofereceram cuidados integrais ao paciente durante o turno do estágio;
- Discentes do sexo masculino são proibidos por uma docente de aplicar medicação intramuscular em região glútea (em mulher);
- Não assistiram nem apoiaram a realização do preventivo, pois docentes dizem não ser função deles;
- Sentem-se inseguros na administração de medicação e punção venosa por terem tido poucas oportunidades. (BAHIA, 2014b).

A análise destas queixas nos faz observar o comprometimento dos fins de semana dos discentes por conta das necessidades dos docentes, em virtude provavelmente das escalas de serviço e existência de outros vínculos empregatícios. Além disto, constata-se a utilização de treinamentos por repetição das tarefas executado por profissionais dos serviços e a presença da divisão técnica do trabalho entre alunos e técnicos de enfermagem. Podemos inferir que estes fatos geraram desconforto e insegurança nos alunos na realização de procedimentos invasivos, como punção venosa e administração de medicamentos.

Após estas constatações verbais foram aplicados questionários individuais de avaliação do processo de aprendizagem (ANEXO B) aos 23 alunos que participavam do curso neste período. Sem identificação dos seus nomes preencheram os quesitos nos conceitos Ótimo (O), Regular (R), Bom (B), Insatisfatório (I). Na análise das respostas dos alunos, a coordenação do curso constatou que:

[...] os discentes não estariam tão insatisfeitos quanto foi mencionado na última roda de conversa e em outros momentos, visto que a maioria dos alunos assinalou o conceito bom ou ótimo para a maioria das questões levantadas para avaliação dos docentes como conhecimento e domínio do conteúdo (88,45%), habilidades em motivar e favorecer o aprendizado do grupo (66,6%), metodologia utilizada (60%) e relacionamento com o aluno (60%)... O conceito insuficiente e regular só obteve destaque nos critérios de criatividade (53,85%) e pontualidade (56,5%). (BAHIA, 2014b)

Mas ao serem solicitados para comentar, por escrito nos questionários, sobre os problemas eles voltavam a relatar, dentre outras, as observações seguintes, relevantes para a análise da proposta pedagógica do curso, segundo consta o relatório tais como:

- O curso não deveria focar tanto em trabalho, e sim em estudos que nos rendam mais no estágio e no futuro emprego...
- Não estou gostando do curso devido a muitos trabalhos... estamos tendo muito apresentação do aluno sem aula do professor... alguns módulos passados não tivemos aulas e sim apresentações pois a professora (nome preservado) não teve tempo de preparar a aula.
- Alguns professores não podem comparecer nos dias dos estágios e para pagar sugerem os finais de semana, que para mim não é bom.
- Gostaria de mais oportunidade para fazer punção venosa, diluição de medicamentos, aspiração, de assumir um paciente como mediadora.
- Quero ter oportunidade de fazer medicação corretamente... (BAHIA, 2014b).

A análise destas observações feitas pelos discentes demonstra que o aluno era posto constantemente no ‘aprender a aprender’, ou seja, os conteúdos eram desenvolvidos pelos

próprios alunos em apresentações, sem a presença dos professores ou a preparação de aulas pelos mesmos. A utilização dos fins de semana para estágio foi evidenciado novamente, o que sugere a adequação por parte dos docentes do período de estágio à escala de serviço.

A análise das respostas dos discentes na roda de conversa e questionários aplicados foi realizada pela coordenação pedagógica, juntamente com a diretora da EFTS que constataram a não utilização, pelos docentes do HS, da problematização proposta pela EFTS, nos processos educativos. A partir disso, decidiram substituir os enfermeiros-docentes do HS por enfermeiros-docentes que tinham mais experiência na utilização desta metodologia.

A partir de setembro de 2013, a parceria do Programa UNASUS-BA passou a ser com a Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-BA). A operacionalização dos cursos centralizados e descentralizados necessitava de profissionais contratados pela FESF. Para o exercício da função docente os profissionais eram selecionados, pela EFTS, e encaminhados a fundação para firmarem contratos temporários de dois anos como apoiador pedagógico para prestar serviços à escola. Enfim, as operadoras são utilizadas para viabilizar a implementação das ações educativas de formação, aperfeiçoamento e qualificação através do estabelecimento de contratos com profissionais que realizem o pagamento de gratificação no exercício temporário da docência (BAHIA, 2013).

O módulo III, teve início no dia 03 de setembro de 2013, com 05 (cinco) enfermeiros contratados pela FESF, com formação pedagógica e experiente no uso da problematização. (BAHIA, 2014a). Estes profissionais assumiram a continuidade do curso ministrando as aulas teóricas e os estágios no interior do HS deste módulo, após realizarem a revisão dos conhecimentos teóricos/ práticos do Módulo I e módulo II. Assim,

No módulo III continuaram a participar das aulas teóricas descentralizadas no hospital do subúrbio, porém neste momento novas docentes assumiram as atividades, todas com experiência no ensino problematizador e com capacitação pedagógica. Nos estágios do Módulo III, os discentes tiveram a oportunidade de conhecer outras realidades hospitalares, o Hospital Roberto Santos e o Couto Maia (BAHIA, 2014a).

Neste curso, o período de concentração (teórico-prático) ocorreu em espaços físicos disponibilizados pelo Hospital do Subúrbio. Nestes locais os discentes, juntamente com os docentes, refletiram e sistematizaram o conhecimento trazido pela sequência de atividades dos guias curriculares, ofertados pela EFTS. O período de dispersão, ou seja, os estágios supervisionados foram realizados em Unidades Básicas de Saúde (Módulo I e II), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), maternidades e, numa carga horária maior, nas clínicas médicas, cirúrgica e emergência do hospital do subúrbio (módulo II e III).

Os estágios são caracterizados como o momento de aplicação do conhecimento, em que os discentes “desenvolvem ações orientadas por meio de um roteiro de atividades, sendo acompanhado pelo instrutor/supervisor, que no trabalho contínuo de discussão e supervisão registrará em fichas de desempenho o avanço de cada aluno” (BAHIA, 2009). A avaliação é vista como processual e individual ao proporcionar informações, durante a ação pedagógica, a fim de acompanhar e corrigir cada passo da sequência de aprendizagem. As fichas de desempenho final, portanto,

[...] procura comprovar o resultado do processo cumulativamente, verificando a competência alcançada. É essencialmente legitimadora, consistindo num reflexo das avaliações de processo. Esta avaliação deve ser também registrada em formulário próprio para posterior composição do histórico escolar e conseqüente legitimação. (BAHIA, 2007)

O docente, deve estar consciente dos objetivos a serem alcançados na formação e dos fundamentos do trabalho que desenvolve para observar as várias situações e expressões do comportamento do discente. Os desempenhos destes são acompanhados, pelos sujeitos envolvidos, e comparados ao desempenho anterior, para obtenção de resultados e atribuição de conceitos que represente a evolução dos discentes no processo de ensino-aprendizagem. Assim, caso o aluno não tenha obtido o desempenho satisfatório, “o instrutor /supervisor planejará, em conjunto com ele, estratégias para que, por meio de novas oportunidades, alcance o desempenho desejado. A avaliação de processo é individual e será registrada em formulário próprio”. (BAHIA, 2007).

O curso Técnico em Enfermagem, em seu plano pedagógico, tem seu desenvolvimento

[...] através do currículo integrado onde os componentes das unidades de ensino-aprendizagem guardam entre si uma relação de interdependência, possibilitando o uso da criatividade dos educandos e docentes, sendo flexível e adaptável às situações adversas, podendo ser constantemente avaliado e melhorado de acordo com as experiências vivenciadas. (BAHIA, 2009).

Desta forma a sua estrutura promove a articulação de diversos saberes organizados por áreas de conhecimento e temas geradores que sejam capazes de desenvolver competências. A organização em torno de eixos temáticos, abrangendo áreas curriculares distribuídas em módulos que, por sua vez, se estruturam por sequências de atividades “visando desenvolver os conhecimentos, habilidades e destrezas requeridas pelo perfil profissional de cada habilitação”. (BAHIA, 2007).

Nesta forma de organização, a realidade é posta de forma a desafiar os alunos a buscar soluções de problemas relacionados à prática profissional. A interação com a realidade, no entanto, deverá acontecer de forma crítica, dinâmica e desafiadora. O conhecimento procura

adquirir caráter interdisciplinar, favorecendo a construção de conceitos e de sentidos pelos sujeitos que são estimulados “aprender a aprender, a conhecer, a fazer e a ser, para maior autonomia, maior capacidade de resolver problemas novos, de adaptação às mudanças, de superação de conflitos, de comunicação, de trabalho em equipe, de decisão ética” (BAHIA, 2007). Na visão de alguns entrevistados na pesquisa,

O curso que a gente tomou aqui foi diferenciado. [...]. Minha irmã fez curso e eu via como é o curso dela, é diferente. Quando ela chega pega um questionário de dez questões para fazer a prova, estuda para fazer a prova [...] (No curso da EFTS) foi legal exigir, que exigindo a gente aprende, se não exigir não vai aprender. O curso foi muito bom[...] em comparação a outros cursos via a diferença porque não era dividido em módulos que se exigiam os assuntos para fazer prova ao final. O curso exigia estudar para aprender (ENTREVISTADO 04).

A análise desta fala identifica que o curso técnico de enfermagem do HS teve características que o diferencia de outros cursos técnicos na educação profissional. O entrevistado 4 no depoimento acima, não visualizou a divisão do curso em módulos e mostrou que a exigência para estudar fez o aluno aprender o conteúdo, não apenas para fazer prova ao final do curso.

O curso não foi por matéria e sim por etapas, o curso via o psicológico, junto com o coração e a parte neurológica. Não ter nota, mas o aluno era avaliado em seu conhecimento, o que ficou apreendido. Assim não apegávamos a nota, não éramos avaliados por números. Foi muito interessante quando a professora fala assim ‘olha a gente estudou e agora a gente vai colocar na prática.’ Ajudou a fixar a informação. O acesso ao hospital facilitou muito logo que colocávamos em prática assim que estudávamos na teoria. (ENTREVISTADO 10)

Nesta fala o entrevistado identifica a divisão do curso em módulos, apenas por etapas uma vez que havia integração dos conteúdos evidenciando o currículo não disciplinar na construção dos módulos. O fato de não estar apegado a notas permitiu o aluno ser avaliado pelo conhecimento apreendido. Além disto, considerou que a metodologia baseada na teoria seguida da prática possibilitou a aprendizagem.

Nesta forma de organização curricular, os registros de desempenho são utilizados para avaliação dos discentes, subsidiando o planejamento teórico-prático das atividades seguintes orientadas pelo cotidiano dos serviços. Estes, utilizados como campo de prática, precisam oferecer oportunidades que contemplassem as habilidades na construção das competências profissionais requeridas na formação.

Com base nisto, o Projeto Político Pedagógico (2007) da EFTS confirma esta afirmação ao informar que o currículo deve estar

[...] organizado de modo que o seu conteúdo atenda às finalidades dos cursos oferecidos, no sentido de garantir o perfil desejado para o profissional de saúde, em cumprimento aos objetivos do PNS (Política Nacional de Saúde), a partir de uma

perspectiva crítica e da tendência pedagógica crítico-social dos conteúdos (BAHIA, 2007).

Na pretensão desta tendência pedagógica crítica a escola “tem como objetivo a difusão dos conteúdos culturais e universais incorporados pela humanidade a partir da realidade social”. (BAHIA, 2007). O método de ensino-aprendizagem, nesta perspectiva, é construído na relação direta da experiência do discente com o conteúdo a ser sistematizado. O docente, nesta proposta, faz mediação das atividades com o saber a ser construído pelo discente, considerando suas estruturas cognitivas. Sobre este processo centrado no sujeito que aprendem, alguns entrevistados relatam

Não gostava de falar em público e o curso me preparou para palestras na comunidade. (ENTREVISTADO 04)

O curso proporcionou habilidades para relacionamentos, aceitando as diferenças de culturas e jeitos entre as pessoas dentro de uma equipe, melhor com os pacientes. Conversar mais, porque sou tímida. Aprendi a lidar com o paciente. Sou muito curioso, procuro ter conhecimentos e ter mais prática (ENTREVISTADO 05)

A paciência em pesquisar, tirar dúvidas ajudou bastante. A dificuldade em fazer punção venosa fez com que eu fizesse treinamentos de base, simulação nos estágios, tirando as dúvidas com os colegas e professores. (ENTREVISTADO 09).

Observamos, nestas falas, que houve possibilidades de desenvolvimento de habilidades cognitivas e técnicas durante o curso. No entanto, a abordagem pedagógica utilizada, segundo Ramos (2010) defende a compreensão dos fundamentos técnico-científicos da produção capitalista, frente as suas contradições, e não apenas da prática profissional. A realidade deve ser entendida numa perspectiva mais ampla, no sentido da totalidade. A prática social é o objeto a ser problematizado por professor e aluno para compressão desta realidade, orientado a busca de soluções.

Mediante esta abordagem pedagógica, presente no PPP da EFTS, o plano de curso técnico em enfermagem informa que o objetivo desta formação é:

Habilitar e qualificar profissionalmente na área da saúde, técnicos e auxiliares de enfermagem, a fim de que estes desenvolvam ações integradas de promoção da saúde e proteção da vida humana, com foco na melhoria da qualidade da atenção em enfermagem prestada aos usuários do SUS. (BAHIA, 2009).

Ao utilizar o currículo integrado por competência à referência na integração ensino-serviço-comunidade esta numa perspectiva problematizadora da realidade que parte das experiências prévias do sujeito na construção do conhecimento. Segundo este plano de curso, as competências, almejadas na organização curricular, não visam o trabalho prescrito para atender a lógica de mercado e da produção capitalista. Para tanto, são compreendidas como

técnicas e transversais²⁹, enquadradas para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades direcionadas a expectativas e interesse do trabalhador. Nesta mesma perspectiva, o PPP da EFTS aborda o currículo integrado por competência como crítico-dialogal ao desenvolver atividades que questionam os direitos à saúde e a prática gestora humanizantes na busca por um profissional consciente de sua tarefa social. (BAHIA, 2007, 2009).

O currículo integrado, de acordo Davini (1994)³⁰, era a iniciativa mais apropriada para atender as necessidades da integração ensino-serviço na formação de pessoal de nível médio e elementar pelas instituições de saúde logo que procurava articular trabalho e ensino, assim como prática e teoria, adaptado a cada realidade. Assim, esse modelo curricular passou a ser utilizado, pelas ETSUS, como um plano pedagógico que articula dinamicamente ensino-serviço, teoria-prática, serviço-comunidade. A realidade se torna a referência problematizadora com propostas de reorientação das práticas dos serviços de acordo o conceito ampliado de saúde e os pressupostos do SUS. No entanto, na relação teoria-prática, verificamos em alguns depoimentos, os seguintes relatos.

Quando vemos na teoria, na sala de aula é uma coisa. Na prática é outra realidade. Os conhecimentos que adquirimos na teoria, buscamos inserir no cotidiano. [...] no livro, quando estudamos tudo é muito bonito, mas não vimos o SUS aplicado na prática das instituições de saúde, na forma como aprendeu na sala de aula. [...] você fica frustrada, mas tenta inserir um pouco do que aprendeu na prática. (ENTREVISTADO 02)

Na análise desta fala, indica que os discentes identificaram os problemas e as dificuldades enfrentados pelo SUS na realidade em que está inserido, mostrando o distanciamento no cotidiano dos serviços entre o SUS formal, inscrito na Constituição Federal, e o SUS real, presente na vida das pessoas, conforme afirma Paim (2012). Mas observamos que esta distância entre teoria e prática gerou, no aluno, sentimento de frustração ao invés de indignação ou curiosidade para entender as contradições do processo. Os sujeitos consideraram a realidade como posta, definida, imutável, alheia ao homem, portanto, sem esperança de transformação.

²⁹ As competências técnicas são consideradas mais específicas, predominantemente intelectuais, que objetivam o exercício de aprender a pensar, a aprender a aprender e aprender a fazer. O direcionamento desta competência está em reconhecer e definir problemas, dimensionar soluções, pensar estrategicamente, atuar para prevenir, introduzir inovações no processo de trabalho e transferir e generalizar conhecimentos. Enquanto que as competências transversais são consideradas mais abrangentes referidos as capacidades individuais ligadas à sociabilidade e às trocas interpessoais que objetivam o exercício de aprender a ser. Elas são dirigidas às capacidades de planejar, de auto-organização e auto avaliação. Refere-se ainda ao desenvolvimento de espaços comunicativos de grupos-superiores hierárquicos ou subordinados; de cooperação no trabalho em equipe, e de pactuação dialógica. São classificadas como organizacionais, sócio-políticas e comunicativas. (BAHIA, 2009).

³⁰ O texto de Maria Cristina Davini, “do processo de aprender ao de ensinar”, é utilizado, até os dias atuais, nas capacitações pedagógicas específicas para o corpo docente pelas CEFOR/Escolas técnicas, cuja composição se dá com os profissionais de nível superior que estão inseridos no serviço.

O próprio plano de curso Técnico em Enfermagem (2009) chama atenção aos riscos de operacionalização do currículo integrado que tem como referência o cotidiano dos serviços.

[...] no que tange à integração ensino-trabalho o fato de colocá-los espacialmente não garante a sua integração, 'pode-se ter uma sala de aula no interior de um serviço de saúde e o ensino permanecer distanciado deste'. Além disso, corre-se o risco de tomar a chamada 'realidade do serviço' como o único parâmetro de ensino sem se ater às insuficiências do mesmo, reproduzindo-as acriticamente. (BAHIA, 2009).

Nesta matriz curricular (ANEXO E) os componentes das unidades, nos módulos, se organizam numa relação de interdependência, mas de forma flexível e adaptável às diversas características da realidade em que estão inseridos os sujeitos (docentes e discentes). Os discentes são estimulados, pelos docentes, a produzir seus próprios conhecimentos com base nesta realidade, a fim de integrar o serviço e o ensino, a teoria e prática e o ensino-comunidade. Sobre este processo, um entrevistado refere

A professora cobrava muito da gente. Não adiantava fazer por fazer, mas era para fazer bem feito porque já havia explicado o risco de contaminação e a técnica correta. E sempre lembrávamos disto, em diversos momentos do curso. (ENTREVISTADO 01)

O desenvolvimento desta proposta curricular precisa da problematização e da aprendizagem significativa como pressupostos a serem utilizados na sequência de atividades construída nos guias curriculares da EFTS. Esta orientação sequenciada de atividades ao serem desenvolvidas por alunos e professores, em sala de aula, encadeia conhecimentos teóricos e práticos integrados a realidade dos serviços de saúde e da comunidade. O plano de dispersão do curso técnico em enfermagem (ANEXO F) compreende ações educativas que busca articular nos campos de estágios estes conhecimentos. Com isto, deduzimos que o desenvolvimento da proposta pedagógica da EFTS, ao sofrer interrupção por um determinado período, ficou comprometido para o alcance dos objetivos do processo educativo proposto.

A problematização, na formação do técnico em enfermagem, é utilizado na escola para enfrentar o desafio existente na tendência pedagógica tecnicista voltada, apenas, para atender o modelo hegemônico centrado na doença e no espaço hospitalar, de caráter essencialmente curativo e individual. Com isto, visa promover, aos sujeitos, momentos de reflexão teórico-prática e aplicação de conhecimentos científicos em situações concretas do cotidiano dos serviços e comunidade. Ramos (2009) afirma que ao utilizar a problematização, nos processos educativos, é dada aos sujeitos de aprendizagem a possibilidade de conhecer os fundamentos da prática profissional, desenvolver o pensamento reflexivo como condição para reformular essa prática e promover à formação da consciência crítica. Conforme afirmação abaixo, o entrevistado relata que

[...] na aula prática da técnica de aplicar injeção a professora nos levou para sala de aula e com algumas seringas pediu para que abrísssemos a embalagem. Cada um fez do jeito que sabiam. Após a explicação da técnica pela professora percebemos que poucos tinham feito da forma correta para evitar a contaminação do material. Entendi que existia uma técnica para abrir a embalagem e não contaminar, levando risco para o paciente. E eu observei e gostei. Toda vez que abro uma seringa, e isso é constante, eu me lembro da época do curso e é algo que realmente ficou até hoje. Ou seja, o simples quando é bem feito, é mais do que simples [...] O que aprendíamos na teoria tinha que colocar na prática. Utilizamos bonecos fantoches para fazer perguntas às mães de crianças internadas. Tiramos as dúvidas e respondíamos com o que havíamos aprendido na teoria. Aquilo era maravilhoso: tínhamos que botar na prática o que aprendíamos pelas perguntas que eram feitas. O pessoal estava explorando a nossa fonte de conhecimento, que era o que a gente queria naquele momento, era passar o que estava aprendendo. (ENTREVISTADO 01)

A problematização, nos processos de ensino-aprendizagem da EFTS, é utilizada como ‘pedagogia’ de escolha dos seus processos educativos ao adotar como referência Juan E. Dias Bordenave no texto ‘Alguns fatores pedagógicos’ apresentado no livro de ‘Capacitação pedagógica de instrutores/supervisores’ e discutido na formação pedagógica dos docentes. Este autor afirma que na problematização, “o aluno usa a realidade para aprender com ela, ao mesmo tempo em que se prepara para transformá-la.”³¹. De acordo a esta concepção utiliza-se o ‘método do arco’ de Charles de Magueres, que parte da observação da realidade, identificação e teorização de problemas (parte considerada mais importante na problematização), apelando aos conhecimentos científicos para posterior, confronto com a realidade e formulação de hipóteses de solução.

Segundo Bordenave esta ‘pedagogia’ possibilita a transformação social e individual do sujeito ao exigir esforço pessoal no domínio das ‘operações concretas’ para abstrair no entendimento do problema em suas manifestações empíricas e situacionais baseada em seus princípios teórico-científicos. Observa-se, assim, a associação desta proposta pedagógica aos ensinamentos de Jean Piaget que traz os esquemas de assimilação do sujeito no texto de Cristina Davini (Do processo de aprender ao de ensinar) também discutido nas formações pedagógicas dos docentes dos cursos da EFTS.

Na visão de Izabel dos Santos, Bagnato e Bassinello (2009b) apontam que os currículos integrados eram uma demonstração, na prática, da problematização, sem perder a qualidade de conhecimento, sem perder a sequência, sem perder a finalidade do estudo. Para tanto, estas autoras afirmam que “os conceitos centrais utilizados neste modelo de currículo integrado estavam na Psicologia Genética de Jean Piaget, embora muitos pensavam ser Paulo Freire sua base”.

³¹ Texto de J.E.D Bordenave traduzido por Maria Thereza Grandi, OPAS, Brasília, 1983, para a Capacitação Pedagógica do Programa de Formação de Pessoal de Nível Médio em Saúde (Projeto Larga Escala).

Segundo Ramos (2010) a influência psicológica do pensamento piagetiano (construtivista) na organização curricular, em conjuntos integrados e articulados, está na subordinação da aprendizagem ao desenvolvimento dos esquemas mentais dos sujeitos mediados pelo processo educativo. Para aprender os sujeitos construiriam seus mecanismos de manipulação e suas estruturas cognitivas a partir da maturação, das relações sociais e da experiência.

As ações metodológicas envolvem estratégias que integra ensino individual e grupal que parte das percepções iniciais dos discentes, a indagação e a busca por respostas. Envolve assim esforço pessoal nas atividades práticas que foram desenvolvidas pelos discentes.

A prática era realizada com muito esforço pessoal. [...] Simulava ocorrências na emergência, prestando os primeiros socorros, mas não vivenciava a situação, não tinha “adrenalina”. (ENTREVISTADO 06)

O uso da proposta pedagógica problematizadora requer, por parte dos sujeitos, aproximações sucessivas ‘idas e vindas’ ao objeto de aprendizagem representado pelo cotidiano dos serviços de saúde. Numa perspectiva contrária a concepção tecnicista, ‘os tateio sistemáticos’ abordados por Davini (1994) trata-se de um processo de ação assimiladora e aproximação sucessiva que parte da observação dos indivíduos, sempre carregadas de costumes e tradições, que se transformarão pela reflexão e busca ativa do sujeito durante o processo. No entanto, percebe-se uma predominância da prática em relação a teoria pela centralidade da metodologia no processo de ensino-aprendizagem.

Com esta organização, o processo de aquisição do conhecimento ocorre mediante ação o sujeito sobre os objetos de aprendizagem. Nesta perspectiva, o conhecimento não é imposto ao sujeito, de forma pronta. Ele é estimulado a aprender pelos docentes, movidos pela sua própria ação e seus interesses pessoais. O conhecimento é construído a partir da realidade do processo de trabalho do sujeito que aprende. Para tanto,

A abordagem metodológica nessa perspectiva privilegia conhecimentos, experiências e expectativas do aluno como ponto de partida do processo de ensino-aprendizagem. A seleção dos conteúdos programáticos guardaria uma relação direta com os problemas vivenciados pelo aluno, sendo a prática em situação real também considerada como experiência de ensino e o ambiente de trabalho como local preferencial de formação profissional. (RAMOS, 2010).

O relatório final da coordenação pedagógica informa que o Curso Técnico em Enfermagem do Hospital do Subúrbio desenvolveu suas atividades de acordo a organização curricular (ANEXO G). A estruturação pedagógica em três módulos tem quinze unidades de ensino-aprendizagem relacionadas entre si, construídas por unidades temáticas numa sequência de atividades (BAHIA, 2014a). No entanto, foi registado neste documento que o

curso passou por um período de interrupção gerado pela falta de pagamento dos docentes. Esta interrupção dividiu o curso em duas etapas distintas caracterizadas por diferentes composições do corpo docente.

Esta interrupção do processo de ensino-aprendizagem, juntamente a mudança dos docentes, comprometeu a execução da proposta pedagógica pela quebra na sequência de atividades. Algumas dificuldades na aprendizagem relatada pelos alunos tiveram relação com o interrompimento do processo. Ressaltamos que nesta fase houve desistência de alguns alunos, como relatada por esta entrevistada ao falar sobre as expectativas do curso.

Tinha expectativas boas e ruins: de ter emprego ao final do curso e não ter continuidade das aulas após a interrupção do curso. Alguns colegas desistiram neste momento. (ENTREVISTADA 07)

Nas falas dos egressos foram observados dois motivos para a interrupção do curso que levou alguns alunos a momentos de incertezas em que precisavam começar tudo de novo com o retorno do curso.

A gente teve problemas de professor né que parou, porque infelizmente acho que não estavam pagando aos professores, a gente teve que parar durante um tempo que a gente pensou até que não iria mais voltar ao curso. E foram dois momentos que parou, acho que dos professores e teve uma que foi falta do transporte que não tinham repassado para a gente e aí alguns colegas não podiam mais vir, não poderiam mais vir que não estavam sem renda nenhuma, aí a gente resolveu, já que cinco não pode ter aula, a gente vai ter a parada, então a gente para, aí parou, mas a gente parou por pouco tempo, acho que por um ou dois meses a gente parou. Agora com os professores não, acho que a gente ficou uns três, mais tempo, ficou um bom tempo, eu nem me lembro, muito tempo que ficamos dentro de casa. [...] todo mundo se inscreveu assim do nada, ninguém tinha certeza que ia em frente mesmo, aí de repente começou a ir, daqui a pouco parou. Quando estava no bom, estava todo mundo já sabendo de praticamente quase tudo, volta tudo a estaca zero. Aí todo... para mim a parte mais difícil foi essa. (ENTREVISTADO 08).

A configuração do curso, na prática, em duas etapas distintas pela mudança do corpo docente, proporcionou às discentes vivências de métodos diferentes na execução da proposta pedagógica da EFTS. Para um deles o curso foi assim dividido:

No início sim... porque assim muitas propostas... com relação ao curso né? Muita teoria muita leitura aí disse “pô...” aí ficava imaginando “será que vai ser só isso mesmo?” “Quando é que vai chegar os estágios?” Mas depois eu fui desenvolvendo foi tranquilo... tranquilo... só teve mesmo essa dificuldade inicial que é muita teoria né? Políticas falando do SUS... como é o sistema funciona em nosso país e eu ficava “pô... será que é isso mesmo? Será que funciona mesmo o sistema?” E disse que é um dos melhores sistemas do mundo né? É o sistema sus... é claro que ele... funcionando de/ da forma mesmo como deve ser. (ENTREVISTADO 09)

A primeira etapa do curso, iniciada em janeiro de 2014, era composta por 06 (seis) enfermeiras do hospital com apoio pedagógico de 02 (duas) enfermeiras da EFTS. Estas profissionais conduziram as atividades teórico-práticas e estágios supervisionados (Módulo I e II) que discutiram o processo saúde-doença, as políticas públicas e cidadania, o processo de tra-

balho de enfermagem, a ética e cidadania; e atendimento a grupos específicos da população (adulto, criança/adolescente e idoso) entre outros, descritos no quadro 2, a seguir. Parte dos estágios, nesta etapa do curso, ocorreu na Unidade Básica de Saúde do Subúrbio Ferroviário e no Hospital do Subúrbio.

Quadro 2 – Organização do curso técnico em enfermagem da EFTS no Hospital do Subúrbio

1ª ETAPA		2ª ETAPA
Período: 03 de janeiro de 2012 a 09 de agosto de 2013. OBS ¹ : Curso interrompido por um período não esclarecido. OBS ² : Entre junho e agosto de 2013 foi realizado atividades avaliação e reorientação de aprendizagem para conclusão do Módulo II.		Período: 03 de setembro de 2013 a 21 de março de 2014.
MÓDULO I	MÓDULO II	MÓDULO III
Saúde X doença Políticas públicas de Saúde Educação Permanente, comunicação e Informação Processo de trabalho, planejamento e funcionamento de enfermagem Vigilância em Saúde	Saúde da Mulher Saúde da Criança e adolescente Saúde do adulto Saúde do idoso Saúde mental	Assistência hospitalar a pacientes graves e críticos Atendimento as necessidades de apoio e diagnóstico Serviços e tratamento especiais Educação permanente, planejamento e pesquisa Atendimento a populações especiais
APOIO PEDAGÓGICO		APOIO PEDAGÓGICO
02 Enfermeiras da EFTS		01 enfermeira da EFTS
DOCENTES RESPONSÁVEIS		DOCENTES RESPONSÁVEIS
06 Enfermeiros do Hospital do Subúrbio Contratados pela FAPEX		05 Enfermeiros da EFTS contratados pela Fundação Estatal Saúde da Família

Fonte: Secretaria Escolar da EFTS

O comprometimento no processo de aproximação ao objeto de conhecimento, na primeira etapa do curso, foi analisado na fala de um dos entrevistados. A dificuldade das enfermeiras do hospital em discutir certos conhecimentos (saúde coletiva) do módulo I, gerou um sentimento de insegurança sobre o processo.

Alguns professores da teoria a gente sentia um pouco de “vou buscar a resposta e depois trago” aconteceu em outras fases, tanto na primeira quanto a segunda. Teve professora mesmo que ela já chegava dizendo “Olha” (ela sentava para ler e falava) “Olhe, o que eu não souber, anote perguntas e me traga, que se eu não souber agora, depois eu trago a resposta para vocês”. E eu, eu particularmente, eu percebi que, por

não ser muito a área dela, a área teórica, ela tinha um pouco de dificuldade nessa parte. Realmente, ela pesquisava depois, às vezes acabava trazendo. Mas, às vezes aquela dúvida que a gente precisa daquela resposta naquele momento, às vezes a gente não tinha, não era sempre, era às vezes mesmo. Tanto da teoria (que é a primeira fase), quanto a segunda, com as outras professoras. (ENTREVISTADO 01)

A mudança do corpo docente representou também, para alguns entrevistados, um momento confuso uma vez que o processo de ensino-aprendizagem da escola parece requerer associação com as experiências profissionais dos sujeitos envolvidos na ressignificação das práticas profissionais. Nesta fala o próprio entrevistado separa a teoria da prática, solicitando esta aproximação por parte do docente que, na visão deles, deveria reunir os dois conhecimentos (teórico e prático) nos campos correspondentes.

Teve um período do curso que eu achei um pouco trocado. A gente teve a vantagem de alguns professores daqui que eram... ou seja, estavam atuando na área, porém teve um momento que realmente a gente poderia ter tido, ou seja, aqueles professores práticos e teve um momento que era para a gente ter tido um professor mais teórico. E teve alguns momentos do curso que foi ótimo. O momento que a gente teve aquele professor prático na sala. Logo no início do curso. Mas seria, eu acho que seria melhor se no início do curso fosse aquele professor mais teórico. E na segunda fase do curso fosse aquele professor mais prático, que foi a fase dos estágios. Porque, na parte dos estágios, é a gente teve também a participação de alguns professores da EFTS, que eles não eram muito práticos, eles tinham muita teoria para passar. Por isso eu achei interessante se fossem um pouco mais os teóricos no início, e aqueles professores que já tá ali com a prática, já tem aquele conhecimento mais prático mesmo... E seria mais interessante se fosse assim: Primeiro aqueles professores que têm uma experiência mais teórica, para poder passar a fundação, aquela teoria toda que ele tem, que ele tá mais habituado com aquela situação. E na segunda fase aqueles professores que já estão ali atuando na área, que se sente mais à vontade. (ENTREVISTADO 01)

Em outra fala, outro entrevistado observou a diferença do curso da EFTS dentro do hospital do subúrbio, que proporcionou estágios concomitantes as aulas teóricas nos campos de atuação referente à assistência hospitalar. Mas em relação ao campo de estágio na unidade básica de atenção a saúde, sentiram a insuficiência de tempo nesta instituição para realizar as sucessivas aproximações ao objeto de aprendizagem.

Os estágios nas Unidades de Saúde Básica tiveram uma relação melhor com o conceito de saúde porque favoreceu a integração do profissional de saúde com o paciente. No hospital interagia só no cuidar, não era suficiente. Na unidade básica tínhamos que conversar, conhecer sobre a moradia e a vida do paciente. (ENTREVISTADO 04)

Em comparação a outros cursos o modo de ensinar foi diferente: Estudava e estagiava/ estagiava e estudava o que levava a ter mais segurança porque estava vivo na memória. É o diferencial do curso. O fato de praticar dentro do hospital. Quando temos dúvidas voltamos de novo para o campo de estágio. Você vai e vem [..]na saúde básica, achamos muito pouco, nem sempre podíamos voltar para tirar dúvidas. Não vivenciamos o uso das vacinas. [..]por ser bolsista as professoras não ficavam somente na teoria, elas colocavam para fazer. Ia para a prática. Não tenho dificuldades por isto. (ENTREVISTADO 08).

A partir da análise desta fala, assim como em outras, parece que o uso da metodologia problematizadora, em um curso executado dentro de uma instituição hospitalar, proporcionou bons resultados na aprendizagem dos alunos. Entretanto, identificou deficiência na utilização de outros campos, como na atenção básica. A percepção dos discentes quanto aos conteúdos e organização curricular deste curso demonstra que o conhecimento assumiu uma função utilitarista voltado para a prática profissional. Segundo Ramos (2009c), na proposta pedagógica da integração ensino-serviço, o fato de se conceder o objeto da aprendizagem o cotidiano dos serviços, existe uma aproximação com o pragmatismo, em que o sentido da teoria é justificar a prática. A validade do conhecimento está na utilidade para resolver os problemas do cotidiano dos serviços.

Esta formação pragmática, voltada para a prática/cotidiano do serviço de saúde, pode ser observada no curso Técnico em Enfermagem do HS, na primeira fase do curso, pelas seguintes falas dos entrevistados.

O ensino, na primeira fase com os enfermeiros do Hospital do Subúrbio, era voltado somente para o hospital. Éramos como robozinhos, sendo treinados para trabalhar no hospital, com suas normas. Na segunda fase com os professores da EFTS entendemos que éramos formados para sermos trabalhadores do SUS ao irmos estagiar em outros hospitais, conhecer outras realidades. Entendemos que éramos técnicos de enfermagem para qualquer lugar, não só para o HS (ENTREVISTADO 05).

A gente estava no curso, no início do curso, com os professores daqui os professores davam o assunto e depois diziam “aqui no Hospital do Subúrbio... para calcular isso e isso”. E quando os professores da EFTS chegaram, preparou a gente mais ainda para o mundo, digamos assim. (ENTREVISTADO 06)

No início do curso com os professores do hospital, assistencial, estudávamos o SUS para o hospital porque éramos do Subúrbio Ferroviário e estávamos sendo formados para o Hospital do Subúrbio, para atender as necessidades do hospital, que tinha sido construído para o Subúrbio. Aprendemos o SUS, o conceito, a questão técnica para dentro do hospital. Com a entrada dos professores da EFTS, elas não estavam na assistência do hospital, por isto vimos “o conceito da escola”, a teoria e associamos com o que já conhecíamos na prática do trabalho dentro do HS. Víamos estagiar para o trabalho. Não pensávamos assim: “Vou fazer e vou largar lá amanhã acaba o estágio e não vou fazer mais nada não” então você queria aprender para poder colocar em prática porque alguém estava ali olhando porque alguém ia lhe... lhe avaliar em algum momento e foi o que aconteceu”. Éramos vistos como da “escolinha do hospital”. Vista como um “produto” do hospital, não no sentido pejorativo. (ENTREVISTADO 10).

A análise sugere que a entrada do corpo docente da FESF, no módulo III, entendido como segunda etapa do curso, proporcionou avanço no uso da metodologia problematizadora ao fazerem os alunos entenderem sua formação de trabalhadores da saúde, do SUS, não apenas para o Hospital do Subúrbio. Diante desta situação podemos questionar, ainda, sobre a formação e a experiência profissionais dos docentes que podem ser determinantes no processo formativo consonante ao Projeto Político Pedagógica da EFTS.

O curso descentralizado, ao ocorrer nas instalações físicas para execução das aulas teóricas e práticas, utiliza também as unidades de produção de serviços de saúde como campo de estágio para que possam ampliar seus conhecimentos. O período de dispersão (estágios supervisionados) é caracterizado como momentos de aplicação dos conhecimentos teóricos no campo de estágio das unidades de saúde ou da comunidade. Neste momento, as ações são orientadas por meio de um roteiro de atividades, sendo acompanhado pelo docente. No trabalho de acompanhamento são realizadas discussões teóricas para registros em fichas de desempenho. Este processo, segundo documento da EFTS visa “assegurar o alcance dos conhecimentos e domínio dos procedimentos que conformam o perfil profissional dessa categoria, através de momentos de concentração e dispersão.” (BAHIA, 2009).

Segundo Lima e Braga (2006) a metodologia da problematização é utilizada com o objetivo de fazer o aluno a pensar seu processo de trabalho, mantendo-se vinculado a realidade do processo de aprender, no enfrentamento dos problemas baseado no conhecimento técnico-científico. Sua utilização, em ações descentralizadas nas unidades de saúde, desde o Projeto Larga Escala buscava a inclusão social dos trabalhadores leigos a partir do reconhecimento social conferida com a posse do diploma. A formação técnica, neste período, era voltada aos trabalhadores empregados nos serviços de saúde do SUS para legitimar sua inserção no mercado de trabalho.

Neste sentido, constata-se nesta pesquisa a importância da utilização de diferentes campos de estágios para o desenvolvimento, no ensino, da formação crítica do sujeito inserido no serviço de saúde. Em vista disto, alguns entrevistados relataram suas experiências em outros campos de estágio proporcionado nas duas etapas do curso.

Teve um período que conseguimos reunir os dois pontos (teoria e prática) foi na participação do “Outubro Rosa” em que reunimos a comunidade com a utilização de carro de som. Naquele momento conseguimos pôr em prática a nossa teoria, ajudando a comunidade do Periperi. (ENTREVISTADO 01)

A aproximação com o conceito de saúde foi no posto de saúde, no ato da prevenção, vendo a dificuldade das pessoas que procura o SUS, suas necessidades. (ENTREVISTADO 02)

A aproximação com o conceito de saúde foi no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no asilo no estágio de acompanhamento de idoso, que percebemos que ali que o problema não é só ausência de doença. No final do curso você chega a esta conclusão, você consegue ver o todo. (ENTREVISTADO 03)

O trabalho nos outros hospitais como o Roberto Santos possibilitou ter contato com a UTI em que os pacientes desacordados davam medo no início, mas que foi superado ao conversar com os familiares destas pacientes para saber a história de vida deles e informar sobre a necessidade de uso dos equipamentos por aquele paciente. Se não for assim o trabalho fica muito mecanizado, como um “robozinho na automatização” porque não é um processo que não para, é contínuo. (ENTREVISTADO 10).

Contudo, constata-se que no processo de ensino-aprendizagem baseado na integração ensino-serviço é importante que o discente não tome como parâmetro apenas a ‘realidade do serviço’, pela possibilidade de reproduzi-lo acriticamente. Além disto, baseado nas ideias de Paulo Freire, para que o aluno avance da ingenuidade para a criticidade é necessário ‘espaço abertos’, que é compreendido nesta pesquisa, como diferentes realidades de contexto hospitalar e comunitário para que possa realizar comparações e indagações, movidas pela curiosidade, no caminho de uma formação mais integral.

4 OS LIMITES E AS POTENCIALIDADES DO CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM NO HOSPITAL DO SUBURBIO- BAHIA

Esta dissertação segue a linha qualitativa na coleta de informações e análise dos dados pelos métodos da pesquisa documental e entrevista semiestruturada e individual com os egressos do Curso Técnico em Enfermagem que ocorreu em parceria intersetorial com o Hospital do Subúrbio (HS). Estes egressos são trabalhadores do HS e moradores do Subúrbio Ferroviário, critérios de inclusão dos entrevistados nesta pesquisa.

O objetivo da presente pesquisa é analisar a proposta pedagógica baseada na Integração Ensino-Serviço-Comunidade considerando as especificidades e características de um curso técnico em enfermagem desenvolvido dentro de um hospital com modelo de gestão público-privado. Um dos objetivos dos processos formativos da EFTS está na formação de sujeitos críticos e reflexivos, comprometidos com o Sistema Único de Saúde e a realidade social em que está inserido. Para tanto, o Projeto Político Pedagógico (2007) informa que

Esta opção pedagógica acredita na educação como ação de transformação, em que o diálogo e as relações entre os atores envolvidos (docentes, discentes, equipes de saúde e população) são facilitadores do processo de ensino-aprendizagem. Assim, busca-se privilegiar o conhecimento e a experiência no trabalho e na vida, de forma a possibilitar a articulação entre a prática e a teoria, a realidade e compreensão global desta realidade, entendendo que essa transformação incide sobre o sujeito e o objeto de forma a contribuir na melhoria da atenção prestada aos usuários do SUS-Ba. (BAHIA, 2007).

O reconhecimento histórico dos pressupostos pedagógicos da integração ensino-serviço-comunidade que nortearam e, ainda norteiam, as ações educativas da EFTS, aliados as reflexões teórico-práticos e estágios curriculares sobre saúde, SUS e condições de vida/trabalho, orientou a construção das perguntas de investigação desta pesquisa. No intuito de conhecer, *a priori*, a realidade empírica dos cenários e dos sujeitos envolvidos neste

processo formativo, realizei levantamento, catalogação e análise dos documentos produzidos pela EFTS e Hospital do Subúrbio para a implementação do processo de ensino-aprendizagem deste curso técnico em enfermagem específico.

Esta aproximação permitiu conhecer os sujeitos envolvidos e a organização pedagógica e técnica que caracterizam esta formação, na qual não tive participação direta em seu planejamento e execução. Os questionamentos desta pesquisa surgiram após conhecer, pela revisão documental, os aspectos específicos da proposta pedagógica desenvolvida sob o modelo de gestão em saúde que não é essencialmente pública. A escola reconhece este curso como aquele que promoveu a integração ensino-serviço- comunidade por ter surgido de uma demanda da comunidade e pela inclusão dos egressos nos serviços de enfermagem da instituição hospitalar. Essa situação o diferencia das outras experiências formativas da EFTS direcionadas a comunidade, como explicado no subitem 2.2 desta dissertação.

4.1 OS ENTREVISTADOS E O SIGNIFICADO DO CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

Os entrevistados desta pesquisa foram representados por 10 (dez) participantes, egresso do curso técnico em enfermagem, incluídos nesta pesquisa por atender aos critérios selecionados: ser morador do Subúrbio Ferroviário e trabalhador do Hospital do Subúrbio. Atualmente existem 12 (doze) técnicos de enfermagem em atividade na instituição, distribuído em diversos setores hospitalares. Entre estes, 02 (dois) não aceitaram participar do estudo alegando motivos pessoais, restando 10 (dez) técnicos em enfermagem para entrevista. Os 10 (dez) entrevistados foram identificados por números, conforme apresentado no quadro 3. Este grupo se constituiu por 07 (sete) mulheres e 03 (três) homens, nascidos entre 1974 e 1988 (faixa etária entre 28 e 41 anos de idade), moradores em comunidades distintas do Subúrbio Ferroviário. Cabe aqui destacar que a composição do grupo no que se refere ao gênero e a idade não se deu por escolha da pesquisadora.

Quadro 3 – Caracterização dos entrevistados do curso técnico em enfermagem da EFTS em parceria com o Hospital do Subúrbio

Entrevistado	Gênero	Bairro de residência	Experiência profissional anterior ao curso	Curso profissional realizado	Escolaridade atual
01	Masc.	Paripe	Frentista	Marcenaria industrial Porteiro	Ensino médio
02	Fem.	Fazenda Coutos	Agente Comunitária de Saúde	Não realizou	Ensino médio
03	Fem.	Periperi	Operador de Telemarketing	Não realizou	Ensino médio
04	Masc.	Periperi	Carregador de caminhão	Matemática financeira Informática	Ensino médio
05	Fem.	Lobato	Agente de limpeza	Não realizou	Ensino médio
06	Fem.	Periperi	Operador de caixa/auxiliar administrativo	Magistério	Ensino médio
07	Fem.	Periperi	Não relatou	Recepcionista Telemarketing Informática	Ensino médio
08	Fem.	Ilha Amarela	Auxiliar de sala de aula em escola	Não realizou	Ensino médio
09	Masc.	Alto da Terezinha	Operador de telemarketing	Não realizou	Ensino médio
10	Fem.	Periperi	Não relatou	Instrumentador cirúrgico (sem conclusão)	Ensino médio

Fonte: Setor de Educação Permanente do HS

Ao analisarmos o quadro observamos que todos, até a data da entrevista, possuíam o ensino médio, não avançando na escolaridade após o curso técnico em enfermagem. Destes, antes de realizar o curso, 01 (um) egresso possuía experiência de trabalho em saúde, 07 (sete) informaram experiência em outras áreas, sem, no entanto, possuir curso profissionalizante específico para atuação; e 02 (dois), mulheres, não relataram funções trabalhistas, fora de suas casas, antes do curso.

Portanto, o curso técnico em enfermagem, ofertado pela EFTS em parceria com o HS, representou a oportunidade de formação aliada a possibilidade de ocupação nos postos de trabalho pelos moradores do Subúrbio Ferroviário. Chinelli; et al (2013) dizem que, numa conjuntura de redução de oportunidades de acesso das populações mais ‘pobres’ ao emprego, a ocupação de postos de trabalho se converge com as necessidades de capacitar os trabalhadores para ocupá-los em uma habilitação técnica específica e correspondente. Neste sentido, a noção de empregabilidade e competências converge com o ideário neoliberal, que direciona os indivíduos a responsabilidade e o mérito para tornar-se ‘competente’ através de cursos formativos. O conceito de qualificação se desloca para um conceito associado à aquisição de novos atributos e habilidades pelos trabalhadores, de natureza cognitiva, num modelo de organização flexível do trabalho que exige adaptação dos sujeitos a diversas situações.

Eu sempre quis fazer [o curso de técnico em enfermagem], sempre quis dar plantão, sempre achei bonito ir pro hospital.[...] É uma profissão que eu gosto de vir trabalhar. No momento a gente está tendo um pouco de dificuldade por causa da enfermagem, porque ela não abriu toda, então a gente tá sendo remanejado, aí fica chato você chegar no seu setor e você saber que você vai pra tal lugar, pra tal lugar. E são pessoas que você não conhece, que você não sabe o trabalho. Eu já tenho dois anos aqui, então praticamente eu já conheço todo mundo, sabe o jeito de trabalhar, trabalho em equipe. (ENTREVISTADO 05)

Na fala do entrevistado 05, percebemos nesta fala uma valorização pelo hospital como campo profissional. Nesta instituição, o entrevistado reconhece a dificuldade de adaptação aos diferentes setores, quando remanejados, exigindo habilidades em relações interpessoais e trabalho em equipe.

[...] porque do curso eu já estagiei e já fiquei trabalhando [...] já faz dois anos aqui no Subúrbio empregada então assim nem currículo/ eu fala à minha/ outro dia eu falei pra minha coordenadora ‘não coloquei nem currículo porque tenho medo de me chamarem’... ela disse “você vai... se alguém chamar você”... eu digo eu não tenho interesse em sair do Subúrbio eu não tenho assim... não é o melhor salário do mercado[...] mas é um hospital muito bom de trabalha [...] então assim ele atende as necessidades de qualquer profissional, de material de suporte de apoio [...] (ENTREVISTADO 10).

Assim, nesta fala analisamos que o curso técnico em enfermagem do HS representou a aquisição de competências profissionais para a ocupação dos postos de trabalho oferecidos pelo hospital, motivados pelas necessidades do indivíduo em melhorar suas condições de vidas. O entrevistado 10, ao estar desempregado conformou-se as condições de trabalho da instituição, consideradas pelo sujeito como boas independentes dos salários pagos.

Lima (2010) considera que no ideário neoliberal as possibilidades de superação do desemprego são atribuídas ao aumento da escolaridade e da qualificação, entendida como aquisição de competências, para a ação no trabalho.

[...] antes de fazer o curso, eu tinha feito recentemente dois cursos anteriores: um de porteiro e um de marcenaria industrial, logo em seguida. E eu estava pensando em entrar na área de marcenaria industrial e seguir. Foi quando surgiu esse curso, trazendo essa mudança completa pra minha vida. Ou seja, de uma área totalmente diferente, que é tratar de madeira, de compensado, como criar portas, banco, estantes. Ou seja, um mundo totalmente diferente de coisas sem vida, pra tratar do precioso, que a coisa mais preciosa que existe é a vida. (ENTREVISTADO 01)

Entendo que o entrevistado indica a mobilidade profissional pelo qual já passou sem estabelecer vínculo. Indica também o reconhecimento do valor da profissão técnico em enfermagem ao cuidar de vidas consideradas ‘bem maior’ em detrimento da ocupação de marceneiro que faz apenas objetos (portas, barcos, etc).

Em outra direção, a entrevistada 02 revela que a satisfação em ter feito o curso está no reconhecimento profissional do técnico em enfermagem que, para ela, configura um nível mais elevado de escolarização, em detrimento do Agente Comunitário de Saúde que ainda não é reconhecida pela população como uma profissão.

Profissão. Hoje eu me considero uma profissional. Porque, como Agente de saúde, eu não [...] Eu sou profissional, [como ACS] mas as pessoas não olham como profissional. E como Técnica eu me sinto profissional, eu me sinto-me técnica, é um nível um pouco mais elevado, sou um nível técnico. (ENTREVISTADO 02)

Vieira (2007) diz que o profissional “sente-se valorizado e resguardado na sua autoridade quando tem o reconhecimento do saber”. Para que a profissão se torne reconhecida precisa possuir um corpo de conhecimento próprio que pode ser adquirido por treinamento formal, tendo sua prática regida por regras sistematizadas e definidas por órgãos de classe.

Da mesma forma, em análise da fala do entrevistado 04, a formação técnica representou ascensão profissional possibilitada pela ocupação laboral na área de saúde e o reconhecimento profissional, motivado por sua vontade individual em ‘ser bem-sucedido na sociedade’.

Assim, eu acho que esse curso pra mim foi muito importante. Porque se eu não tivesse entrado nesse curso, hoje eu ia tá fazendo o que? Ia tá carregando aquele peso, que todo mundo falava “rapaz se você não fizer esse curso, você vai ficar aí trabalhando carregando esse peso”, ia tá com a coluna ruim, ia tá... pra mim não ia tá... hoje eu me sinto mais bem sucedido na sociedade do que antes, né. Eu acredito que se eu não entrasse nesse curso eu não ia tá... hoje eu me sinto feliz. Eu não ia tá feliz, entendeu? Eu não ia tá satisfeito. Eu acho que hoje eu tô mais... (ENTREVISTADO 04)

Nesta abordagem do entrevistado identificamos, também, pontos que indicam as motivações originadas das necessidades do sujeito para inserção no mercado de trabalho.

Lima (2010) afirma que, a partir da década de 90, as novas relações de trabalho, conformadas pela flexibilização, requer um trabalhador ‘flexível’ que possa utilizar seus conhecimentos técnicos, cognitivos e relacionais para atuar nas incertezas e reorganizar continuamente o exercício de suas atividades em atendimento as necessidades do mercado. O trabalhador, mediante uma conjuntura de desemprego, precisa assumir a responsabilidade pessoal de sua formação.

Nesta conjuntura, a entrevistada a seguir, mesmo desmotivada, enfrentou condições adversas para conseguir uma vaga num curso técnico que lhe daria possibilidade de emprego.

Você vê que eu tava bem desestimada porque a gente realmente não acredita, realmente não acredita. E de repente minha mãe, minha irmã, minha prima ela diz “ah, surgiu, apareceu na internet vai abrir um curso e tal, oferecendo vaga, não sei o que”, eu disse “mais um”. No trajeto todo eu levei meu filho na escola e enfrentei uma fila de caracol. Peguei minha ficha, fiz a minha inscrição, fui fazer a minha seleção numa sala abafada de fumaça. [...] E fiz a prova com quatro mil inscritos[...] E tô lá, décimo lugar!” (ENTREVISTA 07)

A necessidade de atender as demandas técnicas, surgidas na família e na comunidade, foi identificada na análise da fala do entrevistado 09. Podemos deduzir certa prevalência do modelo médico assistencial em detrimento das ações de prevenção a saúde.

Pra mim ele tem uma importância muito grande até mesmo hoje pra mim eu consigo ajudar a minha família até mesmo vendo verificar uma pressão como citei anteriormente... uma glicemia uma dificuldade que minha esposa tem alguns sinais venha apresenta meus filhos minha esposa... eu já tenho aquele...uma certa... só no olhar assim a gente já percebe né? Que alguma coisa tá errada algum desconforto respiratório... alguma outra coisa assim que muda no comportamento nos filhos principalmente [...] muda muito importante viu [...] Mudou bastante tenho mais paciência com as pessoas... eu já era paciente mas tenho mais [...] esse olhar crítico assim com relação a determinadas coisas (ENTREVISTADO 09).

Mediante a caracterização dos entrevistados e o significado do curso na visão dos egressos, esta pesquisa busca responder as questões que nortearam os seus objetivos específicos. Para tanto, inicialmente, definimos, conforme a metodologia descrita, as unidades temáticas das quais emergiram as categorias de análise. Assim, elencamos as seguintes categorias de acordo as unidades temáticas para alcançar a análise da proposta pedagógica de um determinado curso técnico desenvolvido pela EFTS em parceria com o Hospital do Subúrbio.

1 Unidade temática: A relação entre o conceito de saúde e o SUS com as condições de vida/ trabalho do Subúrbio Ferroviário

Categorias de análise

1.1 O conceito de saúde

1.2 A relação entre o conceito de saúde e às condições de vida na comunidade do subúrbio ferroviário

1.3 O Sistema Único de Saúde (SUS)

2 Unidade temática: O Hospital do Subúrbio e as possíveis implicações na proposta pedagógica do curso técnico em enfermagem

Categorias de análise

2.1 Hospital do Subúrbio e a proposta pedagógica da EFTS

2.2 Dificuldades e facilidades na implementação da proposta pedagógica da EFTS

4.2 O QUE DIZEM OS ENTREVISTADOS NAS CATEGORIAS DE ANÁLISE ELENCADAS

4.2.1 Sobre o conceito de saúde, o SUS e as condições de vida/ trabalho dos moradores do Subúrbio Ferroviário

Sobre os conhecimentos abordados no curso, mais especificamente no Módulo I³² busco o entendimento dos entrevistados sobre o conceito de saúde, SUS e as relações deste conceito com as condições de vida das pessoas da comunidade, elencados neste estudo como categorias.

As atividades dos estágios supervisionados, deste módulo, ocorreram, em parte, na Rede de Atenção Básica à Saúde sob a supervisão dos enfermeiros do hospital e das 02 (duas) apoiadoras pedagógicas da EFTS, segundo consta no relatório final produzido pela coordenação do curso. A identificação e a relação dos problemas de saúde com o modo de vida da população e aplicação dos princípios e diretrizes do SUS representam alguns dos aspectos cognitivos e habilidades, relacionados ao saber fazer dos egressos, que direcionou os sujeitos pesquisados a reflexão sobre os temas trabalhados no módulo. Estes aspectos citados encontram-se na ficha de acompanhamento, denominada ‘ Aspectos Fundamentais da Saúde Coletiva’ (ANEXO B).

Na avaliação das fichas, dos egressos pesquisados, observamos que todos obtiveram o ‘Sim’ como habilidade alcançada ao final do Módulo I. Na possibilidade destes temas terem

³²Os temas abordados no Módulo I: Processo saúde-doença: fatores determinantes e condicionantes, principais problemas de saúde e recursos existentes para o seu enfrentamento; promoção da saúde: conceitos e estratégias: intersetorialidade, atitudes saudáveis, políticas públicas saudáveis, participação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais; Políticas Públicas de Saúde, história e propostas de atuação; e Sistema Único de Saúde, legislação, princípios, diretrizes estratégicas, embates e desafios para a sua construção e consolidação (BAHIA, 2009).

norteado o desenvolvimento da proposta pedagógica para formação de sujeitos críticos e reflexivos, comprometidos com o Sistema Único de Saúde, os utilizei na elaboração do roteiro de perguntas da entrevista que constituíram as categorias de análise desta pesquisa.

Na categoria ‘conceito de saúde’ os egressos ao serem questionados sobre o seu entendimento sobre saúde apresentaram o conceito de saúde, reunindo termos diversos para a sua elaboração. Assim, entre as falas encontramos:

Melhora de um quadro que a pessoa tenha, reintegração do bem-estar físico, mental e a sociedade. Retorno ao bem-estar. (ENTREVISTADO 01)

Esta fala induz uma análise de que o conceito de saúde é visto, por este entrevistado, como ausência de doença ao informar ‘melhora do quadro’ e ‘reintegração do bem-estar’. No modelo positivista de ciência, de causa e consequência, afasta as relações entre o adoecer humano e as determinações econômicas, sociais e políticas.

Saúde não é apenas ausência de doença. É um bem-estar físico, mental e social e forma integral do indivíduo. (ENTREVISTADO 03)

Saúde é um bem-estar mental e físico do ser humano. (ENTREVISTADO 04)

Antes do curso, eu entendia saúde como ausência de doença. Depois do curso passei a ver como completo bem-estar físico, mental e social, mas tudo interligado. (ENTREVISTADO 09).

A análise destas falas permite a inferência de que prevaleceu o conceito de saúde criado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) ‘como completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença’ Este conceito, no entanto, promove uma idealização da saúde, uma vez que as pessoas nem sempre ou nunca estão num estado completo de ‘bem-estar’.

Não precisaria estar doente para ter saúde. Saúde é ter de bem-estar, qualidade de vida. (ENTREVISTADO 05)

Nesta fala podemos observar uma confusão na relação entre saúde e doença, possivelmente gerada pela não compreensão ou configuração de um conceito, reiterado ao associar saúde a bem-estar e qualidade de vida.

A questão da saúde tem de viver assim, no trabalho como equipe, ou seja, como um todo, se apoiando nas dificuldades com outros colegas, enfermeira ou o médico. O relacionamento com a pessoa, profissional e colega era a dificuldade porque era tímido. (ENTREVISTADO 09)

Na fala 09, há indicativo também de que a saúde é uma organização, portanto composta de pessoas que precisam cooperar entre si.

No entanto, outros entrevistados buscaram, neste momento da entrevista, ampliar este conceito relacionando-os a outros fatores que aproximavam o conceito de saúde às condições de vida da população. As determinações sociais de saúde se relacionam o conceito de saúde quando as condições gerais de vida revela os fatores socioeconômicos, culturais e ambientais.

Saúde é um direito de todos, dever do Estado e direito de todos. Não é só o mal-estar, não é só o bem-estar físico. Tem que ser assim, um bem-estar social, cultura, emocional, tudo isso se relaciona à saúde. (ENTREVISTADO 02)

Estar bem plenamente, física, mental e social. Se tem emprego, boas condições financeiras, acesso à cultura, ao atendimento, como um todo. (ENTREVISTADO 07)

Saúde não é apenas o bem-estar físico, mental e social. Tem que vivenciar na prática para saber o que é saúde. Nem todo mundo tem condições de vida para ter saúde. É amplo. (ENTREVISTADO 08).

Saúde é o bem-estar fisicamente, mentalmente e espiritualmente. A pessoa não é só a doença que ela tem. O conceito como um todo envolve o sistema, tratar de uma pessoa e não de um problema. Quando vemos uma comunidade mais pobre, vemos que o problema lá é a febre amarela, devemos trabalhar na vacinação. O sistema tem que ser bem redondinho, sem lacunas na hora que for tratar de uma pessoa. (ENTREVISTADO 10)

Identifico que o entrevistado 06 não consegue trazer propriamente um conceito sobre saúde ao considerar:

[...] a saúde é primordial pra gente. Apesar de que temos hoje, a saúde está muito precária. Muita coisa que aprendemos nem sempre colocamos em prática, devido a necessidade do ambiente e das pessoas. (ENTREVISTADO 06)

Com base nestas falas, parece que existe um distanciamento entre a concepção teórica e as práticas em saúde, experimentada no cotidiano dos serviços de saúde.

Na categoria ‘relação entre o conceito de saúde e as condições de vida da comunidade’ observamos que alguns entrevistados relataram estilo de vida ao falar sobre as condições de vida das pessoas, como determinante individual do processo saúde-doença.

Algumas pessoas têm conhecimento e condições financeiras um pouco melhor, mas o jeito dela viver, de se alimentar, onde anda, como agir vai além das condições financeiras, é da própria pessoa. Por isso que eu não acho que apenas as condições de onde a pessoa mora, as condições financeiras possam interferir na qualidade de vida ou da saúde dele, entendeu? (ENTREVISTADO 01)

Saneamento, a questão financeira, higiene, estilo de vida. Sem condições de vida boa, não tem qualidade de vida boa. O saneamento, a vacinação, parte do conhecimento sobre alimentação, de higiene. As palestras na comunidade permitiram conhecer sobre isto. (ENTREVISTADO 05)

Nem sempre a falta do saneamento ou alimentação é que faz a pessoa adoecer. A falta de higiene e exagero no consumo de sal que faz as pessoas adoecerem. Ao trabalhar com a comunidade podemos orientar como prevalecer com saúde. A campanha do outubro rosa em Periperi em que um carro de som levava informações sobre o autoexame que pode ser prevenido. (ENTREVISTADO 06).

Ao confundir ‘estilo de vida’ e ‘condições de vida’, os egressos não conseguem ampliar sua visão sobre saúde que se associa aos determinantes sociais do processo saúde-doença. A responsabilização das pessoas por estilos de vida tidos como ‘não saudáveis’ desvia a discussão de fatores sociais, ambientais, e econômicos e sobre as condições de trabalho. Existe assim, um descompasso entre o conceito de saúde e as condições de vida/trabalho da comunidade. Os sujeitos informam um conceito de saúde baseado na teoria, mas que, na prática, restringe as determinações individuais, característico do estilo de vida das pessoas. Além disto, esta forma de compreender saúde promove uma culpabilização dos sujeitos pelo processo adoecimento que condiz com o ideário neoliberal ao desviar a atenção sobre os determinantes para o determinado.

A proposta pedagógica baseada na integração ensino-serviço-comunidade ao aproximar os sujeitos da realidade social intenciona ampliar o conceito de saúde mediado pela problematização das causas de adoecimento e morte da população. No entanto, observamos as seguintes falas que mostra confusões na construção desta relação, embora haja o esforço em estabelecer.

Na comunidade você vê a carência, a necessidade, a situação das pessoas, a humildade. Você assimila que o que está fazendo é algo bom. O bem-estar físico tem que levar em conta onde a pessoa vive se tem saneamento básico, alimentação adequada. A saúde não tem a ver com as condições de vida das pessoas, porque pode ser pessoas de meio de vida saudáveis e serem doentes (ENTREVISTADO 04)

O saneamento, a vacinação, parte do conhecimento sobre alimentação, de higiene. As palestras na comunidade permitiram conhecer sobre isto. Mas, nem sempre a falta do saneamento ou alimentação é que faz a pessoa adoecer. A falta de higiene e exagero no consumo de sal que faz as pessoas adoecer. (ENTREVISTADO 06)

Embora perceba melhoras, verifica dificuldades no acesso a saneamento básico, alimentação adequada, nível de estresse elevado, exposição solar. As informações transmitidas à população são importantes para prevenir estas doenças. (ENTREVISTADO 07).

Comunidade muito carente em relação a tudo: lazer, financeiro, em estrutura como um todo, de informação. A falta de informação faz com que determinada situação de doença aconteça pela estrutura que tem a comunidade. A higiene tem relação com a doença. (ENTREVISTADO 09).

Em outra fala, no entanto, a relação do conceito de saúde aparece relacionada às condições de saúde, observadas na visita domiciliar, como as condições de moradia e a carência das pessoas. Novamente identificamos uma relação de causa e efeito com uma aproximação à condição social do sujeito. A ‘falta de dinheiro’ aparece, também, como causa do adoecimento das pessoas que se resolvem recorrendo ao nível curativo da atenção à saúde.

Na visita a casa do paciente, observamos as condições em que vive aquele paciente e entendemos porque ela tinha aquele problema. Aprendi que o importante é saber de onde veio o problema e não só tratar o problema. A importância de a gente não só chegar e às vezes tratar só do problema, saber da onde é que vem o problema. De onde eu venho às condições são assim: as pessoas são carentes. Mesmo com a crise as condições de vida melhoraram um pouco. “É o social”, porque a falta de dinheiro para tratamentos e medicamentos que não são cobertos pelo SUS, evita que todos tenham acesso. (ENTREVISTADO 08).

Durante o curso, os discentes tiveram oportunidade, ainda, de conhecer outras realidades hospitalares como o Hospital Roberto Santos e Couto Maia. Estas visitas foram possibilitadas pelos enfermeiros docentes da EFTS, na segunda fase do curso.

Em relação a esta mudança de campo de estágio, no conhecimento de outras realidades, os egressos compreenderam o objetivo do processo educativo da EFTS que requer um sujeito capaz de refletir e criticar as suas práticas na atenção a saúde das pessoas. Possivelmente a participação dos docentes da escola avançou neste propósito ao diversificar as situações vivenciadas em outras experiências que representaram, naquele momento, desafios para ampliação do conhecimento.

O trabalho nos outros hospitais como o Roberto Santos possibilitou ter contato com a UTI em que os pacientes desacomodados davam medo no início, mas que foi superado ao conversar com os familiares destas pacientes para saber a história de vida deles e informar sobre a necessidade de uso dos equipamentos por aquele paciente. Se não for assim o trabalho fica muito mecanizado, como um “robozinho na automatização” porque não é um processo que não para, é contínuo. (ENTREVISTADO 10)

Sugere-se que a proposta pedagógica da EFTS ao agregar a comunidade na integração ensino-serviço é tão importante quanto à vivência de outras realidades de serviços para o desenvolvimento do pensamento reflexivo e crítico do discente reforçando as concepções pedagógicas discutidas por Paulo Freire (2013) em sua obra *Pedagogia da Autonomia*, que prevê o desenvolvimento da criticidade do sujeito ao estabelecer comparações de diferentes realidades.

Sob pressão dos movimentos sociais, as discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde culminam em um conceito de saúde, assim definido:

Em sentido amplo, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acessos aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986)

Nesta concepção existe uma ampliação do conceito de saúde ao envolver as dimensões econômica, social e política na produção da saúde e da doença. Neste sentido contrapõe a concepção restrita de saúde baseada no modelo assistencial centrado no indivíduo, na doença, no hospital e no médico.

Na Constituição Federal de 1988, no art. 196, a saúde é entendida como direito de todos e dever do Estado se constituindo como um direito social e democrático, uma condição para a cidadania, que deverão ser garantidos a população mediante políticas econômicas e sociais para redução de risco de doença e de outros agravos. O acesso universal e igualitário as ações e serviços de promoção, prevenção e reabilitação, ao complementar este conceito, ficam sob a responsabilidade do sistema de saúde, permitindo desenvolver atenção integral a saúde das pessoas.

O conceito de saúde inscrito na Constituição Federal desdobrou-se nas Leis 8.080/1990 e 8.142/1990 que permite a implantação do SUS. A primeira lei dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação bem como a organização e o funcionamento dos serviços em forma de uma rede hierarquizada e regionalizada, compondo o Sistema Único de Saúde. Na segunda lei ocorre a regulamentação das transferências dos recursos financeiros para a saúde entre os governos federal, estadual e municipal e a participação da comunidade na gestão do SUS. Esta lei surge na perspectiva do exercício da democracia no cotidiano dos serviços de saúde. Neste sentido, as conferências e os conselhos de saúde representam os mecanismos de controle social pela participação paritária de gestores, profissionais e usuários do SUS.

Na categoria ‘Sistema Único de Saúde’, os entrevistados apresentaram diversos entendimentos ao serem questionados sobre o SUS. Nas falas seguintes identificamos a concepção do SUS como sistema e organização.

[...] às vezes muitas pessoas acham que é um sistema que não funciona e, na verdade não é assim. É um sistema que tem buscado cada vez melhoras em todo o Sistema Único [...] o pessoal fala assim muito bem dos particulares e não entende muito bem a sobrecarga que uma área do SUS recebe. Os privados não, porque lá tem apenas aquela cota, é pouca. Já as áreas do SUS, no caso postos de saúde, as UPAS e hospitais públicos que recebem aquela demanda maior, ou seja, a sobrecarga. Então, ele tenta comportar do melhor modo possível, acomodando todos da melhor forma. (ENTREVISTADO 01)

[...] é um sistema que ele atua de forma [...] é uma organização em todo país. E além da organização, existem também os princípios e diretrizes que funcionam de forma geral, não só em um estado ou em outro, mas no total. Tem a Integralidade, a Universalidade, Equidade, tem a questão da regionalização e a hierarquia. (ENTREVISTADO 03)

O sistema é único [...] deve ter uma mesma doutrina, a mesma forma de organização em todo o país [...] nuns país com ampla diversidade cultural, econômica e social [...] sistema tem que interligar com relação a tudo isso pra ter essa doutrina específica. (ENTREVISTADO 09)

Mediante estes relatos identificamos que o conceito do entrevistado 01 se formou mediante a visão do senso comum de que o SUS não funciona, mantendo a população alheia

aos problemas de subfinanciamentos do sistema que precariza os serviços de atendimento universal em prol dos serviços de saúde seletivos e privados. Caracteriza-o, em seu funcionamento, como universal, mas sobrecarregado pela grande demanda, comparando ao serviço privado que atende de forma restrita, por ‘cotas’. Os demais entrevistados na elaboração do conceito, citaram alguns princípios e diretrizes no SUS como organização que atende as diversidades do país.

O entrevistado 06 relata o SUS como gratuito que atende a todos sem distinção, inclusive ‘ricos’ e ‘pobres’ porque considera um sistema de direito de todos. A universalidade do SUS, nesta fala, encontra-se relacionada ao artigo constitucional sobre saúde.

O Sistema Único de Saúde é a saúde igual para todos. É um sistema em que não se cobra nada, que é direito de todos, direito independente da classe social ou de que tenha plano de saúde [...] condições financeiras, mas se veio até o SUS, tem o mesmo direito de que qualquer outro paciente. (ENTREVISTADO 06)

O entrevistado abaixo estabelece diferenças entre o SUS escrito na lei (formal) e o SUS da prática (real). Identificamos que esta afirmação teve como referência o Hospital do Subúrbio, que diz ter ‘cara de particular’. No entanto, o entrevistado reconhece a existência dos princípios e diretrizes, sem citá-los, identificando a gratuita, o acesso universal, sem distinção de qualquer natureza, observados em sua vivência profissional.

[...] é sistema voltado pra todo mundo que se preocupa com a população realmente, é muito bonito no papel, a prática melhorou muito, eu fui desde pequena. E assim, pelo que venho notando, mudou realmente muita coisa, aqui mesmo é outra vivência de SUS. Eu trabalho num hospital que é SUS com jeito/cara de particular. A preocupação é total, o SUS é muito bonito tem aquelas [...] diretrizes do SUS [...] as frases muito bonitas, agora, mas sempre tem suas falhas [...] mas melhorou demais mesmo [...] do que era o SUS de antigamente pro SUS que é hoje em dia. (ENTREVISTADO 08)

A entrevistada 10 informa mudanças no SUS a partir da ‘mentalidade’ da população que contribui para o funcionamento do sistema na comunidade. Podemos inferir uma menção ao controle social que a comunidade exerce sobre os serviços do hospital, uma vez que esta constitui a única experiência em serviço de saúde desta entrevistada. Observamos também o caráter humanizado de suas práticas ao olhar o sujeito como pessoa e não o seu problema.

[...] o sistema vai mudando de acordo com a mentalidade atual da população, então um tem ajudado [...] está sendo desenvolvido dentro da [...] comunidade [...] então assim eu acho que é um sistema [...] bem redondinho de forma que não fique lacunas na hora que você for tratar uma pessoa como pessoa e não como problema. (ENTREVISTADO 10)

Atualmente, a dimensão humanista na formação de recursos humanos em saúde tem orientado as práticas em saúde. Estas mudanças comportamentais nos sujeitos relacionam-se aos preceitos de humanização que requer práticas em saúde mais cuidadosa com o ser humano

que vai além do atendimento meramente técnico. Desta forma, as políticas públicas têm apresentado propostas de ações no âmbito do SUS tendo a humanização da atenção como uma das suas principais diretrizes.

De acordo a Política Nacional de Humanização, criada em 2003, a humanização da atenção e da gestão em saúde está intimamente relacionada à promoção da saúde na reorganização dos serviços de saúde envolvendo reflexões do sujeito e coletivos sobre o processo de trabalho. Assim, “humanização e promoção de saúde são, pois, linhas transversais que podem melhorar a qualidade das ações sanitárias, das condições de trabalho dos profissionais de saúde e da vida de sujeitos e coletividades” (BRASIL, 2003). No que tange as escolas, ao realizar processos de formação a trabalhadores do SUS, deve considerar a importância das práticas humanizadoras.

Na fala a seguir identificamos que a definição do SUS ocorreu por meio do princípio da igualdade e universalidade que diz nem sempre vivenciar em sua vida.

Eu entendo que o SUS significa saúde igualitária para todos [...] Mas às vezes não acho que vive isso. Mas entendo que deveria ser isso, saúde para todos, de modo igual, sendo pobre, preto, branco, rico. Eu acho que significa isso: Integralidade, Equidade, Universalidade (ENTREVISTADO 02)

A concepção do SUS pelo princípio da universalidade e como prática humanizadora foi observada em alguns relatos que ressaltaram a situação financeira como outro fator que provoca a separação dos seres humanos. Os preceitos constitucionais foram relatados na criação deste conceito.

[...]o SUS, quando a gente estudou, eu gostei muito do Sistema de Saúde apesar de que não é praticado tudo. Mas o Sistema Único de Saúde ele quer[...] dar assistência hospitalar ou médica a todos, em comum, independente de cor, raça, [...] da situação financeira. [...]Todos são olhados como uma pessoa. (ENTREVISTADO 05)

[...] tem a universalidade, todo ser humano tem o direito, é um direito do indivíduo e dever do Estado, do governo, independente da complexidade, do custo ou do serviço. Isso tudo a gente vê no dia a dia. (ENTREVISTADO 04)

O acesso universal (sem barreira de acessibilidade, seja econômica, legal, física ou cultural) e igualitário (acesso igual para todos, sem qualquer discriminação ou preconceito) às ações e serviços de saúde foram mencionados na constituição, segundo Paim (2009), pelo caráter relevante das políticas econômicas e sociais no direito à saúde elaborada na Carta Magna. Nos próximos relatos, identificamos que a busca pela elaboração do conceito de SUS foi baseada no princípio da equidade.

Eu me recordo assim da Equidade, que é um princípio em que tem que saber lidar com diferentes tipos de pessoas em diferentes situações, cuidar todos iguais independente da diferença. [...] a equidade funciona como uma pessoa que todo indivíduo tem direito à uma assistência em saúde, o atendimento. [...] todos os

indivíduos têm direito a usufruir daquele atendimento. [...] esse atendimento da equidade ele vai de umas coisas tão complexas assim, como o atendimento de ir na casa do paciente, [...], porque estamos tratando pessoas diferentes, de modo igual, mesmo que uma dê um pouco mais de trabalho, um custo, mas tratar igual. (ENTREVISTADO 04)

[...] Vejo também a questão da equidade que é atendendo todos [...] em igualdade de condições dentro das complexidades do sistema [...], pois entendo que as pessoas não são iguais, ou seja, que cada um tem a sua complexidade, a sua limitação [...] integridade, ações com relação à promoção à proteção também e à reabilitação da saúde não, pode ser fracionado [...] fragmentadas. No hospital do Subúrbio eu vejo assim essa assistência integral, ou seja, assistência como um todo, cada um de acordo as suas complexidades [...] a questão da hierarquia, a regionalização [...] em relação ao sistema geográfico [...] delimitada e com a definição da população a ser atendida [...] (ENTREVISTADO 09)

Nestes relatos aparece a equidade como princípio ao relacioná-la ao princípio da igualdade nas práticas de saúde dos serviços. Conforme Paim (2009) explica a equidade não consta entre os princípios do SUS, seja na constituição, seja em leis e decretos. Para Paim (2009), a equidade é entendida como a possibilidade de oferecer mais recursos aos que mais precisam mediante a diretriz do SUS que prevê a ‘utilização da epidemiologia no estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática’.

A identificação de contradições no SUS foi percebida, mais claramente, nas falas destes dois entrevistados.

O Sistema Único de Saúde no meu entendimento ele tem que oferecer para todo o cidadão um melhor atendimento possível, apesar de não ser a realidade que ainda o SUS espera. Porque, mesmo a gente fazendo o melhor que nós podemos fazer como profissional da área de saúde, a gente sabe que ainda tem muitas falhas e brechas dentro dos princípios e diretrizes do SUS. (ENTREVISTADO 04)

O SUS é um projeto muito bonito no papel, mas é um dever do estado garantir plenamente a saúde plenamente a todos. Igualitário, equidade são alguns dos princípios. Equidade é tratar os diferentes como diversos [...] o igual como diferente, não sei direito. Tratar todos iguais, mas de forma diferente [...] o plano do SUS, se realmente funcionasse como o próprio projeto diz, seria perfeito. As pessoas teriam direito à saúde de uma forma plenamente e diminuiria o grande índice de tanto de erros, de mortes (ENTREVISTADO 07)

Conforme Paim (2009) sintetiza, existem diferentes concepções sobre o SUS na visão de diferentes indivíduos: o SUS para pobres, o SUS real, o SUS formal e o SUS democrático. Diante do que foi observado nas entrevistas a existe distinção entre o SUS real e o SUS formal que foram classificados, pelos egressos entrevistados, como o SUS da prática e o SUS da teoria. Existe prevalência baseado no senso comum que considera o SUS real apenas como um sistema que não funciona, dentro de um ideário neoliberal.

O SUS real é reconhecido como direito à saúde por diversos gestores, mas o seu funcionamento precário é visto como uma situação ‘normal’ que favorece, segundo Paim (2009) ao setor privado dos serviços de saúde. O SUS formal refere-se aquilo que está

estabelecido na Constituição e Leis, permanecendo distante da realidade dos serviços públicos onde prevalece o SUS real e o SUS para pobres, conforme ressalta Paim (2009).

Ao falar de SUS para pobres, Paim (2009), reflete sua definição centrada na ideia de saúde pública como coisa de ‘pobre’, para aqueles que não têm nada ou muito pouco, bastando uma medicina simplificada, sem resolutividade na atenção básica, distante do SUS como direito de cidadania.

A maioria dos egressos conhece os seus princípios e as diretrizes, buscando caracterizá-los nas práticas assistenciais do hospital, enquanto que a descentralização e o controle social foram citados apenas por um dos entrevistados.

[...]tem a descentralização. A descentralização é o mais falho que tem, pra mim. Pra mim, porque a ideia era que tivesse um posto de saúde próximo de cada cidadão, de cada casa, em todos os bairros tivesse. Tem bairro que tem maior amplitude, merecia mais postos, mas a gente sabe que a realidade não é essa. Que a realidade que o SUS... que era da descentralização era ter um posto próximo pra que cada pessoa pudesse se locomover a pé, andando e chegasse no posto. (ENTREVISTADO 04)

[...] O controle social [...] é pra mim falho porque tem aquela questão que o indivíduo pode participar do SUS através de conferências, conselhos de saúde que podem ser realizados de quatro em quatro anos. Só que esses conselhos de saúde nem todo cidadão tem conhecimento de onde é que ele vai ocorrer e como é que faz pra participar. Aí falaram na época do curso que participavam através de líderes comunitários, de líderes religiosos. Mas o cidadão em si ele não tem essa informação, é muito difícil. Eu não acredito que chegue na casa de uma pessoa e façam uma pesquisa perguntando se eles sabem a respeito que tem um conselho que vai haver se saúde, com certeza 99,9% vai dizer que não tem conhecimento desse conselho, dessas conferências. (ENTREVISTADO 04)

Segundo Paim (2009) na implantação do SUS houve muita ênfase na descentralização e na busca de financiamento, no entanto, considera pouca as iniciativas tomadas para a organização dos serviços e para orientação do modelo de atenção centrado na seguridade social. Este entendimento colabora com a fala do entrevistado 04 que vivência, no hospital, problemas relacionados à transferência de usuários entre serviços de saúde e, na comunidade a má distribuição ou inexistência de ‘postos’ de saúde para atender a todos.

Na mesma percepção, o entrevistado 04, diz que o controle social do SUS é exercido pelos cidadãos que participam do conselho e das conferências de saúde. No entanto, diz que não existe uma efetiva participação da população nestas instâncias pelo desconhecimento da população, ou seja, a falta de informação sobre seu funcionamento.

4. 2. 2 Sobre o Hospital do Subúrbio e as possíveis implicações na proposta pedagógica do curso técnico em enfermagem

Por ter sido um curso realizado de forma descentralizada dentro do Hospital do Subúrbio (HS), considero esta instituição um dos cenários desta pesquisa. Esta instituição de saúde tem como modelo de gestão a Parceria Público-Privada e localiza-se no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, região periférica e ‘pobre’ de Salvador-Bahia, como afirma Soares (2006). O curso técnico em enfermagem da EFTS foi desenvolvido em suas instalações físicas com utilização do material médico-hospitalar e participação na docência de 06 (seis) enfermeiros, trabalhadores da instituição.

O HS, inaugurado em setembro de 2010, representou a primeira unidade hospitalar pública do Brasil viabilizada por meio de Parceria Público-Privada (PPP)³³ que consiste num hospital geral, público, porém de gestão privada. Ele compõe a rede hospitalar estadual da Bahia, conveniada ao SUS, exclusivamente. Neste projeto, coube ao estado a construção da estrutura física e a empresa concessionária³⁴, Prodal S.A³⁵, a compra de equipamentos, a contratação e a gerência dos profissionais que trabalham na instituição, podendo assumir vários tipos de contrato profissionais a depender da necessidade.

A Parceria Público-Privado (PPP) representa uma modalidade de privatização dos serviços de saúde em que a operação e o aparelhamento médico-hospitalar da instituição pública, conveniada ao SUS, estão sob o comando de uma empresa privada, vencedora de processo licitatório por concorrência nacional para concessão administrativa³⁶. Neste modelo de prestação de serviço, ao final do contrato, ocorre a reversão de todos os bens que integram a estrutura da instituição para o governo do Estado.

³³Disponível em: http://www.sefaz.ba.gov.br/administracao/ppp/projeto_hospitalsuburbio.htm, visitado em 20 de abril de 2015.

³⁴A Parceria Público-Privado constitui um modelo de gestão possibilitada pela Lei Nº 9.290, de 27 de dezembro de 2004, instituída na Bahia, em consonância com o texto da Lei Federal nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004. Ambas viabilizam normas gerais para licitação e contratação de empresas para gerir serviços públicos como estradas, estádios esportivos e hospitais. OS projetos de PPP são executados através de contratos de longo prazo e, por esta razão, é necessário existe internalizado, na estrutura do Estado, um órgão técnico para promover a coordenação e a articulação dos diversos órgãos da Administração Pública e os Parceiros Privados. No caso do HS corresponde um modelo de operação e aparelhamento administrativo de uma instituição pública que passa a ter comando de uma empresa privada por concessão administrativa. Ao final do contrato ocorre a reversão para o governo do Estado de todos os bens que integram a estrutura da instituição. (CARRERA, 2012).

³⁵Prodal S.A (Consórcio Promédica S.a E Dalkia Brasil) formada pelas empresas Promédica Patrimonial S.A e Dalkia Brasil S.A. Disponível em: <https://www.radarppp.com/resumo-de-contratos/hospital-do-suburbio-bahia/>. Visitado em 31 de agosto de 2016.

³⁶ A concessão administrativa é o contrato de prestação de serviços em que a Administração Pública é a usuária direta ou indireta, e a responsável pela contraprestação pecuniária ao parceiro privado, ainda que envolva execução de obra ou fornecimento e instalação de bens. Neste caso, não é cobrada nenhuma tarifa aos usuários. (CARRERA, 2012)

Segundo Carrera (2012) a decisão política em utilizar a Parceria Público-Privado no HS veio “da equipe da Secretaria da Saúde Estadual que buscava aperfeiçoar e incorporar novos mecanismos na gestão hospitalar, que pudessem tornar mais eficiente a rede existente, melhorar a qualidade e aumentar o acesso ao serviço prestado”. Esta autora, informa que o motivo principal estava nos problemas relacionados à conservação, manutenção e troca dos equipamentos hospitalares, ineficiência de gestão e dificuldades na contratação de médicos das outras instituições, prestadora de serviços de saúde ao estado, de modalidades de gestão como Organizações Sociais (OS) e Organização da Sociedade de Direito Público Social (OSCIPS).

O HS, portanto, corresponde a uma instituição de emergência e urgência que faz atendimento de média e alta complexidade. Em sua estrutura possui 373 leitos distribuídos em unidades de internação hospitalar, inclusive Unidade de Terapia Intensiva (UTI), e domiciliar. Além disto, conta com apoio diagnóstico de serviços de bioimagem (radiologia digital, ultrassonografia, ecocardiografia, endoscopia digestiva e respiratória, tomografia, ressonância magnética e hemodinâmica) e laboratório de análises clínicas. Realizam atendimentos de urgência e emergência, cirurgias e acompanhamento ambulatorial, exclusivo para revisões pós-alta. Alguns entrevistados, em partes não específica do questionário, expuseram a visão sobre o HS, colaborando com as afirmações acima.

[...] o hospital (do subúrbio) é um hospital de urgência e emergência que não trabalha com o grupo, ele trabalha com o indivíduo. O indivíduo chega aqui e ele (o hospital) vai atender aquela classificação de risco do indivíduo. Ele (HS) não trabalha em programação de grupos, em alvos. [...] é o indivíduo, a sua queda, o seu trauma e só. (ENTREVISTADO 02).

O entrevistado 02 demonstra conhecimento sobre a natureza do atendimento médico-hospitalar, individual, sugerindo uma comparação com outros tipos de atendimento, das Unidades Básicas de Saúde, de caráter coletivo, chamados de ‘grupo alvo’. Esta comparação, no meu entendimento, foi possível devido à experiência anterior da entrevistada como Agente Comunitária de Saúde na Atenção Básica que adota uma metodologia de grupo nos atendimentos.

[...] um hospital de complexidade, na verdade, de urgência e emergência. Então inclusive há muitos que criticam o hospital por isso. Porque existem algumas necessidades básicas que é no posto de saúde, às vezes é uma UPA. Então ele não tem como atender no geral, porque já tem essa classificação de urgência e emergência. Mas ele encaminha, orienta, nenhum sai sem orientação há quem recorrer, ou até mesmo ter a regulação que vai regular para o lugar específico. (ENTREVISTADO 03)

No entanto, o entrevistado 03 chama atenção para o atendimento das necessidades básicas nos ‘postos de saúde’ e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) em detrimento do HS, relacionando necessidades de saúde com a Atenção Básica prestada em Unidades Básicas de Saúde.

[...] eu vejo como um hospital público, apesar que tem aquela questão da triagem, que o ser humano, a gente não entende porque você chega com o seu parente doente e você não quer saber que não é da categoria do hospital, que é a complexidade de urgência e emergência. A pessoa quer que seja atendido, mas, diante das diretrizes do SUS do que se espera de um hospital de urgência emergência, ele dá. Porque isso é regra, regras são feitas para a gente pelo menos tentar cumprir. E o hospital trabalha de acordo com o sistema. (ENTREVISTADO 04).

[...] o Hospital do Subúrbio tem portas abertas, [...] porém tem a questão da gravidade da pessoa, o atendimento aqui é para pessoas mais graves de média/alta complexidade com relação ao atendimento então ele tem assim do... do inicial tem orientação se realmente se o... o cliente ele não for atendido aqui ele é orientado a... a/ ele é direcionado a procurar o serviço de saúde que seja mais viável com relação aquela situação... é orientado para ir para upa... o atendimento básico de saúde nos postos também. (ENTREVISTADO 09).

Nestas duas entrevistas observamos que os egressos do curso mostraram que o HS, embora seja considerado ‘porta aberta’, não realiza todos os tipos de atendimento, somente média e alta complexidade³⁷, cuja triagem é feita no setor de urgência/ emergência por meio de acolhimento por classificação de risco³⁸. Ainda identificamos na fala do entrevistado 04 que esta divisão corresponde a uma ‘regra do sistema’, que separa os níveis de atenção a saúde em baixa, média e alta complexidade.

De acordo com os dados do CNES (2012)³⁹, os técnicos de enfermagem compõem a maioria dos trabalhadores de nível médio desta instituição contratados pela Promédica, responsável pela contratação da força de trabalho do hospital. A demissão destes trabalhadores motivados por faltas ou atrasos nos serviços, provoca uma rotatividade laboral destes profissionais, constituindo um problema para a direção do HS. Em virtude disto, a decisão em realizar o curso técnico em enfermagem em suas dependências, para moradores do Subúrbio Ferroviário é caracterizada, nesta pesquisa, como uma política que tem o intuito, por um lado, de possibilitar a fixação profissional de trabalhadores técnicos e, por outro lado,

³⁷Média complexidade compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde da população, cujas práticas clínicas demandem disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio e terapêutico [...] Alta complexidade, corresponde a procedimentos que envolvem alta tecnologia e/ou alto custo, como trauma-to-ortopedia, cardiologia, terapia renal e oncológica. (PAIM, 2009)

³⁸ A Portaria 2.048 de 05 de novembro de 2002 do Ministério da Saúde propõe a implantação nas unidades de atendimento de urgências o acolhimento e a “triagem classificatória de risco”. De acordo com esta Portaria, este processo “deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento”(BRASIL, 2002).

³⁹Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Nome>. Acesso em: 17 de abril de 2015.

reduzir as tensões sociais da comunidade pela oferta de emprego. Esta pesquisa não tem a intenção de comprovar esta hipótese, podendo ser objeto de estudo em outras pesquisas.

No entanto, o entrevistado 02 diz que a admissão no hospital foi possibilitada pela dificuldade de acesso a instituição.

[...] o hospital priorizou essa turminha aqui dentro. Eles queriam realmente, porque aqui é um hospital com acesso ruim. Muita gente mora longe, então a acessibilidade para chegar ao hospital é difícil. E, como a gente já morava, todo mundo da turma era do Subúrbio e aqui é o Hospital do Subúrbio, ficava mais fácil a locomoção de casa para aqui. Então isso também foram um dos fatores que mais influenciou neles quererem a admissão da gente aqui, pela acessibilidade mesmo. (ENTREVISTADO 02).

Neste sentido, durante a execução do módulo III, em setembro de 2013, a direção hospitalar disponibilizou 10 (dez) vagas para estágio, extracurricular e remunerado, aos alunos do curso técnico em enfermagem da EFTS. Mediante prova, elaborada e aplicada pelo setor de educação permanente do HS, foi realizado processo seletivo para preenchimento das vagas. Naquele período do curso havia 23 (vinte e três) alunos, dos quais 16 (dezesesseis) participaram da seleção, sendo aprovados como bolsista do HS segundo consta a planilha fornecida pelo HS e sistematizado no quadro 4.

Neste quadro mantemos a mesma identificação dos entrevistados por números. Nele busquei sistematizar as informações fornecidas pelo setor de educação permanente do HS a fim de estabelecer relações entre os estágios extracurriculares, ofertado pelo hospital, e a admissão dos egressos do curso nos seus serviços.

Quadro 4 – Relação entre participação dos estágios não curricular e a contratação nos serviços do Hospital do Subúrbio

Técnicos de Enfermagem Nº	Estágio extracurricular (bolsista)	Setor	Admissão no HS	Setor de admissão	Situação atual
01	Selecionado	C.Med.	01/12/2014	C.Med.	Ativo
02	Selecionada	C.Med.	17/03/2015	C.Med.	Ativa
03	Selecionado	Ped.	17/03/2015	C.Med.	Ativa
04	14/10/2013	C.Med./ UTI ad	13/05/2014	UTI adulto	Ativo
05	Selecionada	C.Cir.	04/11/2014	C.Cir.	Ativa
06	14/10/2013	C.Ped.	08/07/2014	C.Ped.	Ativa
07	14/10/2013	C.Ped.	09/04/2014	UTI Ped.	Ativa
08	14/10/2013	C.Med.	06/04/2014	C.Med.	Ativa
09	14/10/2013	C.Med.	14/08/2014	C.Cir.	Ativo
10	14/10/2013	C.Cir.	04/04/2014	UTI ad.	Ativa
11	14/10/2013	C.Med.	10/10/2014	C.Ped.	Ativa
12	Selecionada	C.Med.	02/01/2015	C.Med.	Ativa
13	Selecionada	C.Med.	04/12/2014	C.Med.	Demissão 08/04/2015
14	14/10/2013	C.Cir.	22/09/2014	UTI ad	Demissão 06/01/2015
15	14/10/2013	C.Med.	02/06/2014	C.Cir.	Pediu demissão (Concursada HC/EBSERH)
16	14/10/2013	C.Med.	16/10/2014	C.Cir.	Pediu demissão (Concursada HC/EBSERH)

Fonte: Setor de Educação Permanente do HS

Na análise do quadro, confirmamos a informação de que os 16 (dezesseis) egressos do curso que participaram do estágio extracurricular foram admitidos na instituição, mas em datas distintas, após a conclusão do curso.

No documento pesquisado podemos observar ainda, para efeito desta pesquisa, os possíveis motivos que levaram 05 (cinco) alunos a não participarem do processo seletivo para o estágio extracurricular. Assim, consta que 02 (dois) alunos não tiveram interesse em

participar do processo seletivo e 03 (três) não foram recomendados pelas docentes da primeira etapa do curso, a participar da seleção.

As prováveis justificativas para esta ‘não recomendação’ foram encontradas num documento de avaliação dos estágios e desenvolvimento da teoria do módulo I e II (ANEXO D), construída pela EFTS. Neste, encontramos observações, feitas pelas enfermeiras do HS, de que as referidas alunas possuíam faltas nas aulas e estágios, tinha ‘pouca participação’ nas discussões, justificada por ‘timidez e introspecção’; e participavam de ‘brincadeiras’ em sala. Além disto, havia informação de reprovação ou superficialidade nas provas de conhecimentos realizadas por estas alunas.

Ao compreendermos que o estágio extracurricular contribuiu para a admissão destas trabalhadoras no serviço do HS, deduzimos que houve exclusão de alunas como resultado de outros processos avaliativos, na qual os egressos foram submetidos. A ‘não recomendação’, de caráter subjetivo e pontual, ao excluir alunos da seleção de bolsistas sugere que, na primeira etapa do curso, os docentes utilizavam componentes de avaliação que não obedecia aos critérios orientados pela proposta pedagógica da EFTS.

Na existência de apenas de 10 vagas para bolsistas, 06 (seis) dos alunos aprovados ficaram aguardando vagas de estágios nos setores. Sobre este processo os entrevistados a seguir relataram:

[...] teve uma seleção para estagiário e o hospital abriu as portas para a gente fazer e quinze alunos se interessaram. Dos quinze, o hospital só tinha apenas dez vagas. Dos quinze, os quinze passaram. Aí o hospital “Bom, todos passaram. E agora, o que a gente vai fazer? ”. O hospital selecionou os dez baseado naqueles que não estavam trabalhando. [...] eu estudava aqui (HS) e trabalhava como frentista. [...] disse que abriria mão do meu trabalho frentista para poder estagiar como bolsista aqui. Só que o hospital aproveitou e ele fez isso “Não, já que ele está trabalhando, para ele fazer o curso, trabalhar lá e estagiar aqui ia ficar puxado para ele. ” Eles entenderam então em dar preferência aqueles dez que não estão trabalhando. O critério que eles utilizaram foi esse, e eu achei um critério bem justo. Porque, já que empatou todo mundo, vamos achar alguma coisa que possa separar isso. E foi assim que foram selecionados os dez para poder estagiar aqui. [...] tanto que, logo após, eles absorveram aqueles outros demais e todos estão aqui. (ENTREVISTADO 01).

[...] o curso preparou a gente de uma forma profissional com a parceria do hospital. [...] o hospital sugeriu e abriu dez vagas para que os próprios alunos pudessem ter direito a uma bolsa. Então foi um projeto muito bonito do hospital, que poderia pegar outros alunos de uma escola técnica, como está sendo agora atualmente. Mas na época deu essa chance para a gente, que já fazia parte do curso e que estudávamos aqui também no hospital. Então essa possibilidade de a gente ficar seis meses no curso como bolsistas, isso possibilitou de nós sermos contratados. (ENTREVISTADO 07)

Neste relato observamos também a relação estabelecida pelo entrevistado entre a participação como bolsista do HS e o processo de admissão, após conclusão do curso. Na

visão da entrevistada 05, a proposta do curso, em parceria com o hospital, tinha como objetivo a absorção deste profissional qualificado como técnico em enfermagem do HS.

[...] porque assim, pelo o que eu lembro, a proposta do curso do hospital junto com a EFTS era fazer a própria mão de obra do Hospital do Subúrbio. Por isso que eu achei ainda estranho quando doutora (nome preservado) falou que não ia ter mais. Porque seria uma ótima, [...] o hospital, porque contratou todo mundo aqui próximo, então foi feita a própria mão de obra dele. Seria a proposta do curso, desde quando a gente chegou aqui, que foi passado, não só doutora (preservado o nome), como o pessoal do curso tinha falado no início, nos primeiros dias de aula que teve a reunião e eles falaram que[...] o objetivo do curso aqui no hospital, de fazer a própria mão de obra. (ENTREVISTADO 05)

Mediante esta fala, analisamos o caráter utilitarista embutido na proposta de formação dos moradores do Subúrbio Ferroviário concebido pelo HS. Esta proposta foi relatada no início do curso aos alunos, segundo alguns entrevistados, pela diretora do HS e docentes. Esta afirmação pode ser confirmada ao serem questionados sobre o processo de ensino-aprendizagem da EFTS e a admissão no HS.

[...] a questão mesmo do desenvolvimento no estágio no curso, pelo fato que já conhecia as enfermarias, como era o sistema, o atendimento [...] o introdutório referente ao hospital, como era o procedimento, como era o perfil dos funcionários que, certa forma, a diretora queria e também foi analisado pela questão também do curso [...] que uma grande parcela foi aproveitada [...] facilitou para a diretoria do hospital que a gente já tinha o conhecimento, o estágio e morava próximo. [...] a questão de abrir pontos de emprego [...] como foi orientado de início no curso que tinha essa proposta até mesmo na diretoria de aproveitar alguns profissionais que é da área mesmo já conhecia a localidade... porque muitas pessoas saiu logo de início... Eram admitidas e pedia para sair em função disso... da distância que tinha com relação a outros bairros... então o projeto em si já era/ já visando isso também de certa forma para reaproveitar foi tanto que reaproveitou quase a maioria dos profissionais com relação ao curso. (ENTREVISTADO 09)

Neste mesmo sentido, podemos analisar a fala do entrevistado 01 que se refere à proposta do curso como ‘treinamento’ proporcionado por enfermeiros do hospital e voltado para o padrão de acreditação hospitalar da instituição.

Alguns diziam que não. Só que pela proximidade da gente estar morando aqui, a acessibilidade nossa para o hospital. Ou seja, o hospital conseguiu unir um funcionário que está no padrão de um hospital acreditado, porque erámos treinados por professoras de um [...] às vezes o pessoal falava que a gente foi feita para o hospital. hospital acreditado nível um, que foi acreditado na época nível um, hoje nível dois. Ou seja, fomos formados em um hospital acreditado e somos alunos acreditados, não pelo hospital, mas pela qualidade do ensino que foi passado para a gente. E o hospital viu a qualidade na gente. (ENTREVISTADO 01)

No final do curso técnico em enfermagem em 21 de março de 2014, existia 21 (vinte e um) concluintes. Destes, 16 (dezesseis) discentes participaram como bolsistas do hospital, sendo contratados como técnicos de enfermagem. Esta constatação sugere uma relação entre a participação no estágio extracurricular e o processo de admissão no hospital.

Relembramos aqui que, no Módulo III, os enfermeiros do hospital foram substituídos pelos enfermeiros da FESF, no exercício da docência neste curso. Após interrupção e avaliação da proposta pedagógica utilizada na primeira etapa do curso, a entrada de novos enfermeiros tinha como objetivo principal desenvolver as aulas teóricas e estágios utilizando a problematização como metodologia de escolha na formação de sujeitos críticos e reflexivos. Assim, parece que os estágios extracurriculares foram uma forma encontrada pelo hospital para continuar o processo de formação e possibilitar a ocupação de postos de trabalho existentes na instituição.

Voltando a analisar o quadro 4, percebemos que 02 (dois) profissionais foram demitidos antes de completar um ano de trabalho e 02 (dois) pediram demissão para assumir contrato com o Hospital das Clínicas (EBSERH) após seleção em concurso público, restando 12 egressos trabalhando no HS, no período da coleta de dados na pesquisa. Observamos também que 07 (sete) egressos permaneceram, após a admissão, no setor do hospital em que fizeram o estágio extracurricular. Destes fatos demonstramos uma possível relação existente entre os estágios extracurriculares e a ocupação de postos de trabalho disponíveis nos setores do HS.

Antes da colação de grau já havia sido contratada na UTI adulto cirúrgica, setor diferente de quando eu fui bolsista que era a pediatria porque existia uma necessidade imediata de contratação por parte do hospital. (ENTREVISTADO 10).

O entrevistado 10 informa que a mudança de setores estava relacionada à existência de vagas nos postos de trabalho e a manifestação de interesse por uma determinada área de assistência em detrimento daquela em que realizou o estágio.

No que diz respeito à infraestrutura do curso técnico em enfermagem dentro do HS, as falas dos egressos, mostrou dificuldades na execução da proposta pedagógica da escola. O Regimento Escolar da EFTS (2014) prevê a necessidade de laboratório (sala de prática), biblioteca e sala de aula ampla, iluminada e com ventilação adequada nos espaços físicos dos cursos descentralizados. No entanto, os problemas relatados, na maioria das falas, estavam relacionados à ausência de espaços adequados para o desenvolvimento das aulas teóricas e práticas. Sobre isto destacamos as seguintes falas dos entrevistados.

Porque nós só ficávamos entre quatro paredes e ali a gente tinha aquela parte do improvisado, que foi muito bom, porque a enfermagem também é improvisação [...], mas talvez até por essa dificuldade mesmo do acesso em si, da possibilidade da gente não ter uma sala de prática, fez com que nossa imaginação fosse muito mais além. Então foi um dos momentos muito prazeroso. [...] é a parte do espaço mesmo, que está à sala de aula. Porque muitas das vezes nós não poderíamos nem falar um pouco mais alto, porque a sala estava próxima da direção, ao lado dos recursos do RH e por estar num ambiente hospitalar. Então isso trouxe também muitas dificuldades para a gente. Porque sala de aula é uma sala de aula, independente de

que seja com adultos, mas tem uma hora que existe entusiasmo, chega uma hora que a gente gosta de dar um aplauso ou sorrir um pouco mais alto, isso é normal. Só que muita das vezes a gente fazia isso de forma espontânea e vinha uma lá e “pá” batia na porta. Então de uma certa forma teve essa parte negativa do curso. E depois que chegou um certo tempo a gente foi para uma salinha bem minúscula, inclusive né. E a gente se sentiu um pouco rejeitado. É, houve isso né. Houve aquele tipo assim como se o curso já tivesse acabando, então assim a gente sentiu tipo um filho que depois que você deu, que serviu de exemplo, talvez porque dizem que uma das creditações do Hospital do Subúrbio era devido ao hospital-escola. Então acredito que depois que teve isso... isso foi um dos comentários... (ENTREVISTADO 07)

[...] as dificuldades aqui era a questão mesmo de ser aqui dentro, não ter um espaço reservado para a gente. Porque assim, a gente estudava na... como é que fala... no auditório. E aqui embaixo numa salinha a gente sempre ficava aqui logo do lado do marcador de ponto ali, que é uma salinha que tem aula normalmente. A gente estudava e querendo ou não aqui é dentro de um hospital e você tem que fazer silêncio. As vezes professor tem que usar coisa, a gente que participar, é trabalho ne, de apresentação em sala de aula e como é que você vai manter o silêncio. As vezes a gente também no dia da aula e tinha reunião dos médicos aí cancelava a aula, como muitas vezes tinha reunião lá em cima e aqui embaixo o pessoal do... que trabalha mesmo no hospital que aqui tem vários cursos também durante todo o ano. Aí a gente as vezes tinha que ir para casa, aí passava uma tarefa extra, mas aqui... o mais difícil... e o acesso era péssimo... (ENTREVISTADO 08).

Ao analisar estas falas, constatamos uma necessidade existente entre espaços físicos de aulas adequados e a implementação da proposta pedagógica problematizadora, proposta pela EFTS. Mediante Regimento Interno, as salas devem atender aos padrões previstos, considerados apropriados para o desenvolvimento das atividades requisitadas como seminários, dramatizações, dinâmicas de grupo e rodas de conversa.

Pela fala dos entrevistados, inicialmente estas aulas eram realizadas no único auditório existente, localizado próximo aos setores administrativos do HS. Este espaço corresponde um local bem iluminado, amplo e refrigerado, mas pela sua localização, não permitia a realização de atividades que fizesse barulho, porque ocasionava reclamações por parte de funcionários da instituição. Além disto, por ser o único espaço destinado às reuniões dos profissionais da instituição, constituiu uma área de disputa que resultava na suspensão de aulas e direcionamento de ‘trabalhos extras’ para os alunos desenvolverem em casa. Esta constatação pode ser verificada nas falas registradas no relatório de avaliação do curso (2004), constituindo um problema na execução curricular da proposta pedagógica da EFTS.

A solução deste problema foi realizada pelo HS ao transferir a sala de aula para um espaço localizado de forma isolada, próximo ao ‘máquina de registro de ponto’, citado por um entrevistado, no térreo do hospital. Este local foi considerado, por alguns entrevistados, como pequeno e inadequado para realização das atividades prevista. Este fato gerou insatisfação manifestada na fala do entrevistado 08. Não ter um espaço próprio e adequado para as

realização das aulas foi também aspecto citado pelo entrevistado 02 que considerou o hospital como ‘não preparado para ser uma escola’.

O Projeto Político Pedagógico (2007), outro documento normativo da EFTS, informa que para o desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem, a EFTS conta “com o apoio e a infraestrutura das instituições de saúde do estado e dos municípios envolvidos” (BAHIA, 2007). Ao propor a realização de cursos formativos, estas instituições, precisam dispor de uma infraestrutura mínima capaz de atender os requisitos exigidos pelo Regimento Interno da escola como sala de aulas adequadas, banheiros, biblioteca, serviços audiovisuais, serviços de apoio e sala de prática. Então, em outras falas observamos as dificuldades enfrentadas pelos egressos, na ausência de infraestrutura adequada no HS, para a participação nas atividades pedagógicas previstas.

É, em questão de a gente não ter um... como eu posso dizer, eu esqueci o nome... um laboratório, a gente não tinha um laboratório. Então assim, na prática a gente via, mas quando a gente precisava de um boneco para uma simulação, a gente não tinha acessos. Então a gente tinha que se locomover lá para a escola para ter acesso à essas coisas. E o espaço também, o espaço era pequeno, quando fosse fazer alguma atividade para os alunos. Só um espaço para realizar duas aulas, que eu acho que dificultou um pouco para o desenvolvimento das atividades em sala de aula. (ENTREVISTADO 03)

As dificuldades foi com relação a material mesmo... teoria... assim... tipo não tinha um laboratório né pra gente desenvolver... simular algumas coisas ai tinha que se deslocar pra outro bairro, sede da escola para desenvolver, porquê de certa forma precisava de materiais bonecos algumas coisa que a gente só via de falar e via também alguns desenhos com relação ao módulo e aqui não tinha as vezes os professores traziam pra cá com muita dificuldade no carro que trazia o boneco e trazia outras coisas material que, na maioria das vezes, até o hospital disponibilizava assim pra gente fazer uma simulação... tipo de... pegar uma punção alguma outra coisa ai o material é do hospital até disponibilizava o material (ENTREVISTADO 09)

A inexistência de sala de práticas (laboratório) e biblioteca foi outro ponto abordado pelos entrevistados. Estes problemas, segundo observado em algumas falas, muitas vezes eram resolvidos por improvisação das práticas na própria sala de aula ou deslocamento dos alunos para o laboratório existente na EFTS, também considerado pequeno pelo entrevistado 02.

[...] aqui assim, a sala didática, porque a gente não tem uma sala de aula. Aqui a gente não tem um laboratório. [...] é então ficou difícil a aula aqui. Porque o hospital aqui não está ainda preparado para ter uma turma, uma escola, uma escolinha, no caso. Porque aqui é um hospital, não é uma escolinha, então não tem. Não tem laboratório. [...] a dificuldade é mais essa, é o espaço físico mesmo que é precário. É uma sala muito pequenininha [...] é uma acústica horrível, um sonzinho que você faz parecer que é um barulhão. Então, nisso aí, o hospital não está preparado. (ENTREVISTADO 02).

A biblioteca como outra questão destacada pelo entrevistado 10 dificultou o aluno a realizar de pesquisas exigidas no processo de ensino-aprendizagem. A falta de computadores disponíveis para este fim levava o deslocamento dos alunos para a EFTS.

O reconhecimento deste problema evidencia o comprometimento da proposta pedagógica centrada no 'sujeito que aprende' pois necessita busca ativa de novos conhecimentos na teorização dos problemas identificados na realidade observada. A pesquisa se faz parte do processo de ensino, segundo afirma Paulo Freire (2013). É através da pesquisa que o aluno tem a oportunidade de buscar novos conhecimentos, indo além do material didático para indagar, constatar e intervir na realidade social. Faz-se necessário para o aluno transitar da ingenuidade para a curiosidade pela teorização que parte da experiência. Com a pesquisa o aluno é capaz de identificar ações e contradições na realidade ao confrontar com o novo, podendo, assim, ressignificar o saber e o fazer profissional. Sobre isto, observamos a fala seguinte.

[...] certeza assim a gente tinha uma dificuldade que era a questão da biblioteca porque pelo fato do curso ser no hospital e a estrutura do curso ser atrás do HGE e a gente estudar aqui então a gente tinha a sala assim, mas hoje a gente fala assim a questão da biblioteca no... na pesquisa logo naquela coisa logo de querer saber, mas a gente também hoje a gente tem uma internet que nos dá tudo? O Google está aí para a gente estudar e pesquisar então assim... mas eu acho que o fato da gente estudar dentro do hospital [...] realmente, o que poderia complementar era se a gente tivesse uma biblioteca, tanto dos bonecos como livros, ou seja, tudo em um único lugar, aí seria completo. Se eu fosse dizer assim "ah, que nota eu daria para o curso?", acho que eu daria nota nove. Para ser um dez, acho que só faltaria isso: unir uma biblioteca com o laboratório, que desse para a gente fazer uma prática com os bonecos. Porque a gente tinha que ir lá para a sede da EFTS para fazer isso. (ENTREVISTADO 10).

No entanto, ao serem questionados sobre as facilidades que o curso ofereceu, destacou-se nas falas dos egressos a proximidade de suas residências, uma vez que o deslocamento era um dos motivos que, algumas vezes, dificultava e impossibilitava a participação destas pessoas em cursos formativos.

A facilidade foi a gente morar na Suburbana, que eu morava. Então isso já tornou um ponto de seleção. Para quem não morava e quem morava, né, já foi selecionando. E assim, a maior facilidade foi essa: morar no Subúrbio. Mas foi difícil, porque foi muita gente que disputou as vagas. Foram mais de três mil pessoas para apenas trinta vagas. Então, ficou quem era para ficar, estava predestinado a fazer o curso e pronto. Mas dizer que foi fácil para qualquer um assim não foi não. (ENTREVISTADO 02).

A facilidade para mim foi ele está próximo à minha casa, né, próximo. Porque na verdade quando surgiu essa intenção do curso associado ao Hospital do Subúrbio foi de absorver, de formar profissionais da região e que pudessem trabalhar aqui. Então assim uma das facilidades foi o trajeto do curso, a facilidade também do curso foi de oferecer condições para a gente estudar aqui, com materiais didáticos altamente gratuitos, transporte oferecido pelo curso. (ENTREVISTADO 07)

Outros fatores relevantes relatados pelo egresso acima como facilidades do curso foi o fornecimento, pela EFTS, de material didático e vale-transporte. Sobre isto, destaco a fala do entrevistado 01, uma vez que existe um esgotamento sobre a questão nas outras entrevistas.

O curso, para mim, foi um curso completo, porque ele me proporcionou a proximidade da minha casa, proporcionou transporte, todo o material didático, professores capacitados são... Ou seja, o principal mesmo foi essa proximidade. Porque a sede da EFTS, para a gente ir para lá era meio complicado. Eu mesmo tinha que pegar dois transportes para poder chegar lá: tinha que pegar um para o bairro do Iguatemi, do Iguatemi um que passasse lá no HGE. Aí, ou seja, era uma distância muito grande e, às vezes o engarrafamento multiplicava esse transtorno. E, por ter sido aqui, é... dez minutos, quinze minutos, no máximo, a maioria dos alunos já estava aqui. Com exceção, às vezes, de um que morava no início da Suburbana, tinha algumas dificuldades para passar quando o bairro da Plataforma engarrafava muito. Hoje não, hoje mudaram tudo aquele bairro ali, então facilita até para quem mora no início da Suburbana e para quem mora no final, para ter acessibilidade até aqui. E o curso realmente proporcionou isso tudo para a gente, a proximidade com a sala de aula. (ENTREVISTADO 01)

Na fala seguinte, observamos que o entrevistado 09 encontrou facilidade no processo de aprendizagem pela identificação cultural que ‘facilitava o diálogo’ com os moradores da região. Podemos neste quesito trazer a importância dos cursos formativos descentralizados para a formação de sujeitos críticos capazes de reconhecer as dimensões históricas, sociais e culturais de sua comunidade pelo diálogo. No meu entendimento, o reconhecimento entre pares a nível cultural possibilita a constituição de coletivos na conquista de direitos sociais. Para a educação profissional em saúde que deseja extrapolar o modelo tecnicista, centrado na doença e no médico, a relação social entre pessoas da mesma comunidade, permite uma visão mais ampliada do processo saúde-doença ao associar as condições de vida/ trabalho da população.

Na fala seguinte reafirmamos as facilidades do curso descentralizado, percebidas pelos egressos, relacionada, principalmente, aos fatores referentes à locomoção, e de forma tímida, a identificação cultural na comunidade capaz de promover o reconhecimento dos problemas em nível das condições de vida e seus determinantes.

[...] facilidade foi com relação a tudo né? Transporte, convívio com as pessoas que a gente... sabe assim mais ou menos/ tem assim na maioria das vezes que a maioria dos pacientes são moradores do Subúrbio até pra... A questão para dialogar no caso né? Com o paciente e também teve essa facilidade mais na questão da moradia como o hospital é aqui o curso era aqui a localidade ficava melhor pra mim com relação à distância tal e desenvolver, facilitou bastante facilitou bastante [...] (ENTREVISTADO 09)

Portanto, o que predominou nos relatos, como facilidade no processo de ensino-aprendizagem, foi o fato de o curso ser descentralizado, ou seja, ter acontecido dentro do hospital porque possibilitava estágios concomitantes as aulas teóricas. A integração teoria-

prática, prevista na proposta pedagógica do curso, assume principalmente na primeira etapa do curso, um caráter utilitarista uma vez que os estágios eram vistos apenas como campo de prática dos conhecimentos teóricos apreendidos em sala de aula. Assim, podemos destacar as seguintes falas:

O contato em si, dentro do próprio hospital, porque a gente tinha bastante acesso à prática. Quando eu tinha alguma dúvida mesmo, a gente tinha acesso à alguns aparelhos, à alguns utensílios que estavam dentro do próprio hospital. É... ter aquele contato direto com a regulação, com a classificação de risco com os estágios mesmo. E por ser próximo também da comunidade, ser mais próximo. (ENTREVISTADO 03).

O fato do curso ser aqui teve os professores que praticamente a maioria, no começo, era daqui. Aí nós tínhamos muita facilidade de conhecer os setores, de fazer os estágios e treinar. Na emergência, de fazer uma sondagem, de aprender uma sondagem, de aprender um... tudo que tem que aprender, um acesso, uma aspiração, era mais fácil. Até porque tem coisas que durante o estágio não era para um estagiário, até porque até hoje tem setor que não é nem para o técnico. (ENTREVISTADO 04)

A gente estudava... em in loco... tipo a gente estudava aonde a gente estagiava então o deslocamento [...] O curso foi muito interessante quando a você fala assim “olha a gente estudou e agora a gente vai colocar na prática a gente estudou a gente vai colocar na prática” então o fato da gente ter também acesso ao hospital foi muito interessante porque não ficava só na teoria a gente estudava uma ano e meio dois de curso e depois ficava seis meses estagiando uma coisa que a gente viu lá... no início não a gente estudava e botava em prática estudava... então eu acho que isso ajudou a fixar mais as informações que a gente estava absorvendo no período de conceito né? (ENTREVISTADO 10)

Em contraposição aos estágios da Unidade de Atenção Básica, referidos anteriormente, como insuficiente no desenvolvimento dos conhecimentos teóricos e práticos, inferimos que o curso desenvolvido no HS teve a intencionalidade manifestada nos discursos de atores do processo, citada pelos egressos, e praticada de forma adversa a proposta pedagógica da EFTS pela necessidade do hospital por trabalhadores com determinados níveis de competências para a ocupação de postos de trabalho.

Na educação em saúde, colaborando com as ideias de Ramos (2010) o trabalho só assume o seu princípio educativo quando penetra nas determinações sociais, resultantes do processo de produção da vida das pessoas que ocorre no âmbito da realidade determinada. O SUS para ser compreendido além de seu caráter assistencial deve ser posto, no processo educativo, em um universo mais amplo do conceito de saúde que advém de práticas sociais dos trabalhadores na conquista dos direitos (saúde, educação e trabalho) para todos, não apenas de forma a atender aos interesses capitalistas. Numa concepção restrita de educação em saúde, centrada no processo de trabalho individual e competente no saber para o fazer e o ser, não se produz

as condições objetivas e subjetivas que envolvem a produção humana, representadas pelas determinações econômicas, físico-ambientais, históricas e culturais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema da integração ensino-serviço-comunidade, nesta pesquisa, representa um ponto chave na discussão sobre educação profissional na Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis no Estado da Bahia. Na verdade, esse tema se constituiu, historicamente, como a concepção norteadora dos processos pedagógicos das Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo sempre foi romper com a naturalização do trabalho em saúde baseado na reprodução técnica e mecânica dos procedimentos aprendidos no cotidiano dos serviços.

Por meio desta concepção, a intencionalidade da proposta pedagógica procura aliar formação técnica à formação crítica e política dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde e para o Sistema Único de Saúde. No entanto, numa conjuntura de Estado baseada na propriedade privada, acumulação de riquezas e desigualdade social, as tensões entre o público e o privado, o direito e o privilégio, a inclusão e a exclusão se tornam presente nas políticas públicas brasileiras.

A saúde, a educação e o trabalho, inseridos neste cenário, necessitam de trabalhadores capazes de defender os interesses coletivos da população em detrimento dos interesses individuais que, através da exploração do trabalhador, visa apenas, o ganho e o acúmulo de capital para os que detêm os meios de produção. A saúde, acima de tudo, precisa ser vista como um valor humano maior, distante de concepções que a transformem em mercadoria baseada em valores de troca. Para tanto, o trabalhador, como cidadão, precisa olhar de forma crítica a sua condição histórica e social, inserida neste contexto, para que possa construir a participação e o controle, no coletivo, nas ações e serviços de saúde prestados a população.

Em vista disto, esta pesquisa teve como objetivo geral a análise da proposta pedagógica de um determinado curso técnico em enfermagem na formação de trabalhadores em saúde para contextos diversos dos serviços do SUS, marcado por avanços e contradições. No âmbito da formação, este estudo conseguiu alcançar seus objetivos não esgotando as discussões ético-políticas-pedagógicas que cercam o tema da Integração Ensino-Serviço-Comunidade, inerentes ao processo de implementação e desenvolvimento de ações educativas descentralizadas.

Neste propósito precisei, inicialmente, compreender como o Estado e a Sociedade Civil, no sistema capitalista, se relacionam para a construção das políticas sociais que visam a garantia dos direitos constitucionais de saúde, educação e trabalho. Acredito que este conhecimento se tornou imprescindível e fundamental para discutir as concepções de democracia e cidadania presente na Constituição, Leis, Decretos e Normas Públicas que estruturam a educação profissional em saúde.

Além disto, realizei, ainda, um resgate histórico da proposta pedagógica baseada na integração ensino-serviço-comunidade na conformação das ETSUS, iniciada na segunda metade da década de 1970. Em seguida, faço uma discussão sobre as teorias críticas e não-críticas na construção desta concepção pedagógica para, enfim, descrever e reconstruir, com base em documentos e relatos a organização do curso desenvolvido no Hospital do Subúrbio, uma vez que não participei diretamente de sua execução. Pela visão dos egressos, identifico as possibilidades e as dificuldades de implementação desta proposta, bem como as possíveis implicações do Hospital do Subúrbio no processo.

O principal problema desta pesquisa estava em encontrar e analisar contradições existentes na implementação de uma formação técnica em enfermagem, problematizadora da realidade, dentro de um cenário hospitalar, de Parceria Público-Privada, que demonstrava interesses por uma formação de técnicos que ocupassem os postos de trabalhos da instituição. Este aspecto específico presente desde a concepção do curso, relatado nas falas dos egressos, representou uma peculiaridade que, possivelmente, interferiu no desenvolvimento da proposta pedagógica, pelos enfermeiros do HS. A busca por contradições no processo desenvolvido representou o caminho para as respostas das perguntas de investigação desta pesquisa.

Quanto a construção dos conhecimentos teóricos relacionados à saúde, SUS e condições de vida/trabalho obtive em síntese, por categoria de análise, os seguintes resultados: diferentes conceitos de saúde com predomínio do conceito de saúde subjetivo da Organização Mundial de Saúde (OMS); o SUS visto principalmente pelo princípio da universalidade e igualdade; e as condições de vida/ trabalho confundidas com seus 'estilos de vida' das pessoas.

Assim, nesta primeira unidade temática discutido, nesta pesquisa, com base em Paim (2009), concluímos que, nas relações estabelecidas pelos egressos sobre conceito de saúde, SUS e condições de vida/trabalho discutidos no curso, ficou compreendido em uma dimensão superficial e pragmática ao relacioná-lo as determinações individuais, característico do estilo de vida das pessoas. Suponho que esta estruturação ocorre em torno dos conhecimentos ideologicamente prevalentes em nossa sociedade. Os ideários neoliberais, nesta conjuntura, afasta o sujeito do reconhecimento histórico-social dos problemas e os aproxima dos fatores

individuais que os responsabiliza pelas mazelas do sistema. Observamos, assim, que não houve uma reflexão mais crítica sobre os problemas e as necessidades de saúde associada as determinação sociais do processo saúde-doença.

Esta dissociação observada na relação entre o conceito de saúde e as condições de vida/trabalho sugere que os educandos não avançaram no conhecimento teórico sobre o tema discutido a ponto de alcançar um dos objetivos do curso. Este fato nos induz a refletir, baseado na análise dos dados, sobre a importância da experiência profissional e conhecimentos especializados e pedagógicos no exercício da docência. Podemos questionar, ainda, sobre o direcionamento ético-político da proposta pedagógica, baseada na Integração Ensino- Serviço- Comunidade, que interferiu na execução problematizadora da prática social dos sujeitos. Questões a serem aprofundadas em outras pesquisas.

Na discussão sobre o SUS prevaleceu o conceito baseado no senso comum do SUS para ‘pobres’ com citação de alguns dos seus princípios e diretrizes. Curiosamente, a descentralização e o controle social foram os menos citados demonstrando a sua desvalorização ou o seu desconhecimento pelos egressos. Sobre isto, chamo a atenção para a fala de uns egressos que diz não existir participação da população nos conselhos e conferências de saúde pelo desconhecimento ou a falta de informação sobre o seu funcionamento.

O Hospital do Subúrbio constitui o cenário em que o curso técnico em enfermagem foi desenvolvido na modalidade descentralizada, mas com utilização de laboratório de práticas e biblioteca no espaço físico da escola. O hospital, instituição pública conveniada ao SUS, sob o comando de uma empresa privada, atuou como parceira da EFTS ao possibilitar a utilização do seu espaço físico, recursos materiais e humanos no processo formativo. No entanto, mostrou-se na pesquisa, que a instituição não tinha espaços físicos adequados para a utilização da metodologia problematizadora, necessitando de improvisos por parte de educadores e educandos, para as aulas teóricas e práticas.

Quanto a natureza do atendimento hospitalar, alguns egressos fizeram comparações sobre a sua característica individual em detrimento daqueles prestados nas Unidades Básicas de Saúde de caráter coletivo ao atender por ‘grupo alvo’. Foi reconhecido e valorizado por ser uma instituição que atende pelo sistema de ‘portas abertas’, com características de hospital privado que realiza todos os tipos de atendimento de média e alta complexidade, triado pelo serviço de acolhimento por classificação de risco. Observamos que houve reconhecimento dos níveis de atenção a saúde por alguns egressos que informaram o não esclarecimento da população quanto ao serviço prestados por esta instituição. Outros egressos relataram que o hospital torna-se para a população uma primeira opção de atendimento devido a falta de

Unidade Básicas de Saúde e Unidades de Pronto Atendimento próximo a localidade em que mora, que disseram ser mal distribuídas na região.

Dentre as possíveis implicações na proposta pedagógica do curso executado, discutimos, nesta pesquisa, seu viés pragmático pelo direcionamento dado a prática profissional do hospital. O objetivo da gestão hospitalar, desde o início do curso, era formar técnico em enfermagem para ocupação dos postos de trabalho desta instituição. Formação para ser trabalhador do hospital ou trabalhador do SUS? Este dilema fez parte do processo de desenvolvimento deste curso, segundo consta os documentos e as falas dos egressos. A constatação do problema levou a substituição dos docentes, pela EFTS, e realização de estágio extracurricular, pelo hospital, destinados aos educandos deste curso.

Diante disto, podemos fazer algumas observações:

- Após o processo de seleção dos bolsistas para estágio extracurricular, só permaneceram no curso os dezesseis educandos selecionados. Neste momento, houve a saída de dois educandos por não querer a participação e três educandos por serem considerados ‘não recomendados’ pela coordenação do curso no hospital.
- Todos os educandos que fizeram o estágio extracurricular foram admitidos na instituição, sugerindo uma relação entre estes processos.
- A proposta inicial do curso em “fazer a mão de obra do hospital”, relatado por alguns egressos, constitui, em determinado momento do curso, proposta pedagógica norteadora das ações educativas. Deduzimos, assim, o caráter utilitarista deste curso ao formar trabalhadores em saúde, moradores do Subúrbio Ferroviário, para serem contratados pelo hospital ao final do curso.
- A proposta pedagógica do curso foi vista como ‘treinamento’ para execução de práticas, normas e rotinas, aproximando à pedagogia bancária, discutida em Freire (2006).

De uma forma geral, Ramos (2009a; 2010) afirma que a educação profissional em saúde nas Escolas Técnicas do SUS, se desenvolveu com base na epistemologia pragmatista expressa no movimento escolanovista e na opção metodológica da problematização. Neste sentido, a relação professor-aluno assume uma posição de igualdade e a relação teoria-prática fica caracterizada pela função da primeira sobre a segunda.

Num sentido contrário, Ramos (2009) diz que o pensamento freiriano deve ser visto pelo viés do existencialismo para se constituir uma pedagogia crítica. Na perspectiva de transformação social, as bases ideológicas precisam fazer parte da formação política do

sujeito para que ele reconheça a sua condição de exploração, como trabalhador, no modo de produção que estruturam as relações sociais vigentes.

Portanto, a formação crítica e política do trabalhador fica sustentada pelo pensamento freiriano. Os processos formativos ao incorporar os conhecimentos sobre a prática social do trabalhador em saúde, aliada aos princípios e diretrizes do SUS e o conceito ampliado de saúde, visa a sua criticidade diante do mundo, das formas de opressão e a sua condição de oprimido. O empoderamento político de trabalhadores do SUS ocorre quando estes conhecimentos são problematizados e contextualizados a sua realidade social e cultural, em seu território, diante das determinações do processo saúde-doença.

Ao chegar ao final deste mestrado sinto o fechamento de um ciclo formado por grandes desafios, grandes amigos e imensas aprendizagens. Foi uma trajetória difícil que deixou-me inicialmente muito confusa por todos aqueles conhecimentos virem com uma visão mais crítica sobre o mundo. A formação técnica de enfermeira e outras especializações não geraram tanto impacto em minha vida pessoal e profissional. Talvez porque desejei muito estar neste lugar de mestranda em educação profissional, ou por que consegui associar a teoria e a prática pedagógica e em saúde contextualizada ao cenário econômico, mercadológico, em que nos encontramos.

No início enfrentei muitas resistências internas pela ingenuidade no modo em ver as desigualdades sociais entre pessoas, povos e nações; as articulações políticas poderosas em benefícios de poucos, a favor do mercado; a exploração do trabalhador informal ou assalariado; os discursos ideológicos divulgados na mídia com intencionalidades políticas, entre outras. Estas são algumas das questões que deram voltas em minha mente, dia e noite, fazendo-me pensar de forma pessimista tudo que estava em minha volta. Foram momentos de ansiedade e desespero que encontraram refúgio nas leituras de Paulo Freire que fala de autonomia e oprimidos, mas também de esperança. Ele diz sobre a necessidade da esperança e do sonho para a existência humana e a necessária luta para fazê-la melhor. Segundo ele, a esperança é uma necessidade ontológica, pois sem um mínimo de esperança não podemos sequer começar o embate.

Ao concretizar este trabalho de pesquisa sinto que tenho muito ainda a aprender. O conhecimento não se encerrou, aliás, ele não se encerra numa pesquisa. No entanto, para perseguí-lo, hoje, posso dizer que tenho uma linha ideológica e filosófica de caráter histórica e transformadora. Vejo que preciso do outro para me constituir sujeito e que somos a conformação de um caminho familiar e social percorrido em experiências vivenciadas e ações desen-

volvidas. Somos responsáveis por este processo, que não fazemos no esforço solitário, mas em projetos coletivos em prol de uma vida digna para todos.

REFERÊNCIAS

ARROYO, M. G. Pedagogia do oprimido. In: CALDART, R. S.; PEREIRA, I.; ALENTEJANO, P.; FRIGOTTO, G. **Dicionário da Educação do Campo**. 3 ed., Rio de Janeiro: EPSJV, 2013.

AZEVEDO, L. A. SHIROMA, E. O; COAN, M. As políticas públicas para a educação profissional e tecnológica: sucessivas reformas para atender a quem? B. Téc. Senac: **a R. Educ. Prof.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 27-40, mai-ago. 2012

BAHIA, L. O SUS e os Desafios da Universalização do Direito à Saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, N. T.; , GERSCHMAN S; EDLER F. C; SUÁREZ J. C. (org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, p. 407-449.

_____. A. Démarche do privado e público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1988-2008. In: MATTA, G. (Org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2008.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Recursos Humanos. Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis. **Regimento Interno Escolar**. Salvador, 2004.

_____. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Recursos Humanos. Escola de Formação Técnica em Saúde. **Projeto Político Pedagógico**. Salvador, 2007.

_____. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Recursos Humanos. Escola de Formação Técnica em Saúde. **Plano de Curso de Habilitação Profissional de Técnico de Enfermagem**. Salvador, 2009.

_____. Fundação Estatal Saúde da Família – FESF-SUS. **Prestação de contas ordinárias anual: Relatório de Gestão Exercício de 2011**. Salvador, 2011.

_____. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Recursos Humanos. **Política Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do SUS Bahia**. Salvador, 2012a.

_____. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 36, supl. 1, p. 165, dez. 2012b.

_____. Secretaria da Saúde. **Relatório de Gestão da Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis**. Salvador: SUPERH/EFTS, 2013.

_____. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia Superintendência de Recursos Humanos. Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis. **Relatório final da coordenação do curso técnico em enfermagem do Hospital do Subúrbio**. Salvador, SUPERH/EFTS, 2014a.

_____. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Recursos Humanos. Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis. **Relatório de acompanhamento do processo de ensino-aprendizagem**. Salvador, 2014b.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011, 229 p.

BASSINELLO, G. A. H.; BAGNATO, M. H. S. Os primórdios do Projeto Larga Escala: tempo de rememorar. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n 4, p. 620-626, Ago. 2009a.

BASSINELLO, G. A. H; BAGNATO, M. H. S. Projeto larga escala: uma análise a partir da bibliografia existente. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 816-818, Mar. 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferencia Nacional de Saúde**: Relatório final. Brasília, 1986.

_____. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. 292 p.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

_____. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (MARE). **Plano diretor da reforma do aparelho do Estado**. Brasília: MARE, 1995. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2015.

_____. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez. 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de saúde: Enfermagem**: Livro do Tutor. 2 ed. Revisada e ampliada. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.189, de 18 de dezembro de 2009. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS). **Diário Oficial da União**. Brasília: MS, 2009.

_____. Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Educação Básica. **Atualização das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio**. Brasília: CNE.CEB, 2011.

CAMPELLO, A. M. Dualidade educacional. In: LIMA, J. C. F; PEREIRA, I. B. (orgs.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009, p. 136-140.

- CARRERA, M. B. M. **Parceria Público-Privada na Saúde no Brasil**: Estudo de caso do Hospital do Subúrbio de Salvador – Bahia. 2012. 106 f. Dissertação (mestrado). Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2012.
- CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação Permanente em Saúde. In: LIMA, J. C. F; PEREIRA, I. B. (Orgs.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.
- CHINELLI, F; VIEIRA, M; DELUIZ, N. O conceito de qualificação e a formação para o trabalho em saúde. In: MOROSINI, M. V. G. C., et al (Orgs). **Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013.
- CIAVATTA, M. A formação integrada: a escola e o trabalho como lugares de memória e de identidade. In: FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M; RAMOS, M. (Orgs.). **O ensino médio integrado**. Concepção e contradições. São Paulo: Cortez, 2005.
- CIAVATTA, M; RAMOS, M. A "era das diretrizes": a disputa pelo projeto de educação dos mais pobres. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 49, p. 11-37, Abr. 2012.
- COELHO, S. L. B. Pedagogia de problemas. In: PEREIRA, I. LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz. 2 ed. 2009.
- DAVINI, M. C. Currículo integrado. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor**. Brasília: Ministério da Saúde; 1994.
- DELORS, J. **Educação: um tesouro a descobrir**. 2 ed. São Paulo: Cortez: Brasília, DF, 2003.
- DONNANGELO, M. C. F. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- FALLEIROS I.; LIMA, J. C. F. A constituição e o Sistema Único de Saúde- Saúde como direito de todos e dever do Estado. In: PONTE, C. F; FALLEIROS, I. (Orgs.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 239- 246.
- FAPEX. Fundação de Apoio à Pesquisa e Extensão. **Contrato de gestão nº 032**. Salvador, 2010.
- FLEURY, S.. Reforma do Estado, Seguridade Social e Saúde no Brasil. In: MATOS, G. C.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafio em 20 anos do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz/ EPSJV, 2008, p. 49-85.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 44 ed. 2013.
- FRIGOTTO, G. Trabalho. In: LIMA, J. C. F; PEREIRA, I. B. (orgs.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 399-404.
- FRIGOTTO, G; CIAVATTA, M. Trabalho como princípio educativo. In: CALDART, R. S.; PEREIRA, I.; ALENTEJANO, P.; FRIGOTTO, G. **Dicionário da Educação do Campo**. 3 ed., Rio de Janeiro: EPSJV, 2013

FONTES, V. Democracia. In: CALDART, R. S.; PEREIRA, I.; ALENTEJANO, P.; FRIGOTTO, G. **Dicionário da Educação do Campo**. 3 ed., Rio de Janeiro: EPSJV, 2013. p. 190-198.

GOTTEMS, L. B. D.; ALVES, E. D.; SENA, R. R. A enfermagem brasileira e a profissionalização de nível técnico: análise em retrospectiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, p. 1033-1040, Out. 2007.

HARVEY, D. **O Neoliberalismo**: história e implicações. Tradução: SOBRAL, A.; GONÇALVES, M. S. São Paulo: Edições Loyola, 2008.

KUENZER, A. Z. **Da dualidade assumida à dualidade negada**: o discurso da flexibilização justifica a inclusão excludente. *Educ. Soc.*, Campinas, v. 28, n. 100, p. 1153-1178, Out. 2007.

LIMA, J. C. F.; BRAGA, I. F. **Memória da educação profissional em saúde**. Anos 1980-1990. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2006. Disponível em <http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/EPSJV-FIOCRUZ/Memorias_educacao_profissional.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2015.

LIMA, J. C. F. **Política de saúde e formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem**. 2010. Tese (doutorado). Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

LOBATO, L. V. C. **Políticas sociais e de saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M.. **Fundamentos de metodologia científica**. 5.ed. São Paulo: Atlas 2003

MARTINS, M. I. C.; MOLINARO, A.. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1667-1676, Jun. 2013.

MENDONÇA, S. R. **Sociedade Civil em Gramsci**: venturas e desventuras de um conceito. 2013a Disponível em: <<http://www.historia.uff.br/estadoepoder/7sneq/docs/001.pdf>> Acesso em: 02 dez 2014.

_____. Estado. In: CALDART, R. S.; PEREIRA, I.; ALENTEJANO, P.; FRIGOTTO, G. **Dicionário da Educação do Campo**. 3 ed., Rio de Janeiro: EPSJV, 2013b. p. 347- 352.

MENICUCCI, T. M. G. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. In: **Gestão Pública e relação Público Privado na saúde**. Rio de Janeiro, RJ: CEBES, 2010, p. 180-195.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed., São Paulo: HUCITEC, 2013.

MOREIRA, M. A.; MASINI, E. F. S. **Aprendizagem Significativa** – A Teoria de David Ausubel. São Paulo: Centauro, 2001.

MOROSINI, M.V.G.C. **A política de formação dos agentes comunitários de saúde: memória de uma formulação em disputa nos anos 2003-2005**. Dissertação 222 f [Mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009.

OCKÉ-REIS, C. O. **SUS: O desafio de ser único**. In: Santos, N. R; AMARANTE, P. D. C. **Gestão Pública e relação público-privado na saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010, p. 101-114.

PAIM, J. S. **O que é SUS?** Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ, 2009. 148p.

_____. **A Reforma Sanitária e o CEBES**. Rio de Janeiro, RJ: CEBES, 2012.

PAIM J. S., et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Revista the Lancet**, 2011.

PEREIRA, I. B; RAMOS, M. N.. **Educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

PEREIRA, I. B. Histórico da Educação Profissional em Saúde. In: FERREIRA, A. F.; STAUFFER, A. B. (Orgs). **Coleção Educação Profissional e docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 155-187.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 53, n. 2, p. 251-263, Jun 2000.

RAMOS, M. N. **A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?** São Paulo: Cortez, 2001.

_____. Possibilidades e desafios na organização do currículo integrado. In: FRIGOTTO, G, CIAVATTA, M, RAMOS, M N. (Orgs.). **Ensino Médio Integrado: concepção e contradições**. São Paulo: Cortez, 2005a. p. 106-127.

_____. A integralidade da atenção e na formação dos sujeitos: desafios para a educação profissional em saúde. In: PINHEIROS, R.; MATTOS, R. (Org.). **Construções sociais da demanda**. Rio de Janeiro: IMS-UFRJ. 2005b. p. 207- 224.

_____. **Concepções e princípios do ensino médio integrado**. Brasília, 2008.

_____. Pedagogia das Competências. In: LIMA, J. C. F; PEREIRA, I. B. (orgs.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009a. p. 299-305.

_____. Educação pelo trabalho: possibilidades, limites e perspectivas da formação profissional. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 55-59, jun. 2009b.

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

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

_____. Filosofia da práxis e práticas pedagógicas de formação de trabalhadores. **Trabalho & Educação**, Belo Horizonte, v.23, n.1, p. 207-218. Jan-abr., 2014.

REIS, J. R. F. Saúde pública e medicina previdenciária: complementares ou excludentes. In: PONTE, C. F; FALLEIROS, I. (Orgs.). **Na corda bamba de sombrinha**: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. p. 221- 236.

RIZZOTTO, M. L. F. Neoliberalismo e Saúde. In: LIMA, J. C. F; PEREIRA, I. B. (orgs.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

SAVIANI, D. **História das ideias pedagógicas no Brasil**. Campinas: Autores Associados, 2007.

_____. **Escola e democracia**. Campinas, SP: Autores Associados, 2008.

SILVA, T. T. **Documentos de Identidade**: uma introdução às teorias do currículo. 3 ed. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2014.

SOARES, A. A. C. “**Territorialização**” e **pobreza em salvador – BA**. Estudos Geográficos, Rio Claro, 2006. p.17-30. Disponível em:
<www.rc.unesp.br/igce/grad/geografia/revista.htm>. Acesso em: 09 out 2015.

VIEIRA, M. As políticas de Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde e o Agente Comunitário de Saúde. In: FERREIRA, A. F.; STAUFFER, A. B. (Orgs). **Coleção Educação Profissional e docência em saúde**: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

VIERIA, M.; CHINELLI F. Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS. Rio de Janeiro, **Ciência e Saúde Coletiva**, v.18, n. 6, Jun. 2013.

APÊNDICES

APENDICE A – Roteiro para entrevista individual

Tema: Integração teoria-prática (Como a foi desenvolvida, no curso, os conceitos teóricos sobre saúde, o SUS e a relação com prática de enfermagem dentro do HS?)

1. Como base nos conhecimentos adquiridos no curso, qual o seu entendimento sobre Saúde?
2. Como base nos conhecimentos adquiridos no curso, qual o seu entendimento sobre Sistema Único de Saúde?
3. Quais princípios e/ou diretrizes do SUS você visualiza na sua prática de enfermagem no Hospital do Subúrbio?
4. Como o conceito sobre saúde e o SUS está relacionado ao seu processo de trabalho dentro do HS?
5. Qual (is) área (s) de conhecimento (s) e/ou estágios, ministrados durante o curso, ajudou você a compreender o conceito de saúde e o SUS?
6. Quais atividades teóricas e práticas, desenvolvidas no curso, possibilitaram relacionar estes conhecimentos ao cotidiano do trabalho? Cite um exemplo que demonstre esta relação.
7. Quais dificuldades de aprendizagem foram sentidas por você durante o curso? Qual motivo você associa a esta dificuldade?

Tema: Integração ensino-serviço (De que forma o serviço de enfermagem do HS, durante o curso, possibilitou relacionar os conhecimentos sobre saúde e o SUS às condições de vida da comunidade?)

1. Como os conhecimentos apreendidos no curso estão relacionados ao serviço de saúde prestado pelo Hospital do Subúrbio?
2. Quais as facilidades, você conseguiu visualizar ou sentir no processo de ensino-aprendizagem durante a operacionalização das ações formativas da escola no HS?
3. Quais as dificuldades você conseguiu visualizar ou sentir no processo de ensino-aprendizagem durante a operacionalização das ações formativas da escola no HS?
4. Como o processo de ensino-aprendizagem da escola possibilitou a sua admissão nos serviços de saúde do HS?

5. Quais conhecimentos, atitudes e habilidades, desenvolvidas por você durante o curso, foram fundamentais para o seu processo de trabalho nos serviços de saúde do HS?

Tema: Integração ensino-comunidade (Quais relações foram construídas, na educação em saúde, entre as condições de vida e de trabalho da comunidade do Subúrbio Ferroviário, o conceito de saúde e o Sistema Único de Saúde?)

6. O que você compreendeu, a partir das discussões na comunidade, sobre as condições ou modos de vida e de trabalho na sua comunidade do Subúrbio Ferroviário?
7. Como o conceito de saúde está relacionado às condições ou modos de vida do Subúrbio Ferroviário?
8. Como o serviço de saúde do HS atende as necessidades da saúde da sua comunidade, considerando seu entendimento sobre condições de vida e de trabalho do Subúrbio Ferroviário?
9. De que forma o serviço de saúde do Hospital do Subúrbio aplica os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde no atendimento à saúde da população do Subúrbio Ferroviário?
10. De que forma o curso contribuiu para seu reconhecimento e integração como profissional da saúde à sua comunidade?

Perguntas para conhecer mais sobre a relação do egresso com o ensino da EFTS e o serviço do HS

1. O que você esperava do curso de Habilitação Profissional em Técnico de Enfermagem?
2. O curso atendeu as suas expectativas em relação aos conhecimentos, atitudes e habilidades adquiridos?
Sim
Não
Por quê?
3. Quais conhecimentos no curso foram mais significativos para a sua prática profissional? E quais poderiam ser retirados do processo?
4. Qual significado o curso teve para sua vida

APENDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO⁴⁰

Projeto de Pesquisa: A Integração Ensino-Serviço-Comunidade no curso de Habilitação Profissional em Técnico de Enfermagem da ETSUS/BA em um hospital público sob modelo de gestão privado: limites e possibilidades na perspectiva dos egressos.

Instituição: Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Fundação Oswaldo Cruz. Avenida Brasil, 4365 – Manguinhos – EPSJV, sala 322.

Pesquisador responsável: Pesquisadora: Renata Alexandrina Mendonça Mineiro Pereira Braga. Orientadora: Júlio César França Lima
Endereço da pesquisadora: Rua Salgueiro, 782. Ap. 2301, CD. Residencial Lumno, Torre Éris, Patamares, Salvador/BA
CEP 41680-111

Telefone para contato: 71 98748 7947

Prezado (a) Senhor (a) _____

Você está sendo convidado para participar da pesquisa cujo tema é: A Integração Ensino-Serviço-Comunidade no curso de Habilitação Profissional em Técnico de Enfermagem da ETSUS/BA em um hospital público sob modelo de gestão privado: limites e possibilidades na perspectiva dos egressos. Você foi selecionado para participar desta pesquisa por ter participado como discente do curso de Habilitação Profissional em Técnico de Enfermagem realizado durante o período de 2011 a 2014, e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou a instituição. O objetivo deste estudo é analisar a aprendizagem significativa e a problematização realizada no referido curso que ocorreu dentro de um Hospital sob modelo de gestão público-privado, considerando a construção histórica do princípio da integração Ensino-Serviço-Comunidade nas Escolas Técnica do SUS da Bahia, sob a perspectiva do Projeto Larga Escala, PROF AE e a Política Nacional de Educação Permanente.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar do grupo focal a fim de responder, de forma espontânea, as questões que foram elaboradas como roteiro para direcionar nosso diálogo. Não haverá riscos relacionados com sua participação. A sua identidade será guardada. As informações obtidas por meio desta pesquisa serão publicadas e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação de acordo os princípios contidos na Resolução 466/2012 do

⁴⁰Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV/Fiocruz – Avenida Brasil, 4365 – Manguinhos – EPSJV, sala 316 / Tel.: (21) 3865-9710 – e-mail: cep@epsjv.fiocruz.br.

Conselho Nacional de Saúde Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Renata Alexandrina M. M. Pereira Braga
(Pesquisadora)

Declaro que entendi os objetivos, riscos de minha participação, e concordo, voluntariamente, em participar.

Nome e assinatura do participante

ANEXOS

ANEXO A – Questionário de avaliação do processo de aprendizagem-curso técnico em enfermagem

Olá alunos do curso de formação em Técnico em Enfermagem do Hospital do Subúrbio! Para a EFTS é muito importante conhecer como está sendo o seu processo de aprendizagem para poder torná-lo cada vez mais significativo. A avaliação nos permitirá o aprimoramento de nossas atividades pedagógicas. Assinale com um "X" o conceito que corresponde a sua satisfação:

Legenda: R (regular), B (bom), O (ótimo) I (insatisfatório)

QUANTO AOS PROFESSORES	I	R	B	O
Conhecimento e domínio do conteúdo				
Habilidades em motivar e favorecer o aprendizado do grupo				
Criatividade				
Metodologia utilizada				
Relacionamento com o aluno				
Relacionamento com a equipe de saúde				
Habilidade técnica				
Assiduidade				
Pontualidade				
OBS:				
Qual Professor você gostaria que continuasse no curso? Justifique:				
Qual professor você considera não ter condições de continuar no curso? Justifique				
QUANTO A VOCÊ	I	R	B	O
Participação e envolvimento nas atividades				
Pontualidade				
Assiduidade				
Nível de interesse				
Iniciativa				
Crescimento individual				
Habilidade em desenvolver as atividades propostas				
Interação entre o conhecimento e a prática				
OBS:				
Quais as técnicas de enfermagem você se sente seguro para realizar até o momento?				

Quais técnicas de enfermagem você não teve a oportunidade de vivenciar?				
Quanto ao campo de Estágio	I	R	B	O
Oportunidades de realizar técnicas				
Relacionamento com a equipe de saúde				
Materiais				
Localização				
OBS:				

Comente o que desejar

ANEXO B – Fichas de acompanhamento dos alunos nos estágios do módulo I

FICHA DE AVALIAÇÃO DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**ALUNO:** _____**ESTÁGIO: Módulo I – Aspectos Fundamentais da Saúde Coletiva****LOCAL (1):** _____ **PERÍODO:** _____ **CARGA HORÁRIA:** _____ **INSTRUTOR:** _____**LOCAL (2):** _____ **PERÍODO:** _____ **CARGA HORÁRIA:** _____ **INSTUTORES:** _____

Aspectos atitudinais e éticos – Saber ser		SIM	NÃO	PARCIAL	NO	OBSERVAÇÃO	Ass.: Instrutor/ Aluno
1.	Está presente em todas as unidades						
2.	Chega no horário diariamente						
3.	Tem compromisso com as atividades assumidas (interesse e responsabilidade)						
4.	É participativo e colaborativo						
5.	Tem bom relacionamento interpessoal com os colegas, instrutor, equipe e usuários						
6.	Tem controle emocional no desempenho das atividades						
7.	Tem boa apresentação pessoal						
8.	Tem iniciativa						
Aspectos cognitivos e habilidades – Saber fazer		SIM	NÃO	PARCIAL	NO	OBSERVAÇÃO	Ass.: Instrutor/ Aluno
1.	Identifica e relaciona problemas de saúde com o modo de vida da população						
2.	Realiza educação em saúde com o usuário e comunidade						
3.	Realiza atendimento ao usuário de forma humanizada						
4.	Aplica os princípios e diretrizes do SUS na sua prática						
5.	Desempenha suas atividades observando os princípios científicos						

6.	Distingue as características e particularidades de funcionamento das unidades de saúde.					
7.	Realiza a sua prática observando os princípios de biossegurança					
8.	Realiza suas atividades observando o Código de Ética de enfermagem					
9.	Realiza corretamente a técnica de verificação de temperatura					
10.	Realiza corretamente a técnica de verificação do pulso					
11.	Realiza corretamente a técnica de verificação da respiração					
12.	Realiza corretamente a técnica de verificação da pressão arterial					
13.	Realiza triagem dos cartões de vacina					
14.	Realiza corretamente a técnica de injeção IM					
15.	Realiza corretamente a técnica de injeção SC					
16.	Realiza corretamente a técnica de administração medicação VO					
17.	Realiza corretamente a técnica de higienização simples das mãos					
18.	Identifica as formas corretas para acondicionamento e conservação dos imunobiológicos.					

LEGENDA: S – sim / N – não / P – parcial / NO – não oportunizado COORDENADOR (A) LOCAL: _____

COMPETÊNCIAS	MÓDULO I – Aspectos Fundamentais da Saúde Coletiva	Apto	Não apto
Competência – 1:	Desenvolver em equipe ações de promoção à saúde e prevenção de riscos e agravos, visando a melhoria da qualidade de vida da população.		
Competência – 2:	Organizar o seu próprio trabalho, considerando a natureza, as finalidades, os resultados e os riscos das ações a serem realizadas.		
Competência – 3:	Realizar ações de observação, coleta de dados e registro de informações pertinentes aos cuidados de enfermagem, interagindo com a equipe multidisciplinar, com o usuário e seus familiares.		
Competência – 4:	Atuar em equipe no desenvolvimento das atividades de planejamento e avaliação das unidades de saúde.		

ANEXO C – Ficha de caracterização do aluno curso de técnico em enfermagem

FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DO ALUNO

01- Identificação

Nome:		Sexo:	Data Nascimento:	
Natural de:		UF:	Nacionalidade: <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> estrangeira <input type="checkbox"/> naturalizado	
RG:	CPF:	Grupo Sanguíneo:	Fator RH:	

02-Endereço Residencial

Av./Rua:			Nº
Bairro:	Município:		UF:
Fone:	Celular	Email:	
Ponto de referência:			
Outro telefone para contato:			

03- Qual é sua religião?

1. <input type="checkbox"/> Evangélica	2. <input type="checkbox"/> Católica	3. <input type="checkbox"/> espírita	4. <input type="checkbox"/> Outras. Especificar	5. <input type="checkbox"/> sem religião
--	--------------------------------------	--------------------------------------	--	--

04- Você mora com:

1. <input type="checkbox"/> Só	2. <input type="checkbox"/> Pais	3. <input type="checkbox"/> Parentes	4. <input type="checkbox"/> Esposo (a)	5. <input type="checkbox"/> outros. Especificar
--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--	--

05- Realiza ou realizou outros cursos profissionalizantes?

1. <input type="checkbox"/> não	2. <input type="checkbox"/> sim. Qual?
---------------------------------	--

06- Tem conhecimentos de informática?

1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> não
---------------------------------	---------------------------------

07- Tem acesso a internet?

1. <input type="checkbox"/> Casa	2. <input type="checkbox"/> Amigos	3. <input type="checkbox"/> Trabalho	4. <input type="checkbox"/> Só na escola	5. <input type="checkbox"/> Lan House	6. <input type="checkbox"/> não tenho acesso
----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------	--

08- Situações de trabalho

1. <input type="checkbox"/> Emprego Formal	Instituição: Horário: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N	Função:
2. <input type="checkbox"/> Emprego Informal	Atividade: Horário: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N	
3. <input type="checkbox"/> não está trabalhando	4. <input type="checkbox"/> nunca trabalhou	

09- Qual o meio de transporte e tempo gasto para vir a escola?

10- Numero de filhos e idade:

1.() Sim	2. () não	3.() qual:
----------	-----------	------------

11- Faz uso de alguma medicação?

1. () Sim	2.() não	3.() especifique:
-----------	----------	-------------------

12- Tem alergia a algum medicamento?

13- Tem algum problema de saúde? Especifique.

14- Realiza alguma atividade física ou de lazer? Especifique:

15- Expectativas do curso

ANEXO D – Avaliações dos estágios (módulo I e unidade I do modulo II)

AVALIAÇÕES DO DESENVOLVIMENTO NA TEORIA (MODULO I E UNIDADE I DO MODULO II)

CURSO DE HABILITAÇÃO PROFISSIONAL EM TÉCNICO EM ENFERMAGEM

HOSPITAL DO SUBÚRBIO

AVALIAÇÕES DOS ESTADOS (MÓDULO I E UNIDADE I DO MODULO II)

AVALIAÇÕES DO DESENVOLVIMENTO NA TEORIA (MODULO I E UNIDADE I DO MODULO II)

OBSERVAÇÃO: Sinalizar ao grupo que, ao entregar as avaliações:

- 1- Ler, analisar e avaliar – fazer as considerações quando estiver comigo.
- 2- Cuidado com os comentários não éticos. Nada de expor o colega, o professor, etc. Não vou permitir esse tipo de comentário. Exceto se for feito de forma positiva, sem denegrir a imagem de ninguém. Ao concordar, assinem nos locais das avaliações.
- 3- Não considerarei, mas nenhum excesso de faltas! Tenho o controle total de quem falta de quem entrega os trabalhos em dias. Já conheço o perfil de cada um, sei exatamente quem precisa melhorar. Portanto, considere tudo o que eu for pontuar para cada um!
- 4- As avaliações dos estágios são de responsabilidade das professoras. Portanto, tudo o que eu for pontuar será um repasse daquilo que elas discutirem – exceto a minha percepção de cada um, que já tenho e vou pontuar.
- 5- Avaliações às vezes são subjetivas. O aluno precisa se avaliar. Uma nota não quer dizer nada! Eu preciso ter a certeza do que eu sei, e não do que o professor tem a meu respeito – certo? Portanto, reavalie isso o tempo todo!

1ª AVALIAÇÃO GERAL			2ª AVALIAÇÃO GERAL		
	Teoria e Prática: módulo I e unidade I do modulo II	Resultado	Teoria e Prática: modulo II (unidades II, III, IV V)	Resultado	Resultado final

ANEXO E – Matriz curricular do curso técnico em enfermagem

HABILITAÇÃO PROFISSIONAL EM TÉCNICO DE ENFERMAGEM	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL EM AUXILIAR DE ENFERMAGEM	Carga Horária			
		MÓDULO I	Concentração	Dispersão	TOTAL
		Analisando o processo saúde doença, as políticas públicas de saúde, o processo de trabalho em saúde e de enfermagem, para o desenvolvimento de ações de promoção e proteção à saúde, como estratégia de transformação e organização das práticas sanitárias e ambiental.	304	90	394
		Subtotal Módulo I	304	90	394
		Carga Horária			
		MODULO II	Concentração	Dispersão	TOTAL
		Promovendo, protegendo e recuperando a saúde de indivíduos e grupos específicos.	496	310	806
		Subtotal Módulo II	496	310	806
		Subtotal Módulo I e Módulo II	800h	400h	1200h
		Carga Horária			
Modulo III	Concentração	Dispersão	TOTAL		
Participando do planejamento local, das atividades de educação permanente e da vigilância em saúde na atenção básica e na assistência de alta complexidade.	400 h	200 h	600		
Subtotal Módulo III	400 h	200 h	600		
Total de Carga Horária dos Módulos	1200 h	600 h	1800 h		

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Superintendência de Recursos Humanos, Escola de Formação Técnica em Saúde, 2009.

ANEXO F – Plano de dispersão do curso de técnico em enfermagem

	Módulos I, II e III	Carga Horária	Momento de Dispersão	Locais	Estrutura	Avaliação
Módulos I, II e III	Analisando o processo saúde doença, as políticas públicas de saúde, o processo de trabalho em saúde e em enfermagem, para o desenvolvimento de ações de promoção e proteção à saúde, como estratégia de transformação e organização das práticas sanitárias e ambiental.	90 horas	<ul style="list-style-type: none"> • A dispersão do Módulo I ocorrerá após o término da Unidade VIII. • Considerar a carga horária de cinco horas para a dispersão na atenção básica e comunidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Unidades de saúde de atenção básica, (centros de saúde, unidades de saúde da família, unidades de referência estadual, centros de atenção a usuários. • Comunidade subentendida por equipes sociais (escolas, creches, associações, sindicatos, domicílios, asilos, fábricas, empresas e outros. 	<ul style="list-style-type: none"> • As turmas são subdivididas em grupos de no mínimo cinco e no máximo dez, acompanhados por um instrutor/supervisor enfermeiro da escola ou ligado a unidade de saúde do estado e/ou município. • É privilegiada a organização da dispersão no horário de trabalho do aluno que atua nas unidades de saúde – área de enfermagem – sempre que possível. • O aluno da comunidade, oriundo do processo de seleção pública, a dispersão será organizada conforme o cronograma, preferencialmente no mesmo turno do curso. 	<ul style="list-style-type: none"> • A avaliação é do discente, do docente, do processo e do campo de estágio. • É processual e contínua. • Com estimulação a reflexão e análise do seu desempenho e auto-avaliação. • Realizada através de instrumento contendo indicadores que abranjam aspectos atitudinais e éticos e aspectos cognitivos e habilidades.
	Promovendo, protegendo e recuperando a saúde de indivíduos e grupos específicos.	310 horas	<ul style="list-style-type: none"> • As dispersões dos módulos II e III ocorrerão após o final de cada unidade que compõe o módulo, dependendo da disponibilidade de local e nº. De grupos existentes. • Considerar a carga horária de cinco horas para a dispersão na atenção básica e comunidade e de seis horas para a dispersão na atenção hospitalar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Unidades de saúde de atenção básica, (centros de saúde, unidades de saúde da família, unidades de referência estadual, centros de atenção a usuários. • Comunidade subentendida por equipes sociais (escolas, creches, associações, sindicatos, domicílios, asilos, fábricas, empresas e outros. • Unidade hospitalar. 		
	Participando do planejamento local, das atividades de educação permanente e da vigilância em saúde na atenção básica e na assistência de alta complexidade.	200 horas		<ul style="list-style-type: none"> • Unidades de saúde de atenção básica, (centros de saúde, unidades de saúde da família, unidades de referência estadual, centros de atenção a usuários. • Comunidade subentendida por equipes sociais (asilos, domicílios e outros). • Unidades que compõe a rede de alta complexidade. 		

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Superintendência de Recursos Humanos, Escola de Formação Técnica em Saúde, 2009.

ANEXO G – Organização curricular curso de técnico em enfermagem



Fonte: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Superintendência de Recursos Humanos, Escola de Formação Técnica em Saúde, 2009.