

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Juliana Fonseca de Oliveira Mesquita

A PRIVATIZAÇÃO DA FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DO SUS:
discurso e ideologia em materiais educacionais de uma instituição beneficente de saúde

Rio de Janeiro

2019

Juliana Fonseca de Oliveira Mesquita

**A PRIVATIZAÇÃO DA FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DO SUS:
discurso e ideologia em materiais educacionais de uma instituição beneficente de saúde**

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Educação Profissional em Saúde (Área de concentração: Educação Profissional em Saúde).

Orientadora: Dra. Carla Macedo Martins

Rio de Janeiro

2019

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

M582p Mesquita, Juliana Fonseca de Oliveira
A privatização da formação dos trabalhadores
do SUS: discurso e ideologia em materiais
educacionais de uma instituição beneficente de
saúde / Juliana Fonseca de Oliveira Mesquita. -
Rio de Janeiro, 2019.
165 f.

Orientadora: Carla Macedo Martins

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação
Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz,
Rio de Janeiro, 2019.

1. Capacitação Profissional. 2. Privatização.
3. Privatização da Saúde. I. Martins, Carla Macedo.
II. Título.

CDD 370.113

Juliana Fonseca de Oliveira Mesquita

A PRIVATIZAÇÃO DA FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DO SUS:
discurso e ideologia em materiais educacionais de uma instituição beneficente de saúde

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Educação Profissional em Saúde (Área de concentração: Educação Profissional em Saúde).

Aprovada em 31/05/2019

BANCA EXAMINADORA

Dra. Carla Macedo Martins – FIOCRUZ/EPJSV

Dra. Marcela Alejandra Pronko – FIOCRUZ/EPJSV

Dra. Sara Granemann – UFRJ

AGRADECIMENTOS

Agradeço à professora Carla Macedo Martins, pela acolhida, confiança e ensinamentos. Nossos encontros sempre foram repletos de discussões e conhecimentos, que me fizeram aprimorar o olhar sobre as questões da pesquisa.

Ao Cláudio e Raul, meus amores, pelo apoio, carinho e torcida.

Aos meus pais, Geralda e Pedro, pela ajuda, carinho e cuidado com meu Raul.

À família Tampieri, Chris, Daniel e Pedro Lucas, meu afilhadinho amado, pelas alegrias e carinho comigo e com minha família.

À Tia Meire e Tia Simone, por ajudar meus pais a cuidar do Raul nos períodos das viagens para o Rio.

Aos meus cunhados, Dener e Paulo, minhas cunhadas, Gina, Lizi e Verinha, sobrinhos e sobrinhas pelos momentos de alegria e apoio.

Aos amigos e colegas da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG), especialmente as meninas da Superintendência de Educação e Trabalho em Saúde (SETS), pelo apoio e paciência ao longo dessa caminhada.

À Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), pela oportunidade de aprimorar conhecimentos através deste Mestrado.

Aos professores e funcionários da EPSJV, pela atenção e apoio nos momentos presenciais no Rio de Janeiro.

À banca examinadora, professoras Marcela Pronko e Sara Granemann, pela participação, disponibilidade e por todas as contribuições.

Aos colegas do Mestrado, pela cumplicidade e apoio nos momentos presenciais no Rio.

À Roseni Sena (*in memoriam*), eterna mestra, que marcou a vida de muitas pessoas como diretora da ESP-MG, mas especialmente a minha ao me incentivar a ser uma pessoa da qual o Raul tenha orgulho como mãe, como mulher, como trabalhadora e defensora do SUS. De ser uma pessoa da qual ele tenha orgulho das lutas e conquistas que eu vivi.

Sem vocês esse momento não seria possível. Muito obrigada!

*Não aceitem o que é de hábito como coisa
natural, pois em tempo de desordem
sangrenta, de confusão organizada, de
arbitrariedade consciente, de humanidade
desumanizada, nada deve parecer natural,
nada deve parecer impossível de mudar.
(Bertold Brecht)*

RESUMO

A dissertação teve como objetivo analisar o material educacional produzido por uma entidade beneficente para a formação de trabalhadores do SUS, considerando os processos de privatização da saúde. Nesse sentido, a hipótese dessa pesquisa é a de que a formação em saúde sob a égide privatista, mesmo que inserida no SUS, tende a produzir concepções de ser humano, educação, saúde e sociedade subsumidas a esta lógica. A partir do materialismo histórico dialético e da análise de discurso, a pesquisa buscou interpretar os sentidos e significados produzidos nos textos dos Cadernos de Curso de uma Instituição Beneficente de Excelência participante do PROADI SUS. A dissertação se estrutura em três capítulos. O primeiro discute o Estado no neoliberalismo; o subfinanciamento do SUS; a privatização da saúde e da formação de trabalhadores; e a participação de entidades beneficentes neste contexto. No segundo, são debatidas as determinações da educação sob o capital e suas relações com as concepções de formação em saúde; a historicidade da formação em saúde no Brasil; e a participação privada na qualificação para o SUS. O terceiro capítulo apresenta a análise dos Cadernos produzidos pela entidade beneficente, apontando quatro processos discursivos e ideológicos. O primeiro diz respeito à adoção da pedagogia das competências como orientadora dos cursos e a tentativa de aproximá-la de concepções pedagógicas progressistas; o segundo relaciona-se à concepção mercantil da saúde como produtora de valor; o terceiro refere-se ao “fetiche” do gerencialismo no SUS; e o quarto diz respeito ao apagamento do SUS como um projeto político-social plenamente coletivo.

Palavras-Chave: SUS. Privatização da saúde. Formação de trabalhadores. Ideologia.

ABSTRACT

The dissertation aimed to analyze the educational material produced by a charity for the training of SUS workers, considering the processes of privatization of health. In this sense, the hypothesis of this research is that health education under the aegis of privatization, even if inserted in SUS, tends to produce conceptions of human being, education, health and society subsumed to this logic. From the dialectical historical materialism and discourse analysis, the research sought to interpret the meanings and meanings produced in the texts of the Course Booklets of a Charitable Institution of Excellence participant of PROADI SUS. The dissertation is structured in three chapters. The first discusses the state in neoliberalism; the SUS underfunding; the privatization of health and the training of workers; and the participation of charities in this context. In the second, the determinations of education under capital and its relation to conceptions of health formation are debated; the historicity of health education in Brazil; and private participation in qualifying for SUS. The third chapter presents the analysis of the Cadernos produced by the beneficent entity, pointing out four discursive and ideological processes. The first one concerns the adoption of the pedagogy of competences as the guide of the courses and the attempt to approach it with progressive pedagogical conceptions; the second relates to the mercantile conception of health as a producer of value; the third refers to the "fetish" of New Public Management in SUS; and the fourth concerns the erasure of SUS as a fully collective social-political project.

Keywords: SUS. Privatization of health. Training of workers. Ideology.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Dimensões e categorias de análise.....	101
Quadro 2 Códigos atribuídos aos cursos analisados na pesquisa.....	104

LISTA DE SIGLAS

ANHAP	Associação Nacional de Hospitais Privados
BM	Banco Mundial
CEFOR	Centros Formadores de Recursos Humanos para a Saúde
CEBAS-SAÚDE	Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde
CF	Constituição Federal
CGT	Comando Geral dos Trabalhadores
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIES	Comissão de Integração Ensino-Serviço
CNRHS	Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COFINS	Contribuição para Financiamento da Seguridade Social
Conam	Confederação Nacional das Associações de Moradores
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretaria Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Contag	Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CNA	Confederação Nacional da Agricultura
CNC	Confederação Nacional do Comércio
CNI	Confederação Nacional da Indústria
CNRS	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CSN	Companhia Siderúrgica Nacional
CUT	Central Única dos Trabalhadores
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
EGC	Curso de Especialização em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde
EGE	Curso de Especialização em Gestão de Emergências em Saúde Pública
EGH	Curso de Especialização em Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS
EGP	Curso de Especialização em Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidências
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
EPrep	Curso de Especialização em Preceptorial no SUS
ERS	Curso de Especialização em Regulação em Saúde no SUS
ESRE	Entidades de Saúde de Reconhecida Excelência
ETSUS	Escolas Técnicas de Saúde
EVS	Curso de Especialização em Vigilância em Saúde
FAT	Fundo de Amparo ao Trabalhador
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FEDP	Fundações Estatais de Direito Privado
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
HE	Hospitais de Excelência
HSL	Hospital Sírio Libanês

IEP	Instituto de Ensino e Pesquisas do Hospital Sírio Libanês
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LDBEN	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	Ministério da Educação
MPG	Mestrado Profissional Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde
MS	Ministério da Saúde
NGP	Nova Gestão Pública
NOB	Normas Operacionais Básicas
NOB-RH/SUS	Princípios e diretrizes para a norma operacional básica de recursos humanos para o SUS
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações não governamentais
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
OSs	Organizações Sociais
OSCIPs	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PAB	Piso de Atenção Básica
Pacs	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPP	Projeto Político Pedagógico
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS
Profae	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
Profags	Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde
PRONATEC	Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego
PSF	Programa de Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
REFORSUS	Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
RSB	Reforma Sanitária brasileira
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Termo de Ajuste

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 POLÍTICAS NEOLIBERAIS NO BRASIL E A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE.....	16
1.1 NEOLIBERALISMO: CONTEXTO HISTÓRICO E CONSEQUÊNCIAS PARA AS POLÍTICAS SOCIAIS	16
1.2 O FINANCIAMENTO (OU SUBFINANCIAMENTO) DA SAÚDE.....	30
1.3 PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL.....	36
1.4 UMA DAS FACES DA PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE: DA CARIDADE AO MERCADO	48
1.5 HOSPITAIS BENEFICENTES DE EXCELÊNCIA: FACE FORTE DO CAPITAL NA SAÚDE.....	53
2 CONCEPÇÕES DE FORMAÇÃO E A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE	57
2.1 DETERMINAÇÕES DA EDUCAÇÃO E DA FORMAÇÃO EM SAÚDE SOB O CAPITAL.....	57
2.2 CONCEPÇÕES HEGEMÔNICAS DE FORMAÇÃO HUMANA E EDUCAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE	60
2.3 A HISTORICIDADE DA FORMAÇÃO DE TRABALHADORES DO SUS: LUTAS, AVANÇOS E RETROCESSOS.....	68
2.4 IMPACTOS DA PARTICIPAÇÃO PRIVADA NOS PROCESSOS FORMATIVOS DO SUS	84
3 ANÁLISE DO MATERIAL EDUCACIONAL DE UMA INSTITUIÇÃO FILANTRÓPICA	92
3.1 METODOLOGIA.....	92
3.2 DESCRIÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DOS MATERIAIS.....	98
3.3 GRADE DE ANÁLISE	100
3.4 ANÁLISE DO <i>CORPUS</i>	102
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	145
5 REFERÊNCIAS	150

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 redefiniu o atendimento à saúde no Brasil com a criação de um sistema de saúde baseado nos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade¹. A Carta considera a saúde como “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 para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) é criado no Brasil, propondo mudanças radicais na organização, na política e na concepção de saúde no país.

Dentre as mudanças, temos o conceito ampliado de saúde, que a entende como uma produção das dimensões econômica, social e política. Com esse conceito, a saúde deixa de ser entendida como somente a ausência de doença (modelo biomédico), mas como resultante de diversas condições.

Tendo como base o conceito ampliado de saúde, o SUS é criado para ser um sistema de acesso universal e igualitário no que tange à promoção, proteção e recuperação da saúde, como uma proposta de superação ao modelo hospitalocêntrico hegemônico, médico curativo, de alta tecnologia e prática altamente especializada, de alto custo e baixo impacto na saúde, existente no país até sua criação (MENICUCCI, 2003; ALMEIDA, 2014; OLIVEIRA, 2015).

Essa mudança de concepção de saúde e a criação do SUS suscitaram mudanças também na formação dos trabalhadores vinculados aos serviços. Uma dessas transformações foi o papel do SUS na “ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde” (BRASIL, 1990), com a participação das três esferas de governo (união, estados e municípios) na formulação das políticas de formação.

Entretanto, tal proposta nunca se concretizou na prática. O que se operacionaliza atualmente é que essa formação “não é determinada pelas necessidades do SUS, mas sim pelas necessidades do setor privado” (SANTOS; ANDRADE, 2012). Nesse contexto, o que se observa é a tendência de conceber e implementar processos formativos a partir do ideário

¹ Entendemos que a universalidade “significa a possibilidade de todos os brasileiros poderem alcançar uma ação ou serviço de saúde de que necessitem sem qualquer barreira de acessibilidade, seja legal, econômica, física ou cultural” (Paim, 2009, p.45). Por integralidade, entendemos com “um conjunto de ações e serviços, (...) individuais ou coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema de acordo com a necessidade do usuário” (MINAS GERAIS, 2017, p.29). Como equidade, entendemos “tratar os diferentes de forma diferente para que todos tenham direitos iguais” (MINAS GERAIS, 2017, p.30).

neoliberal, considerando-o como o pensamento político-econômico hegemônico na atualidade.

A formação de trabalhadores para o SUS é desenvolvida em diversos níveis e instituições², tanto públicas³ quanto privadas, e, dessa maneira, elas são as mais diversas. Compreendendo que a educação não é uma ação neutra, mas que apresenta intencionalidades, concepções e pressupostos que se manifestam nos currículos dos cursos, os processos formativos podem ter como objetivos tanto uma formação voltada para o mercado de trabalho, no qual os trabalhadores se veem compelidos a adquirir competências ao longo da vida para se manterem empregados, quanto uma formação baseada na problematização das vivências e da realidade social, fomentando a participação de discentes e docentes no processo educativo e favorecendo práticas contextualizadas que possibilitem a reflexão crítica dos problemas reais do SUS e, conseqüentemente, as propostas de mudanças da realidade social.

Nesse cenário de formações variadas que hoje se apresenta no Brasil, observamos a participação privada financiada pelo Estado na formação de trabalhadores. A chamada “privatização” não se configura somente na venda de bens públicos para entidades privadas, mas também pela entrada de empresas privadas na prestação de serviços que seriam responsabilidade próprio Estado, gerando a “difusão e valorização do capital financeiro, reduzindo os gastos na saúde” pelo Estado (MENDES; MARQUES, 2009, p. 845).

Dessa maneira, temos a transformação de políticas sociais em instrumentos econômicos (GRANEMANN, 2012), uma vez que os lucros das empresas são maximizados pelas políticas de incentivo ao privado, se configurando como uma forma de enfraquecimento das políticas sociais. Lembramos que, no ideário neoliberal, o papel do Estado é somente coordenar e financiar as políticas sociais (CORREIA; SANTOS, 2015), e não executá-las (OCKÉ-REIS, 2012; LAVINAS, 2015).

² No nível superior, as formações ocorrem em universidades públicas e privadas, com a oferta de cursos de graduação. Já a formação técnica de nível médio é realizada por escolas técnicas mantidas pelos entes federais (Escolas do SUS), escolas regulares de ensino médio também mantidas pelo Estado (estados, municípios e distrito federal), com recursos do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego – PRONATEC e por instituições privadas, que podem ou não receber financiamento do Estado ou isenções para essa oferta. A formação também se dá através de cursos de curta duração, como capacitações, especializações e outros, que podem ser ofertados por qualquer dessas instituições e pelas escolas do SUS.

³ Dentre as escolas públicas que formam para o SUS, destacamos aquelas conhecidas como “Escolas do SUS”. Essas escolas são mantidas pelo Estado e podem ser tanto escolas de saúde pública estaduais (12 escolas), municipais (06 escolas) e federal (uma escola), quanto as Escolas Técnicas de Saúde – ETSUS e Centros Formadores de Recursos Humanos (CEFORS), que atualmente são 33 estaduais, 06 municipais e uma federal.

No âmbito da formação, a partir desse processo privatizante, observamos um aumento da participação privada na disputa por recursos financeiros para realização de ações educacionais para trabalhadores do SUS. Dessa maneira, temos como resultado que, mesmo atuando nos serviços públicos, os trabalhadores são formados a partir da lógica neoliberal, confluindo para a reprodução da hegemonia capitalista que favorece a acumulação de capital, no lugar de propiciar uma formação emancipatória, que possibilite a transformação da realidade social.

Nessa perspectiva, formações baseadas em concepções pedagógicas progressistas, que tem a problematização das vivências e da realidade social como base para a participação de discentes e docentes no processo educativo, que favorecem práticas educacionais contextualizadas e que possibilitam a reflexão crítica da realidade social, não são valorizadas. Pela lógica neoliberal, os processos educativos devem ter como premissa que o indivíduo adquira competências para se adaptar às necessidades do mercado, o que, nem sempre, converge para as necessidades de saúde dos territórios e da população.

Assim, a partir da participação de instituições privadas na formação de trabalhadores, mediante incentivos do Estado, temos a atuação de um grupo muito expressivo e atuante junto ao fomento e à discussão das políticas de saúde: os Hospitais Beneficentes de Excelência. Esses hospitais são reconhecidos como beneficentes pelo Governo Federal através do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde (CEBAS-SAÚDE). Esse certificado os habilita a participarem do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS), financiado mediante recursos de isenção fiscal. Em troca dessa isenção, os hospitais não precisam cumprir o percentual mínimo de atendimento ao SUS de 60% definido constitucionalmente e podem ofertar ações educacionais para os trabalhadores do sistema, além de participar do gerenciamento de diversos serviços assistenciais e outras intervenções relacionadas a tecnologias para a saúde, mediante assinatura de Termos de Ajuste com a União. Assim, mediante as isenções fiscais, ou seja, financiados pelo Estado em um processo de privatização da formação de trabalhadores do SUS, os Hospitais Beneficentes de Excelência têm ofertado diversas ações educacionais, de forma expressiva e constante.

É nesse quadro que algumas perguntas se apresentam, podendo ser organizadas em um grau crescente de especificidade: como ocorre a privatização da saúde em diversos setores do SUS - na assistência, na gestão dos serviços e na formação de trabalhadores já inseridos nos SUS? A qualificação e formação dos trabalhadores já inseridos nos serviços de saúde tem se

apresentado como um novo campo a ser explorado pelas entidades privadas? Quais são as concepções de formação dos Hospitais Beneficentes de Excelência? Elas estão em consonância com os princípios e diretrizes do SUS ou são voltadas para o atendimento às necessidades do mercado?

Foi a partir dessas perguntas que esta pesquisa pautou. Assim, ela teve como objetivo discutir o material educacionais produzido por uma entidade beneficente na formação de trabalhadores do SUS, considerando os processos de privatização da saúde. Este objetivo se desdobrou em três objetivos específicos: (i) discutir os processos de privatização da saúde e da formação de trabalhadores para o Sistema Único de Saúde, incluindo as entidades beneficentes neste contexto; (ii) traçar um panorama das concepções, políticas e programas de formação para trabalhadores dos SUS propostas pelo Ministério da Saúde desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, enfocando histórica e socialmente as tensões entre concepções de formação; e (iii) analisar materiais institucionais e documentos pedagógicos de uma entidade beneficente, considerando as concepções da formação ofertada ao trabalhador em saúde, na relação com as contradições suscitadas pela privatização.

Para atingir esses objetivos, como metodologia, adotamos a perspectiva histórico dialética, por entender que o conhecimento é histórico, relativo, provisório e parcial. Entendemos também que os sujeitos são históricos, e, assim, tanto o conhecimento, quanto os sujeitos estão uma sociedade localizada em um tempo e espaço definido, e essa sociedade é marcada pelo conflito de classes, que fomenta ideologias⁴ que podem ser reproduzidas pelo coletivo, sendo tal reprodução fundamental à hegemonia burguesa e à forma social capitalista.

Destarte, a dissertação está estruturada em três capítulos. No primeiro, discutimos os processos de privatização da saúde e da formação de trabalhadores para o SUS, incluindo as entidades beneficentes neste contexto. Assim, discutiremos o *locus* no qual as privatizações acontecem, ou seja, no Estado de classes regido pelas políticas neoliberais. Também abordamos o financiamento (ou subfinanciamento) da saúde, especialmente a partir da participação privada na oferta dos serviços de saúde, configurando-se em um processo de privatização. Nos dois últimos itens, apresentamos uma das faces dessa privatização

⁴ A ideologia é aqui entendida como uma concepção de mundo que se manifesta em todas as dimensões da vida social, ou seja, como algo inerente à formação dos sujeitos, servindo à produção de sentido. No caso de uma sociedade cindida em classes, a ideologia trabalha simbolicamente sobre esta divisão.

demonstrada com a participação de entidades beneficentes na saúde, em especial, os Hospitais Beneficentes de Excelência e os incentivos que lhes são concedidos pelo Estado.

No segundo capítulo, discutimos as determinações da educação a partir da lógica do capital e seus impactos nas concepções de formação em saúde. Ainda nesse capítulo, dialogaremos sobre a historicidade da formação dos trabalhadores, traçando um panorama a partir das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) que abordaram o tema da formação, das Conferências Nacionais de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS) e da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Na última parte do capítulo, discutiremos, em linhas gerais, como vem ocorrendo a participação privada na formação para o SUS.

No último capítulo, apresentamos a análise dos Cadernos de Curso (*corpus* de análise) de um hospital beneficente participante do PROADI-SUS que oferta ações educacionais para trabalhadores do SUS. Para tal, recorreremos à análise de discurso para interpretar sentidos e significados gerados pelos textos dos Cadernos. Esta perspectiva epistemológica sobre o discurso e a língua aponta que não há imanência⁵ discursiva, isto é, os sentidos produzidos pelo discurso são decorrentes das interpretações feitas a partir da ideologia - o sujeito social atribui e produz sentidos aos textos e às falas a partir de uma conjuntura sócio histórica (ORLANDI, 2009). A ideologia não é estática, e, sim, um constante trabalho que envolve, por exemplo, a apropriação e ressignificação de discursos, de forma a trabalhar as contradições da forma social e contribuir para sua reprodução.

Com este estudo, esperamos fomentar reflexões acerca do quadro de privatização da formação de trabalhadores do SUS. Compreendermos que, através de um discurso hegemônico sobre a incapacidade do Estado de conseguir garantir a prestação de serviços diversos e, no caso desta pesquisa, a garantia da formação dos profissionais do SUS, a privatização, mediante isenções e incentivos do Estado, é sempre apontada como a melhor solução para a eficiência e a eficácia da gestão pública. Contudo, a formação em saúde sob a égide privatista, mesmo que inserida no SUS e considerando alguns dos pressupostos deste sistema, tende a produzir concepções de ser humano, educação, saúde e sociedade subsumidas à lógica do capital – constituindo esta afirmação a principal hipótese de nossa pesquisa.

⁵ Imanência: “que está intrinsecamente compreendido na essência de um ser; aderente; que dura para sempre; perdurável, permanente” (MICHAELIS, 2018).

1 POLÍTICAS NEOLIBERAIS NO BRASIL E A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE

Neste capítulo, discutiremos o neoliberalismo e sua influência nas políticas sociais e na gestão dos serviços públicos, considerando para tal a concepção da não neutralidade do Estado burguês, sendo este, assim, uma instância social fundamental à reprodução da sociedade de classes e da hegemonia. A luz do neoliberalismo, analisaremos a questão do financiamento (ou subfinanciamento) da saúde no Brasil, bem como os processos de privatização, especialmente no contraponto com o conceito ampliado de saúde. No final do capítulo, discutiremos a materialização dessa privatização: os subsídios do Estado aos hospitais beneficentes, especialmente os chamados “Hospitais de Excelência.

1.1 NEOLIBERALISMO: CONTEXTO HISTÓRICO E CONSEQUÊNCIAS PARA AS POLÍTICAS SOCIAIS

Iniciamos nossas reflexões discutindo a concepção de Estado. Compreendemos as definições de Estado estão intimamente relacionadas às correntes teóricas que norteiam os pensadores do tema. Assim, podemos compreendê-lo a partir da teoria liberal que o entende como um poder exterior aos interesses particulares e, por isso, indispensável à sociedade para manutenção da propriedade e da ordem, nos termos de Hobbes e Locke. Também podemos compreendê-lo como Hegel, que o entendia como sendo a “representação máxima do desenvolvimento alcançado pelo ‘Espírito’, grau maior da liberdade atingido pela humanidade” (PRONKO; DANTAS, 2018, p.74). Já a teoria marxista, o compreende a partir da lógica capitalista, e por isso, ele é sempre um “Estado de classe” (PRONKO; DANTAS, 2018, p.75).

Como “Estado de classe”, ele não tem um caráter de mediador de conflitos entre as classes; ao contrário, ele é considerado por Marx e Engels (1998) como a organização feita pela burguesia para manter sua dominação. Pronko e Dantas (2018), analisando o pensamento desses autores, afirmam que “o Estado resulta da apropriação privada, pela classe proprietária, da riqueza socialmente produzida pelos trabalhadores, e da necessidade de perpetuação desta relação de dominação” (PRONKO; DANTAS, 2018, p.75). Nesse sentido, o Estado não é neutro e, assim, ele é entendido como a organização que garante à burguesia a manutenção de sua hegemonia.

Outro pensador marxista que nos auxilia na discussão sobre o Estado é Gramsci, que aprimorando as ideias de Marx e Engels, afirmava que não existe indissociabilidade entre Estado e Sociedade Civil – organizações privadas responsáveis pela difusão de ideologias -, bem como entre política e economia (VIOLIN, 2006). Nesse sentido, para Althusser (1970), a difusão de ideologias se dá mediante aparelhos ideológicos, como, por exemplo, exemplos as escolas, as igrejas, a família, os partidos políticos, os sindicatos, os meios de comunicação, a cultura, entre outros. Eles se confundem e, para alguns autores, eles são a própria sociedade civil.

Retornando a Gramsci, é importante apontar que a discussão de Estado neste autor implica tomar também os conceitos de ideologia e hegemonia. Para Gramsci (1999), ideologia seria “uma concepção do mundo, que se manifesta implicitamente na arte, no direito, na atividade econômica, em todas as manifestações de vida individuais e coletivas” (GRAMSCI, 1999, p.98-99). Nesse sentido, a ideologia seria inerente às atividades humanas, manifestando-se em várias dimensões. Aquino (2018) afirma que a ideologia cria um ambiente para o consenso, “que, por sua vez, é a orientação dos grupos dominantes às massas e que nasce historicamente do prestígio de determinada posição/função no mundo da produção” (AQUINO, 2018, p.174).

Outro conceito importante para Gramsci (2007) é o de hegemonia. Para o autor, hegemonia refere-se à criação de consenso sobre uma ideia dominante e pode ser compreendida como relação e como processo (PRONKO; DANTAS, 2018). Para o autor,

o exercício ‘normal’ da hegemonia, no terreno clássico do regime parlamentar, caracteriza-se pela combinação da força e do consenso, que se equilibram de modo variado, sem que a força suplante muito o consenso, mas, ao contrário, tentando fazer com que a força pareça apoiada no consenso da maioria, expresso pelos chamados órgãos da opinião pública – jornais e associações –, os quais, por isso, em certas situações, são artificialmente multiplicados (GRAMSCI, 2007, p.95).

Assim, hegemonia e ideologia estão intimamente relacionadas, mas são se subordinam entre si. Elas atuam em conjunto em um movimento que visa “alcançar adesão e convencimento das grandes massas para seu projeto de sociedade” (PRONKO; DANTAS, 2018, p.80), que, no caso da sociedade capitalista, é o projeto da burguesia.

Gramsci entende que o Estado é resultante da coerção e do consenso. De acordo com Aquino (2018, p. 147), “a hegemonia, que não dispensa a coerção, residiria então, sobretudo, na capacidade de convencimento, a qual estabelece o consenso que universaliza a ideologia

por meio de instituições valorativas”. Por meio de aparelhos ideológicos do Estado (ALTHUSSER, 1970), a classe que exerce seu domínio não o faz somente através de força, mas o também pelo convencimento, ou seja, pela liderança moral e intelectual. Esse tipo de dominação é refletida nas “formas de pensar, sentir e agir da classe dominante como formas ‘próprias’ do conjunto da sociedade” (PRONKO; DANTAS, 2018, p.78). É de se concluir que, neste contexto, o próprio uso da força, a partir das relações de hegemonia, se vivencia socialmente como uma vontade da maioria.

Nicos Poulantzas, outro pensador marxista que aprimora o pensamento de Marx e Engels, entende o Estado como um espaço de relações de dominação. O autor apresenta a ideia do “poder do Estado” e acredita que esse poder “não se traduz tão somente pela existência concreta de seus aparelhos, mas reside e emana das relações de produção e dominação entre as classes, fundadas, por sua vez, na divisão social do trabalho e na exploração” (PRONKO; DANTAS, 2018, p.92). Poulantzas entende que a hegemonia não é exercida por uma única classe dominante, mas por frações de classe que compõe a classe dominante. Essas frações possuem interesses próprios e isso faz com ocorram disputas internas no bloco hegemônico. Entretanto, para este pensador, mesmo disputando internamente o poder, as frações hegemônicas se unem contra um inimigo em comum: as classes subalternas (PRONKO; DANTAS, 2018).

É nesse Estado de contradições e disputas, que são realizadas as políticas públicas e as políticas sociais. Entendidas muitas vezes como sinônimos, é preciso compreender que nem toda política pública é uma política social (GRANEMANN, 2012). O termo “políticas públicas” apresenta várias definições. Para Vianna (2002), políticas públicas podem ser consideradas como a “ação governamental com objetivos específicos” (VIANNA, 2002, p.2). Outros autores aprimoram esse conceito, afirmando que as políticas públicas seriam as ações governamentais que influenciam na vida dos cidadãos, uma vez que os governos agem diretamente ou através da delegação dessas ações (SOUZA, 2006). Souza (2006) afirma ainda que as políticas públicas são a tradução de promessas eleitorais em programas e ações que influenciarão diretamente na vida dos cidadãos.

Tais definições para a autora refletem uma visão de que as políticas públicas são compreendidas numa “perspectiva de que o todo é mais importante do que a soma das partes e que indivíduos, instituições, interações, ideologia e interesses contam, mesmo que existam diferenças sobre a importância relativa destes fatores” (SOUZA, 2006, p.25). Nesse sentido,

as disputas de classes não são consideradas como fatores que interferem nas propostas e na execução das políticas públicas, mesmo considerando que elas repercutem em todas as dimensões da sociedade, e assim, acabam por se tornarem campo de disputas.

Já Menicucci e Gomes (2018) entendem que as políticas públicas representam “os acordos sociais e políticos relativos ao papel do Estado na produção de bem-estar em todos os seus aspectos, sejam eles econômicos, sociais, trabalhistas ou ambientais” (MENICUCCI; GOMES, 2018, p.10), bem como “responder à necessidades e problemas sociais” (MENICUCCI; GOMES, 2018, p.10). Nesse sentido, podemos ter políticas públicas em diversas áreas: política econômica, políticas para o meio ambiente, agricultura, transporte, infraestrutura urbana, trabalho, políticas sociais, entre outras.

É no campo que visa responder necessidades e problemas sociais, que temos as políticas sociais. Assim como o termo “política pública”, “política social” não tem uma definição única. Vianna (2002) acredita que a literatura especializada, relativa às Ciências Sociais, convencionou “a ideia de que política social é ação governamental com objetivos específicos relacionados com a proteção social” (VIANNA, 2002, p.2). Menicucci e Gomes (2018) apresentam a definição sugerida por Castro e colaboradores que é mais ampla do que a proposta por Vianna (2002). Para eles, uma política social é:

composta por um conjunto de programas e ações do Estado que se manifestam em oferta de bens e serviços, transferências de renda e regulação, com o objetivo de atender às necessidades e aos direitos sociais que afetam vários dos componentes das condições básicas de vida da população, inclusive aqueles que dizem respeito à pobreza e à desigualdade” (CARLOS et al, 2012, p.4).

Nesse sentido, as políticas sociais, especialmente na experiência brasileira, podem ser classificadas em dois grupos. O primeiro se referiria às políticas voltadas para a “proteção social (previdência social, saúde, assistência social e seguro desemprego)” (MENICUCCI; GOMES, 2018, p.14). O segundo são políticas voltadas “promoção social (educação, cultura, qualificação profissional, agricultura familiar, habitação, mobilidade urbana, entre outras)” (MENICUCCI; GOMES, 2018, p.14).

Outra questão importante ao se falar em políticas sociais é o fato de que para elas são destinadas parcelas significativas do fundo público⁶ (BEHRING, 2012), que é a capacidade

⁶ Grande parte dos recursos do fundo público são provenientes da classe trabalhadora, diretamente, mediante pagamentos de impostos, ou indiretamente, mediante impostos embutidos nos preços das mercadorias.

do Estado de se apropriar de riquezas e colocá-las à disposição dos interesses do capital específicos em cada momento histórico. Nessa lógica, as políticas sociais são realizadas através da intervenção do Estado mediante transferências unilaterais de recursos, com o objetivo de executar, através de parcerias, as políticas sociais. E, a partir do momento que existem recursos financeiros envolvidos na discussão sobre as políticas sociais, elas se tornam um campo de disputas de interesses diversos.

Menicucci e Gomes (2018) acreditam que há consenso quando se discute sobre direitos civis e políticos, entretanto, em relação às políticas sociais, por envolverem recursos financeiros, elas “estão no centro do confronto entre os diversos interesses de grupos e classes, pois envolvem a forma de reapropriação de recursos, extraídos dos diversos segmentos sociais mediante tributação, por meio do processo de alocação e distribuição de valores” (MENICUCCI; GOMES, 2018, p.18). Granemann (2012) corrobora esse pensamento afirmando que a riqueza social, ou seja, os recursos que o Estado pode mobilizar para fazer política social, é transferida para o capital, sob diversas maneiras, pelo Estado. Dessa forma, essa riqueza social, chamada de fundo público, ocupa um papel importante tanto na promoção das políticas sociais e quanto na sua relação com o capital.

Entretanto, mesmo o fundo público apresentando uma finalidade específica, o Estado utiliza as políticas sociais como instrumentos econômicos (GRANEMANN, 2012), revertendo-o para “o financiamento da acumulação de capital e para reprodução da força de trabalho” (TEIXEIRA, 2012). É sobre este movimento de favorecimento do capital mediante financiamento público, que Teixeira (2012) afirma:

O fundo público tornou-se componente estrutural e insubstituível à medida que se tornou condição tanto para formação da taxa de lucro, como para a reprodução da força de trabalho mediante o aumento do gasto social das despesas públicas. Este último implica a redução de custos dessa reprodução para o capital, bem como contribui para a ampliação da parcela do salário disponível ao consumo (TEIXEIRA, 2012, p. 184).

Assim, o fundo público acaba por financiar o capital e não financiar as políticas sociais. Além dessa transferência direta, também ocorrem transferências indiretas, mediante incentivos estatais às empresas privadas, privatizações, dentre outras políticas que tem como base o neoliberalismo, sobre o qual discorreremos a partir deste ponto.

Como discutimos, o Estado não é algo neutro, mas representa a classe hegemônica, seus pensamentos e interesses, principalmente econômicos. Para responder às necessidades

dessa classe, o sistema capitalista se desenvolveu, mas também passou por crises e foram nesses momentos de crise, que os teóricos apresentaram soluções para que o capitalismo continuasse a cumprir seus objetivos: obtenção de lucro e valorização do valor. Uma dessas teorias foi precisamente o neoliberalismo, surgido a partir da crise do *welfare state* ou Estado de bem-estar social⁷.

O capitalismo até a década de 1970 conseguiu manter os mercados lucrativos, com a expansão dos países desenvolvidos, do socialismo e da industrialização dos países subdesenvolvidos, como México, Brasil e Argentina (SADER, 2008). Para Sader (2008, p. 37), este “foi um período que combinou o maior crescimento econômico da história do capitalismo, com a maior democratização social”. Entretanto, este ciclo expansivo do capitalismo começou a dar sinais de enfraquecimento, colocando em xeque o modelo vigente em

1973.

Uma das expressões desse movimento foi a crise do petróleo, de reflexos em todo o mundo gerando um processo de estagnação do capital.

Como consequência, tudo o que havia sido possibilitado pelo *welfare state* entra em colapso. Assim, “quando a economia diminuiu seu ritmo de crescimento, o Estado diminuiu sua arrecadação, o nível de emprego foi baixando, gerou-se um desequilíbrio entre os direitos adquiridos e a capacidade do Estado de atendê-los” (SADER, 2008, p.38).

Neste contexto de crise, diversos pensadores discutiram o papel do Estado nesta fase do capitalismo (SADER, 2008). Para eles, o Estado seria o principal obstáculo para o contínuo desenvolvimento econômico, “seja por limitar a livre circulação de capital, ou pela responsabilidade de gastos excessivos, que pressionariam a base monetária, gerando aumento de preços e inflação” (SADER, 2008, p.39).

Assim, com a visão de que o Estado intervencionista era o principal problema para o capital, foi elaborada a teoria neoliberal, com políticas e soluções que se tornaram hegemônicas, inclusive se incorporando “às maneiras cotidianas de muitas pessoas interpretarem, viverem e compreenderem o mundo” (HARVEY, 2008, p.13).

Para HARVEY (2008), o neoliberalismo seria

⁷ O *welfare state* “era um projeto cogente para recuperar o vigor e a capacidade de expansão dos países capitalistas após a tensão social, econômica e política do período entre guerras” (VICENTE, 2009, p.123-124). Para Hobsbawm (1995), ele pertenceu essencialmente aos países capitalistas desenvolvidos, mas, mesmo assim, não aconteceu de maneira uniforme e universal. Além disso, o *welfare state* é entendido por alguns estudiosos como a negação do conflito de classes.

[...] uma teoria das práticas político-econômicas que propõe que o bem-estar humano pode ser melhor promovido liberando-se as liberdades e capacidades empreendedoras individuais no âmbito de uma estrutura institucional caracterizada por sólidos direitos a propriedade privada, livres mercados e livre comércio (HARVEY, 2008, p.12).

Nessa concepção, o papel do Estado seria criar ambientes favoráveis que viabilizassem livres mercados e comércio. Para isso, ele deveria garantir e estabelecer “estruturas e funções militares, de defesa, da polícia e legais requeridas para garantir direitos de propriedade individuais e para assegurar, se necessário pela força, o funcionamento apropriado dos mercados” (HARVEY, 2008, p.12). Tais medidas serviriam para fomentar a criação de mercados onde a intervenção do Estado fosse mínima.

Assim como Harvey (2008), Ball (2014, p.25) acredita que o termo neoliberalismo se tornou parte da vida das pessoas, tanto que ele “é utilizado de forma tão ampla e tão vaga que ele corre o risco de tornar-se sem sentido”. Em seu livro, o autor apresenta a concepção de neoliberalismo de Ronen Shamir, a qual corrobora. Para eles, o neoliberalismo não

[...] é tratado nem como uma doutrina econômica concreta nem como um conjunto definido de projetos políticos. Pelo contrário, eu trato neoliberalismo como um conjunto complexo, muitas vezes inocente, instável e até mesmo contraditório de práticas que são organizadas em torno de certa imaginação do “mercado” como base para a “universalização das relações sociais baseadas no mercado, com a correspondente penetração em quase todos os aspectos de nossas vidas, do discurso e/ou da prática de mercantilização, de acumulação de capital e geração de lucros” (SHAMIR apud BALL, 2014, p.25).

Como teoria hegemônica, o neoliberalismo está presente no cotidiano das pessoas, mesmo que elas não compreendam seu significado e consequências, uma vez que ele influencia nos mais diversos campos: “das divisões do trabalho, das relações sociais, da promoção do bem-estar social, das combinações de tecnologias, dos modos de vida e de pensamento, das atividades reprodutivas, das formas de ligação à terra e dos hábitos do coração” (HARVEY, 2008, p.13).

A adoção de modelos neoliberais pelos Estados apresentou como consequência o processo de desterritorialização do capital, que, para Menicucci (2003), colocou

[...] a necessidade de redefinição dos estados-nacionais e de formação de um novo marco de regulação. O resultado disso se traduziu em algumas tendências gerais, como a diminuição da participação do Estado como produtor direto de bens e serviços por meio de privatizações, concessões e desregulamentação; o aumento do incentivo e da orientação dos

investimentos privados em áreas consideradas estratégicas ou prioritárias pelo setor público; e o incremento das atividades de regulação e de parcerias com diferentes atores da sociedade (MENICUCCI, 2003, p.266).

Sader (2008, p.39) também nos aponta esses aspectos da teoria neoliberal, apresentando como principais a “privatização de empresas estatais, abertura para o mercado internacional, desindexação dos capitais, precarização das relações de trabalho, (...) desregulamentação da economia, isto é, retirada das travas à livre circulação dos capitais”. Com esse escopo, o neoliberalismo “sustenta que o bem social é maximizado se se maximizam o alcance e a frequência das transações de mercado, procurando enquadrar todas as ações humanas no domínio do mercado” (HARVEY, 2008, p.13).

Ainda para Sader (2008), essa nova relação entre trabalho e mercado gerou um “processo de expropriação dos direitos formais do trabalho” (SADER, 2008, p.42), que não só mudou as sociedades, mas também fragmentou as relações sociais, pois gerou a precarização das relações de trabalho, por meio do aumento do número de trabalhadores terceirizados, da flexibilização da jornada de trabalho e da ausência de direitos trabalhistas. Também para Bravo (2010, p.209), o ideário neoliberal “têm influenciado as políticas sociais de diversas formas, com corte nos gastos sociais, retração significativa do setor público por meio de processos de privatização, introdução de mecanismos típicos de mercado no setor público”.

Alguns autores, como Menicucci (2003) e Sader (2008), analisam que, mesmo com a promessa de salvar o capitalismo e continuar a elevar os níveis de investimento e a modernização econômica mediante as privatizações e desregulamentação da economia, o que de fato aconteceu foi que as economias que adotaram o modelo neoliberal não conseguiram retornar à expansão econômica prometida. De acordo com Sader (2008), as medidas neoliberais “não levaram ao fortalecimento dos investimentos produtivos, mas à maciça transferência de capitais do setor produtivo ao especulativo (p. 42). Desta forma, o capital financeiro⁸ começou a ocupar o lugar hegemônico antes destinado aos meios de produção e o papel do Estado passou a ser o de transferir os recursos do setor produtivo para o especulativo (SADER, 2008).

⁸ Para Mattos (2014), o capital financeiro teria sua origem na junção das noções de capital bancário e industrial, que já não dariam mais conta da atual forma de concentração.

Outra questão importante é que no neoliberalismo, as instituições privadas são percebidas como referências para inovação e gestão, ou seja, elementos facilitadores para a acumulação de capital.

A empresa privada e a iniciativa privada são tratadas como as chaves da inovação e da criação de riqueza. Por isso o patrimônio público, em mãos do Estado, deve ser repassado a capitais privados. A privatização, a desregulação e a competição eliminariam os trâmites burocráticos, incrementariam a eficiência e a produtividade, melhorariam a qualidade dos produtos e reduziriam seus custos, contribuindo para controlar a inflação. Esta seria a função do Estado: favorecer esses mecanismos econômicos, que produziriam vantagens para todos (SADER, 2008, p. 45).

É neste contexto que as políticas privatizantes do modelo neoliberal foram colocadas em prática em alguns países da América Latina, como no Chile, na ditadura de Augusto Pinochet (1973-1990); na Bolívia, no governo de Victor Paz Estensoro (1985-1989); na Argentina, no governo de Carlos Menem (1989-1999); e no México, no governo de Carlos Salinas de Gortari (1988) (SADER, 2008; VIDAL, 2006; LIMA, 2014). Em todos esses países, a atuação dos governos seguiu à risca os manuais neoliberais elaborados pelo Banco Mundial (BM), bem como pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e pela Organização Mundial do Comércio (OMC) - entidades que regulam as finanças e o comércio globais (HARVEY, 2008).

Assim como aconteceu em diversos países do mundo, para fugir da crise do capitalismo, no Brasil também foram adotadas medidas neoliberais como forma de desenvolvimento da economia. A partir de 1990, tais medidas se tornaram mais evidentes, especialmente através de uma política “privatizante, nos governos de Collor e de Fernando Henrique Cardoso” (ARAUJO, 2014, p. 65).

Correia e Santos (2015), entendem que a privatização

[...] acontece quando o Estado abdica de ser o próprio agente econômico produtivo e empresarial, através da venda das estatais, e quando ele abdica de ser o executor direto de serviços públicos através do incentivo ao setor privado como fornecedor destes serviços, mediante repasse de recursos públicos ou isenção de impostos (CORREIA; SANTOS, 2015, p.33).

Na lógica privatizante, o Estado tem como função “coordenar e financiar as políticas públicas e não de executá-las, transferindo a execução destas para o setor ‘público não-estatal’ que na realidade é regido pela lógica do privado” (CORREIA; SANTOS, 2015, p.34). Para o neoliberalismo, o Estado não tem capacidade para “resolver os problemas sociais e de

responder adequadamente à diversidade” (HARVEY, 2008, p.51), por isso ele deve ser um mero fomentador de políticas, já que não deve ser seu papel provê-las.

Para Menicucci (2010), a “privatização do público” (p.182) é articulada no interior do próprio Estado pela burguesia, que utilizaria os aparatos públicos em seu benefício. Nesse sentido, a privatização seria “quando o Estado é articulado em seu interior por organizações semissoberanas, como as grandes empresas, as associações sindicais, os partidos políticos” (MENICUCCI, 2010, p.182).

Esse processo seria “determinado pela atuação dos setores conservadores que, em face de uma legislação tida como desfavorável aos seus propósitos, são favorecidos por omissões e brechas para assegurar o *status quo*” (MENICUCCI, 2010, p.116). Nessa perspectiva, o Estado não atua em nome da população, do bem comum, mas representando interesses privados, corroborando a ideia marxista de que o Estado é, no capitalismo, sempre um Estado de classe.

Assim, seguindo as diretrizes do neoliberalismo, de 1990 a 2003, períodos dos governos Collor, Itamar Franco e Fernando Henrique (FHC), foram privatizadas diversas empresas estatais, dentre elas a Siderúrgica Usiminas, a Companhia Siderúrgica Nacional/CSN, Empresa Brasileira de Aeronáutica S.A (Embraer), a Light, Telebrás, Eletropaulo, Vale do Rio Doce e alguns bancos estaduais, além de outras siderúrgicas, bancos estaduais, rodovias, empresas petroquímicas consideradas de pequeno porte (COSTA et al, 2017), aeroportos, estádios⁹, além das políticas sociais. É importante ressaltar que o processo de privatização não parou com o final do governo FHC; ao contrário, continuou e continua nos governos seguintes.

De acordo com Singer (2012), nos governos Lula (2003 a 2011) se deu a continuidade das políticas econômicas adotadas pelo governo de Fernando Henrique. Para ele, “a continuidade do governo Lula com o FHC na condução macroeconômica ‘baseada em três pilares: metas de inflação, câmbio flutuante superávit primário nas contas públicas’ foi uma decisão política e ideológica” (SINGER, 2012, pos. 1186). Ainda para o autor, os governos do Partido dos Trabalhadores – PT, tanto o de Lula quanto o de Dilma,

[...] ao tomar das propostas originais do PT aquilo que não implicava enfrentar o capital como seria o caso da tributação das fortunas, revisão das privatizações, redução da jornada de trabalho, desapropriação de latifúndios

⁹ As privatizações de rodovias, aeroportos e estádios, em sua maioria, se deram sob a forma de concessões.

ou negociação de preços por meio dos fóruns das cadeias produtivas, o lulismo¹⁰ manteve o rumo geral das reformas previstas, não obstante aplicando-as de forma muito lenta (SINGER, 2012, pos.3498).

Singer (2012) também afirma que o se viu, efetivamente, foi um congelamento da situação encontrada, especialmente no que se refere à revisão das privatizações realizadas no governo de FHC. Em outra direção, Bravo e Menezes (2011) ressaltam que os governos Lula deram sequência à contrarreforma do Estado iniciada no governo de Fernando Henrique Cardoso, “encolhendo o espaço público democrático dos direitos sociais e ampliando o espaço privado - não só nas atividades ligadas à produção econômica, mas também no campo dos direitos sociais conquistados” (BRAVO; MENEZES, 2011, p.15).

Em relação ao governo Dilma, as autoras afirmam que ocorreram “cortes orçamentários, restrição de investimentos, medidas de caráter privatista como a abertura do capital da Infraero, a privatização de aeroportos e a nova rodada de leilões do petróleo do Pré-Sal” (BRAVO; MENEZES, 2011, p.17), ou seja, também foi mantida a lógica neoliberal adotada nos governos anteriores. Bravo e Menezes (2011) ressaltam ainda que, nos primeiros seis meses de governo Dilma, ele se mostrou muito “mais privatista e comprometido com a manutenção do atual modelo econômico” (p.17).

Para Costa et al (2017), alguns autores acreditam que o processo de privatização foi positivo para a economia brasileira e somente foi possível a partir da “mudança do pensamento de que privatizar significaria uma ameaça para a segurança nacional” (p.11). Assim, a privatização passou a ser vista como positiva, especialmente porque se percebeu a “importância desse processo para que o país tivesse maior competitividade frente aos mercados externos” (COSTA et al, 2017, p.11).

O discurso proclamado pelos neoliberais e pelos defensores das privatizações se pauta na ideia de este processo reduziria gastos e aumentaria a eficiência tanto da gestão, quanto dos serviços prestados, com vistas à “redução do tamanho do Estado” (ANDREAZZI; BRAVO, 2014, p.501). Entretanto, o que se viu na prática foi um movimento inverso, conforme nos aponta Pronko et al (2011):

Apesar do mito de que o enxugamento do Estado levaria ao crescimento econômico e do emprego, e de que a privatização reduziria o endividamento

¹⁰ O lulismo refere-se a ideia de que “teria havido, a partir de 2003, uma orientação que permitiu, contando com a mudança da conjuntura econômica internacional, a adoção de políticas para reduzir a pobreza – com destaque para o combate à miséria – e para a ativação do mercado interno, sem confronto com o capital” (SINGER, 2012, pos. 72).

público e ampliaria o gasto social, o que se verificou no período Collor foi o aprofundamento da recessão econômica, com quedas na produção, no emprego e no salário, e a desnacionalização da economia; correlativamente, ocorreu o refluxo dos movimentos social e sindical, o aumento do desemprego e da precarização do trabalho, o “caos da saúde” e o sucateamento dos serviços públicos (PRONKO et al, 2011, p74).

Dessa maneira, o Estado passaria de produtor direto de bens e serviços, conforme descrito na CF de 1988, a um “coordenador de iniciativas privadas” (PRONKO et al, 2011, p.77), promovendo o deslocamento de financiamento para o privado, desfinanciando e precarizando o público, enfraquecendo as políticas sociais.

No que se refere à saúde, Bravo e Menezes (2014) corroboram o pensamento de Pronko et al (2011), ao afirmarem que existe uma tendência de financiamento do setor privado e, ao mesmo tempo, de desfinanciamento do público:

Com relação a gestão e financiamento ressalta a tendência em curso do fundo público ser colocado a serviço do financiamento do setor privado, seja através da compra de serviços privados pela rede pública, por meio de convênios, em detrimento da alocação de recursos públicos na ampliação dos serviços públicos, seja através do repasse da gestão, patrimônio, bens, serviços, servidores e recursos públicos para entidades privadas com os denominados “novos modelos de gestão” – Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Fundações Estatais de Direito Privado e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Tendência que está coerente com as recomendações dos organismos financeiros internacionais, dentro do programa de ajuste estrutural, de fortalecimento do setor privado na oferta de serviços de saúde (BRAVO; MENEZES, 2014, p. 79).

Esses modelos de gestão do público a partir da lógica privada, chamados por Mendes e Carnut (2018, p.1114) de “gerencialismo” ou Nova Gestão Pública (NGP) (do inglês *New Public Management - NPM*). Surgida a partir dos anos 1970, mas tendo ganhado força a partir da década de 1990, inclusive no Brasil, a NGP tem “como paradigma a adoção dos critérios da economia privada na gestão da coisa pública” (OLIVEIRA, 2015, p.629), sendo orientada principalmente por valores relacionados à eficiência e qualidade dos serviços públicos. De acordo com Carneiro e Mendes (2015),

Nesse modelo de administração pública, o Estado passaria de provedor e executor exclusivo a coordenador, promotor e fiscalizador de serviços descentralizados, em diferentes âmbitos e esferas governamentais, promovendo, através das diferentes estâncias do governo, uma sociedade voltada para o desenvolvimento econômico e social, além de apresentar uma organização mais flexível, ágil, eficiente, efetiva e descentralizada, com maior proximidade dos cidadãos (CARNEIRO; MENDES; 2015, p. 4).

Este tipo de gestão, como podemos observar em Carneiro e Mendes (2015), segue a receita neoliberal, apresentando, inclusive, termos voltados para a lógica do mercado, como, por exemplo: compreender o cidadão como um cliente em foco; indicar o sentido claro da missão da organização pública; idealizar orçamentos baseados em resultados; expor operações do governo à concorrência; procurar soluções de mercado e não apenas administrativas (CARNEIRO; MENDES; 2015, p. 5). Carneiro e Menicucci (2013, p.152) corroboram essa constatação, ao afirmarem que é característica da NGP “a ênfase que atribui a valores e normas econômicas, sinalizando para a incorporação de princípios e mecanismos de mercado na organização e funcionamento do Estado, em sintonia com a visão do neoliberalismo.

O objetivo central da NGP é dar um enfoque gerencial à administração pública, aplicando métodos da gestão de negócios privados à esfera pública, convergindo em maior autonomia, responsabilização no gerenciamento e na execuções de polícias públicas, através da desregulamentação e da flexibilização da gestão de resultados, “bem como da concorrência administrada, num processo que extravasa os limites estritos da esfera estatal, para envolver articulações com atores privados e organizações da sociedade civil” (CARNEIRO; MENICUCCI, 2013, p.152).

Nesse sentido, para Mendes e Carnut (2018), o gerencialismo, “no cotidiano das práticas gerenciais” (p.1115), intensifica os processos de trabalho, o que faz com que os trabalhadores sejam reféns desses novos modelos de gestão. Com um falso argumento de que, ao se atingir os resultados institucionais os trabalhadores se auto realizarão – discurso consoante com o neoliberalismo -, reproduzimos a chamada “cultura neoliberal do trabalhar” (MENDES; CARNUT, 2018, p. 1116). Dessa maneira, “ realizamos a reprodução do capital nas práticas de desempenho. Isso tem sido a ordem vigente no interior da administração direta dos serviços de saúde” (MENDES; CARNUT, 2018, p. 1116). No entanto, esse processo reforça a fragmentação do trabalho, uma vez que cada trabalhador se torna responsável por uma parcela que constitui o resultado final da instituição (MOROSINI; FONSECA, 2018).

Ainda na saúde, Morosini e Fonseca (2018) acreditam que a NGP ou o gerencialismo “promove a reestruturação do processo de trabalho, direcionando-o para o alcance de metas cujo desenho permita a aferição de resultados mensuráveis; instituindo instrumentos de controle; e construindo formas de contratação entre o setor público e o privado para a oferta de serviços” (MOROSINI; FONSECA, 2018, p.268). Assim, observamos que, para tentar

resolver os problemas dos serviços públicos, são extraídos mecanicamente soluções e técnicas gerenciais do setor privado.

Mendes e Carnut (2018) apresentam dados de uma pesquisa de Carnut realizada em 2015, na qual o pesquisador, através da análise de discurso, estudou as respostas de trabalhadores, gestores, usuários, políticos e pesquisadores sobre o uso de um dos instrumentos do gerencialismo no SUS, o Índice de Desempenho do SUS – como o nome indica, uma ferramenta de avaliação de desempenho do sistema de saúde. O pesquisador concluiu que “os próprios operadores da política de saúde têm dificuldades de realizar uma crítica ao procedimento gerencialista instalado” (MENDES; CARNUT, 2018, p. 1116). Com frases como “uso da ferramenta como um ponto de partida para melhoria dos sistemas de saúde”, “vanguardismo e pioneirismo no uso da ferramenta para avaliar os sistemas de saúde” e “discurso de autoridade” (MENDES; CARNUT, 2018, p. 1117), observamos um apelo dos entrevistados “à tecnicidade, ao discurso ‘modernizante’ e à sintonia com o projeto da globalização financeira” (MENDES; CARNUT, 2018, p. 1117).

Através de um discurso tecnicista de melhoria de processos de trabalho com a utilização de instrumentos de gestão, os trabalhadores repetem o discurso neoliberal de que, para alcançar os resultados, somente o aprimoramento técnico é necessário. Esse “fetiche” pelo gerencialismo e por novos processos de gestão no SUS acabam por não garantir a melhoria dos serviços para a população. De acordo com Mendes e Carnut (2018), esse movimento é uma das estratégias do neoliberalismo. Para os autores,

Essa vertente tenta dissimular que o gerencialismo funciona como estratégia a serviço das classes dominantes, na medida em que sua essência é o Estado mais flexível, leve e ágil para responder os requisitos necessários ao novo regime de produção comandado pela financeirização [...] e não para melhoria da atenção à população (MENDES; CARNUT, 2018, p. 1114).

Também para Carneiro e Mendes (2015), os problemas do SUS não serão resolvidos com novos modelos de gestão, como o gerencialismo, mas sim assegurando-se “as condições materiais necessárias para a efetivação do modelo de gestão preconizado pelo SUS” (BRAVO; MENEZES, 2014, p. 79), o que implicaria na “necessidade de mais recursos para ampliação dos serviços públicos com gestão pública estatal e controle social efetivo” (BRAVO; MENEZES, 2014, p. 79), o que não condiz com a cartilha neoliberal para políticas públicas.

Outro problema apontado pelo uso indiscriminado de instrumentos do gerencialismo é “que pouco ajuda o gestor a identificar os problemas que afetam o SUS, e desqualifica o debate na opinião coletiva” (MENDES; CARNUT, 2018, p.1117). Muitas das ferramentas de gestão estão desenhadas mais para oferecer números para os gestores do que para captar a realidade concreta. Além disso, para Morosini e Fonseca (2018, p.268), “essa concepção de gestão inclui a adoção de incentivos financeiros, com previsão de remuneração diferenciada, para profissionais, equipes, serviços e, até mesmo, níveis intermediários de gestão, em função da produtividade alcançada”, fazendo com que os serviços se organizem a partir de resultados e não a partir das necessidades de saúde dos territórios.

Observamos que o modelo neoliberal apresenta como consequência o enfraquecimento e a falta de serviços de qualidade ofertados ao usuário, especialmente nas áreas da educação e da saúde. Para sanar tais problemas, no lugar de investimentos para a execução de políticas sociais e, conseqüentemente, melhoria da oferta dos serviços públicos, opta-se pela privatização, que, conforme já dissemos, é apresentada como uma das soluções para o Estado garantir o mínimo à população.

1.2 O FINANCIAMENTO (OU SUBFINANCIAMENTO) DA SAÚDE

Para iniciar nossas discussões sobre o financiamento ou subfinanciamento da saúde, é preciso entender de que saúde estamos falando. As discussões realizadas na 8ª Conferência de Saúde e que se tornaram as bases para a parte referente à Saúde na Constituição Federal de 1988 tiveram como resultado a proposta de mudança no conceito, antes entendido como somente a ausência de doença (modelo biomédico). O chamado conceito ampliado de saúde entende como um valor social, ou seja, uma produção das dimensões econômica, social e política. Conforme o documento da 8ª Conferência de Saúde:

Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso 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, 1986a, p. 4).

Assim, a nova visão da saúde e a efervescência do momento democrático vivido no Brasil após o fim do regime militar se mostrou na Constituição Federal de 1988, que aportou

a ideia de que saúde também é um direito da população e que o Estado tem o dever de garanti-lo. De acordo com o artigo 196 da CF de 1988, a saúde é

[...] 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 para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

É esse conceito que orienta a criação do SUS como um sistema de acesso universal e igualitário no que tange à promoção, proteção e recuperação da saúde, como uma proposta de superação ao modelo hospitalocêntrico hegemônico, médico curativo, de alta tecnologia e prática altamente especializada, de alto custo e baixo impacto na saúde, existente no país até sua criação (MENICUCCI, 2003; ALMEIDA, 2014; OLIVEIRA, 2015).

Assim, a criação de um sistema de saúde a partir da ideia de saúde como um direito “inerente à condição de cidadania” (PAIM, 2009, p.51), faz com que o SUS, entendido por Paim (2009), como uma conquista política e social e resultado do movimento da Reforma Sanitária, esteja em um campo de constantes disputas políticas e econômicas.

A saúde como um direito a ser garantido pelo Estado com um sistema único que apresenta como princípios a universalidade, o acesso igualitário¹¹ e a promoção, proteção e recuperação da saúde¹², e que preza pela participação popular “na identificação de problemas e no encaminhamento das soluções, bem como fiscalizar e avaliar as ações e os serviços públicos de saúde” (PAIM, 2009, p.51), faz com que essa conquista seja sempre discutida e questionada quanto aos seus resultados efetivos e seu financiamento.

Ao longo dos seus quase 30 anos de existência, o SUS sempre sofreu a pressão das entidades privadas (especialmente prestadores de serviços, planos e seguros de saúde), seja no que se refere à assistência, seja na gestão de seus recursos. O atendimento universal à população é sempre questionado, especialmente utilizando-se como argumento para seu desmonte a insatisfação da população e a falta de recursos. Para Lima (2014), “em lugar da defesa da universalização do direito à saúde e da busca do fortalecimento e da melhoria dos serviços públicos”, o que assistimos, especialmente nos últimos anos, é uma defesa do

¹¹ O acesso igualitário se refere a um acesso igual e para todos, sem discriminações e preconceitos, independente de situação econômica e financeira. Entretanto, em situações de grandes desigualdades, deve-se ter em mente o conceito de equidade, que é entendido como “tratar os diferentes de forma diferente para que todos tenham direitos iguais” (MINAS GERAIS, 2017, p.30).

¹² A promoção, proteção e recuperação da saúde são entendidos como um “conjunto de ações e serviços, preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema de acordo com a necessidade do usuário” (MINAS GERAIS, 2017, p.29).

aumento da participação da iniciativa privada e do aumento do custeio pelos próprios usuários.

Entretanto, mesmo com esses movimentos contrários, o Sistema Único de Saúde vem se fazendo presente, seja com serviços próprios, seja através de serviços contratados. Assim, para atender seus princípios, o SUS precisa de financiamentos para garantir a provisão dos serviços aos usuários. Silva e Viana (2011) entendem o financiamento e oferta de serviços de saúde “como uma ‘troca’ ou uma ‘transferência de recursos’ entre provedores, usuários e terceiros” (SILVA; VIANA, 2011, p.179) que podem ser públicos ou privados.

Para os autores, recursos públicos são aqueles arrecadados mediante tributos pagos por todos os membros da sociedade (empresas, famílias e indivíduos), podendo ser impostos diretos, indiretos, contribuições sociais, pagos de maneira compulsória e são administrados pelo governo (união, estado e municípios). Já como recursos privados, eles entendem ser pagamentos voluntários, realizados pela população em decorrência de um serviço de saúde realizado.

Silva e Viana (2011) afirmam que tanto o recurso público quanto o privado são arrecadados mediante o pagamento realizado pelos membros da sociedade. O que os diferencia é sua aplicação: “os recursos públicos (...) devem ser aplicados no desenvolvimento de políticas e serviços que beneficiam a população ou parte dela, (...) os recursos privados são utilizados para beneficiar os que possuem capacidade de pagamento para acessar bens e serviços de saúde” (SILVA; VIANA, 2011, p. 180).

Com a Constituição Federal de 1988, o SUS passou a ser uma das três áreas da Seguridade Social¹³ a ser financiada por toda sociedade, de maneira direta ou indireta,

[...] mediante recursos provenientes dos orçamentos das três esferas de governo e de um conjunto de contribuições sociais que incidem sobre a folha de salários e demais rendimentos do trabalho, o faturamento e o lucro das empresas, a receita de concursos de prognósticos (**loterias**) e a importação de bens e serviços do exterior [...] (SILVA; VIANA, 2011, p.188 – grifo nosso).

A recomendação na CF 1988 era de que pelos menos 30% dos recursos deveriam ser destinados à saúde, mas, de acordo com Silva e Viana (2011, p.188), esse valor “nunca chegou a ser implementado na prática”. Para Piola et al (2013, p.21), “o gasto público é muito

¹³ As outras áreas que compõe a Seguridade Social, de acordo com a Constituição de 1988, são a previdência social (artigos 201 e 202) e a assistência social (artigos 203 e 204). Junto com a saúde, essas áreas formam o tripé da Seguridade Social (MINAS GERAIS, 2017, p. 177).

baixo para o país ter, efetivamente, um sistema de cobertura universal e atendimento integral”, dificultando que seja assegurado o acesso universal e integral aos usuários.

Ainda para Piola et al (2013), o Brasil apresenta um sistema de saúde plural no que se refere a fontes de financiamento, pois é reflexo das formas de acesso da população aos serviços de saúde. Nas palavras dos autores:

Essa pluralidade se expressa em quatro vias básicas de acesso da população aos serviços de saúde: (i) o Sistema Único de Saúde (SUS), de acesso universal, gratuito e financiado exclusivamente com recursos públicos (impostos e contribuições sociais); (ii) o segmento de planos e seguros privados de saúde, de vinculação eletiva, financiado com recursos das famílias e/ou dos empregadores, composto por 1.174 operadoras de planos de assistência médico-hospitalar e 427 de planos exclusivamente odontológicos; (iii) o segmento de atenção aos servidores públicos, civis e militares e seus dependentes, de acesso restrito a essa clientela, financiado com recursos públicos e dos próprios beneficiários, em geral atendidos na rede privada; (iv) o segmento de provedores privados autônomos de saúde, de acesso direto mediante pagamento no ato (PIOLA et al, 2013, p.20).

Os recursos para manter os serviços prestados pelo SUS deveriam ser originados da união, dos estados, dos municípios e das contribuições sociais. Entretanto, de acordo com Piola et al (2013), quando o sistema foi criado não se estabeleceu quais os valores os estados e municípios deveriam investir na saúde, “assim, nos primeiros anos após a promulgação da CF 88, estima-se que a maior parte dos recursos públicos destinados para o SUS estava concentrada no nível federal” (PIOLA et al, 2013, p. 26).

Desde sua criação, outras estratégias foram tomadas para que o financiamento da saúde fosse garantido, como empréstimos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) e a criação, em 1996, da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), extinta em dezembro de 2007.

Somente com a Emenda Constitucional 29 (EC 29), de 2000, a definição de um mínimo de aporte anual a ser cumprido pelas três esferas de governo foi estabelecida.

No caso da União, os recursos a serem aplicados em 2000 corresponderiam ao montante empenhado no exercício de 1999 acrescido de, no mínimo, 5%. A partir daí, o valor mínimo seria apurado no ano anterior e corrigido pela variação nominal do PIB, regra esta que permaneceu valendo com a regulamentação da EC-29 pela Lei Complementar 141/2012. Os estados e o Distrito Federal deveriam aplicar, no mínimo, 12% da receita vinculada; os municípios deveriam aplicar 15%, e, em 2000, o percentual mínimo a ser aplicado seria de 7% para esses entes da federação (PIOLA, 2013, p. 27-28).

Mesmo com a definição dos valores a serem investidos pelas três esferas de governo, Piola et al (2013) afirma que diversos estudos mostram que os percentuais nem sempre foram e são completamente cumpridos. Para esses autores, uma das causas do não cumprimento desses percentuais se dá em razão dos vazamentos decorrentes da prática da utilização dos chamados “restos a pagar”. Prática recorrente e legítima da administração pública na qual “parte dos valores empenhados passa para ser paga nos anos seguintes” (PIOLA et al, 2013, p. 31) e que podem eventualmente serem cancelados. Ainda para os autores, esta prática vem sendo utilizada somente como forma de cumprir os dispositivos legais.

Outro fator que pode influenciar no não cumprimento da alocação de recursos para o SUS diz respeito às transferências fundo a fundo. Para Ugá e Marques (2005), a criação das Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1993 e 1996 favoreceu a operacionalização da descentralização através de transferências fundo a fundo, possibilitando a construção de uma política fundada nas necessidades do território:

[...] ao introduzir o mecanismo de transferência para o PAB¹⁴, rompendo com a lógica de repasse global para a saúde integral (NOB 93), criou condições para o surgimento das políticas de incentivos financeiros que se seguiram posteriormente. E, na prática, o que se observou nesses últimos anos foi que a política de incentivos teve pleno sucesso, de modo que os municípios concentraram suas ações no nível de atenção básica (UGÁ; MARQUES, 2005, p.230).

É importante ressaltar que, mesmo com esses problemas de financiamento, o SUS desenvolveu diversos “programas e ações, dentre os quais se destaca o PSF¹⁵” (OCKÉ-REIS, 2012, p.50). Assim, mesmo com o relativo avanço nos programas e ações do SUS, a flexibilização no uso dos recursos transferidos fundo a fundo, se apresenta como um problema. Para Ugá e Marques (2015, p. 231), “é insatisfatório o grau de discricionariedade dos gestores estaduais e municipais sobre a alocação dos recursos oriundos dessas transferências”.

Outro movimento que influencia na transferência de recursos para a saúde é a participação privada na oferta de serviços. Nas palavras de Piola et al (2013),

O subfinanciamento da saúde pública, por um lado, e o excesso de incentivos governamentais para o mercado privado de saúde, por outro, contribuem para que a participação do gasto público com *[sic]* no gasto total com saúde seja menor que o gasto privado, transformando o Brasil no único

¹⁴ PAB é o Piso de Atenção Básica.

¹⁵ PSF é o Programa Saúde da Família.

país com sistema universal de saúde onde o gasto privado supera o público (PIOLA et al, 2013, p.21).

Como discutimos, o financiamento do SUS apresenta, em sua história, diversos entraves para que os recursos destinados à saúde realmente sejam aplicados: não cumprimento da aplicação dos recursos definidos por lei pelos gestores; a alocação de recursos transferidos fundo a fundo para fins que não são os pactuados em lei; a prática de utilização de restos a pagar que podem ser cancelados; e a participação privada. A partir de 2015, o contexto se tornou ainda mais desfavorável no que se refere ao financiamento da saúde.

A aprovação da Emenda Constitucional nº 85/2015 - que alterou a regra de cálculo da aplicação mínima federal, determinou uma nova forma de realizar a execução orçamentária e financeira -, tem como reflexo a diminuição dos recursos federais para a saúde pactuados entre união, estados e municípios (MINAS GERAIS, 2017). Com a aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016 (PEC 241/55), que propôs o congelamento dos gastos a partir de 2018 por 20 anos, a situação tende a ficar mais complexa em relação ao financiamento não somente do SUS, mas de todas as áreas da Seguridade Social e também da Educação.

Rocha e Macário (2016) entendem que tais medidas visam o desmonte dos direitos conquistados com a Constituição Federal:

Na verdade, o arrocho proporcionado pela referida emenda e proposta de emenda à Constituição se trata de um projeto de longo prazo de desmonte da proteção social brasileira, e de manutenção da capacidade do Estado em cumprir sua principal função, qual seja, manter a capacidade de produzir superávits primários que serão sugados pelos mecanismos do endividamento público (ROCHA; MACÁRIO, 2016, p.458).

As duas emendas constitucionais representam o poder do mercado frente à execução de políticas públicas. De acordo com os autores, a ideia de limitar os gastos das despesas primárias (saúde, educação, previdência, assistência social, cultura, entre outros) e não analisar e discutir propostas para as despesas referentes ao pagamento de juros e amortização da dívida pública tem reflexos na operacionalização de programas e ações das áreas que compõe as despesas primárias, mas, principalmente, vão sufocar a orçamento brasileiro a longo prazo (ROCHA; MACÁRIO, 2016).

A opção por medidas que tendem a enfraquecer políticas sociais são o reflexo do modelo econômico adotado pelo governo brasileiro, o modelo neoliberal, que tem como uma

de suas características a privatização de serviços e bens públicos. E, nesse cenário, a saúde também é privatizada de diversas formas.

1.3 PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

Historicamente, a participação de empresas privadas na oferta de serviços de saúde sempre esteve presente. A partir da década de 1940, quando se deu o aumento da medicina previdenciária, baseada num modelo hospitalocêntrico, gradualmente, ocorreu um aumento nos números de hospitais, “delineando a partir daí uma tendência à predominância do setor empresarial lucrativo sobre o religioso, filantrópico e mutualista” (LIMA, 2016, p. 223).

Esse fato se tornou mais marcante a partir da década de 1960, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que aumentou significativamente o número de hospitais previdenciários. Ao mesmo tempo, a estrutura hospitalar privada crescia e se fortalecia, inclusive ofertando serviços para o Estado.

Para Lima (2016), o que se observou foi uma “tendência de integração entre Estado, empresas médicas e empresas industriais de saúde” (LIMA, 2016, p.228), que se deu tanto no financiamento quanto na oferta de serviços. O Estado inclusive criou medidas para garantir essa participação.

Até a década de 1980, ocorreu um aumento progressivo de empresas privadas na saúde, sempre amparado por políticas de governo coniventes. Tal situação foi criticada pelos participantes do movimento de reforma sanitária, que discutiu uma “mudança da direção política de saúde com o privilegiamento do setor público” (LIMA, 2016, p.236). Inclusive na 8ª Conferência de Saúde, foi proposta a “progressiva estatização do setor” (BRASIL, 2009a, p.18) que não consta na CF e que nunca se operacionalizou.

Para Lima (2016, p.237), algumas questões tiveram que ser acordadas internamente e “o resultado foi uma solução negociada do artigo 199 da Constituição, que define que a assistência médica é livre à iniciativa privada”. Não poderia ser diferente, uma vez que, na Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) responsável pela elaboração do relatório que orientou a publicação da seção da saúde na Constituição, participaram diversas entidades que defendiam os interesses das empresas privadas, como a Federação Brasileira de Hospitais

(FBH), entidade que representa o setor hospitalar privado e filantrópico (BRASIL, 2009a; PAIM, 2008)¹⁶.

É neste contexto que foi promulgada a Constituição Federal de 1988, que criou o Sistema Único de Saúde no Brasil, tendo como premissa que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas” (BRASIL, 1988). Com a proposta de um acesso universal e igualitário, financiado “com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes” (BRASIL, 1988).

Entretanto, mesmo com diversos dispositivos legais tentando garantir que os recursos arrecadados fossem realmente destinados à saúde, “infelizmente nenhum governo que se seguiu à promulgação da Constituição de 1988 cumpriu esse dispositivo” (MENDES; MARQUES, 2009, p. 843), configurando um processo histórico de subfinanciamento do SUS. Mendes (2015) nos mostra tal fato, afirmando que:

Se o artigo 55 das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal fosse aplicado, 30% dos recursos da Seguridade Social deveriam ser destinados à Saúde, mas isso nunca foi feito. Em 2013, o Orçamento da Seguridade Social foi de R\$ 651,0 bilhões, sendo que se destinados 30% à saúde, considerando os gastos do governo federal, corresponderiam a R\$ 195,3 bilhões, mas a dotação é a metade disso. Isso mostra claramente o subfinanciamento (MENDES, 2015, p. 14-15).

Além do não cumprimento do dispositivo legal, outra questão que interfere diretamente no subfinanciamento do SUS diz respeito ao fato de que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada” (BRASIL, 1988). Assim, de acordo com o artigo 199 da Constituição Federal, as diversas instituições de saúde privada podem tanto ofertar serviços de saúde de forma complementar, quanto suplementar ao SUS.

Para ofertar serviços de forma complementar ao SUS, a Constituição apresenta algumas normatizações:

¹⁶ De acordo com Paim (2008), a CNRS era constituída de maneira paritária por órgãos governamentais e sociedade civil, sendo composta por “Ministério da Saúde (Secretário Geral e Presidente da Fiocruz); Ministério da Previdência e Assistência Social (Secretário de Serviços Médicos e Presidente do Inamps); Ministério da Educação e Cultura (Secretário de Educação Superior); Ministério do Trabalho; Ministério do Desenvolvimento Urbano; Ministério de Ciência e Tecnologia; Secretaria de Planejamento da Presidência da República; Conass (2 representantes, sendo um o Presidente); Câmara de Deputados (Comissão de Saúde); Centrais Sindicais tais como: Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag), CGT e CUT; Centrais Patronais: Confederação Nacional da Indústria (CNI), CNC e CNA; Prestadores Privados (Confederação das Misericórdias do Brasil e FBH); Profissionais de Saúde (Federação Nacional dos Médicos); Confederação Nacional das Associações de Moradores (Conam)” (p.127).

§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei (BRASIL, 1988).

Dessa maneira, no lugar de financiar adequadamente e aperfeiçoar as instituições públicas, o governo oferece incentivos para a participação de instituições privadas na saúde, mediante redução de Imposto de Renda e “renúncias fiscais que experimentam as entidades sem fins lucrativos e a indústria farmacêutica, por meio de seus medicamentos” (MENDES, 2015, p.16). Para Mendes (2015), os incentivos à participação privada na saúde vêm como uma resposta à necessidade de valorização de capital, o que atende às demandas de mercado e, conseqüentemente, as da burguesia.

Para Menicucci (2010), existem diversos significados para o termo “privatizar” no setor saúde:

Há divergências sobre o significado do termo ‘privatização’ quando se trata dos serviços de saúde, o qual pode incluir tanto a venda de ativos ou serviços ao setor privado quanto formas indiretas, como a gestão privada de unidades de saúde públicas, o fortalecimento do setor privado ante o público, a delegação de serviços ao setor privado ou o aumento dos seguros e dos hospitais privados. Compartilho da concepção de Polanco (1995), que considera que o termo ‘privatizar’ delimita um determinado tipo de ação mediante a qual as relações de propriedade, controle ou usufruto passam para as mãos de entidades jurídicas de natureza privada. Por essa definição, ficariam excluídos os processos de crescimento do setor privado preexistente a uma decisão de privatizar e que não obedecem a uma decisão política explícita de privatizar (MENICUCCI, 2010, p.187).

Ela ressalta que as diferentes modalidades de privatização têm um único propósito: transformar o que era direito em uma mercadoria, impulsionando a mercantilização do que seja rentável no que se refere aos serviços de saúde (MENICUCCI, 2010). Assim, a ampliação do privado em detrimento ao incentivo de políticas sociais e serviços públicos, demonstram a hegemonia do setor privado e da lógica mercantil como orientador do setor saúde e, conseqüentemente, favorecem as políticas de ajuste de econômico e impulsionam a

“mercantilização dos setores rentáveis dos serviços de atenção à saúde” (MENICUCCI, 2003, p.46).

Lavinias (2015) corrobora a ideia de Menicucci (2003) ao afirmar que, ao subordinar as políticas sociais à acumulação e ao lucro das empresas, com o propósito de “sanar as iniquidades e tornar as sociedades mais igualitárias” (LAVINAS, 2015, p.19), o que se tem, na verdade, é a apropriação do privado, através do endividamento público. Ainda para Lavinias (2015, p19), seria o “bem-estar social levando à privatização de seus serviços e transformando a política social num setor antes voltado para a acumulação e o lucro das empresas privadas”.

Já para Sestelo et al (2014), existe “uma intenção velada de estabelecer certa igualdade e neutralidade entre as dimensões pública e privada do sistema de serviços de saúde” (p.618) resultante da expansão do processo de privatização na América Latina a partir dos anos 1980.

No caso específico do Brasil, a expansão da participação privada nas esferas governamentais foi estimulada por políticas sociais que promoveram a privatização da atenção à saúde,

[...] seja por meio de credenciamento de consultórios médicos, seja pela remuneração e criação de clínicas diagnósticas e terapêuticas especializadas, hospitais, ou ainda mediante incentivos às empresas de planos e seguros de saúde. O subsistema privado de saúde se imbrica com o setor público oferecendo serviços terceirizados pelo SUS, serviços hospitalares e ambulatoriais pagos por desembolso direto, medicamentos e planos e seguros de saúde privados. Parte dessa oferta é financiada pelo SUS e o restante, por fontes privadas (JURCA, 2011, p.3).

Para Bahia (2011, p. 116), a privatização “repousa na noção de que o privado alivia o público de uma carga desnecessária; é mais eficiente e possui maior capacidade e velocidade de inovação”. Nesse sentido, o privado seria mais eficiente na aplicação dos recursos e operacionalização de ações. A autora também afirma que “o processo de privatização da saúde seria determinado pela atuação dos setores conservadores que, em face de uma legislação tida como desfavorável aos seus propósitos, são favorecidos por omissões e brechas para assegurar o *status quo*” (BAHIA, 2011, p.116), corroborando Menicucci (2010) que também afirma tal interesse da classe hegemônica.

É importante lembrar que o sistema de saúde brasileiro é composto tanto por instituições públicas quanto privadas, que podem atuar de maneira complementar ou suplementar ao SUS ou através de planos e seguros de saúde. Com esta observação, Bahia

(2011) afirma que a dicotomia entre o que é o público e o que é o privado na saúde é uma tarefa difícil, uma vez que seus conceitos e ações entrecruzam o tempo todo.

Como a rede ‘pública’ é integrada por estabelecimentos privados (entre as quais as filantrópicas) e a ‘privada’ por instituições públicas (entre as quais estabelecimentos estatais), a rigor a rotulação público ou privado resulta de uma apropriação bastante singular – uma transposição de características da demanda (a cobertura ou não por planos e seguros privados de saúde) à oferta de ações e serviços de saúde (BAHIA, 2011, p.119).

Já Menicucci (2010) afirma que existe uma variedade grande de significados para a noção de público e privado e suas relações. Esses significados podem ser sociais, históricos e disciplinares, entretanto, mesmo com essa gama de dimensões, para a autora, “é possível identificar pontos de conexão entre as diferentes concepções” (MENICCUCCI, 2010, p.181).

No que se refere ao setor saúde, Menicucci (2010) corrobora as conclusões de Bahia (2011) ao afirmar que existe uma inter-relação entre o público e privado e que não se pode pensá-los de maneira separada. Heimann et al (2011) também acredita que as diversas perspectivas pela qual se pode analisar a relação público-privado (política, econômica, administrativa, técnica, jurídica) corporifica os “impasses histórico-sociais, como a concentração de renda e o predomínio de interesses de grupos e setores econômicos” (HEIMANN et al, 2011, p. 208). Sestelo et al (2017, p. 1119) afirma que “é possível inferir que a dinâmica de interação público-privada nos serviços de saúde pode ser muito mais complexa do que se supõe em algumas análises que estabelecem uma dicotomia entre esses dois setores como compartimentos estanques, a saber, um público e outro privado”.

É nessa conjuntura, no qual público e privado se apresentam muitas vezes como antagônicos e ao mesmo tempo complementares, que os usuários são atendidos nos serviços de saúde. Santos et al (2013) afirma que

Uma das características apresentadas pelo mix público-privado no sistema de saúde brasileiro diz respeito à prestação e produção de serviços. O SUS produz serviços em unidades de saúde, incluindo os hospitais públicos e os privados complementares, estes últimos podendo ser conveniados ou contratados. É nos casos em que os serviços de saúde não são prestados em unidades próprias (públicas), que ocorre uma primeira forma de imbricamento público-privado no campo da prestação dos serviços. Nesta, a compra e a venda de serviços de saúde se dá entre o poder público e os prestadores privados (SANTOS, 2013, p. 76).

Ainda para Bahia (2011), a díade público-privado ultrapassa os limites da assistência à saúde, incluindo o que ela denomina de “três indústrias (...): as empresas de planos e seguros

de saúde; a indústria farmacêutica, de vacinas e hemoderivados e a de equipamentos” (idem, p. 120). Além dessas áreas de atuação do privado, a autora nos fala da atuação de instituições privadas no saneamento, na produção de alimentos, de bebidas e de agrotóxicos, e na formação de recursos humanos para o setor saúde, além das empresas de mídia e marketing.

Correia e Santos (2015, p.35), por exemplo, apresentam um estudo sobre a privatização no que elas chamam de “novos modelos de gestão” que se materializam nas “Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), e Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) e, mais recentemente, através da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)” (CORREIA; SANTOS, 2015, p.35-36). Para elas, o Estado ajuda a quebrar as amarras impostas pelo direito público, eximindo-se da responsabilidade tanto da gestão dos serviços, quanto de sua oferta.

Observamos que existe uma linha tênue que separa o público e o privado na saúde brasileira, tanto no que se refere ao entendimento de seus significados quanto na operacionalização de suas ações. Mesmo neste quadro marcado pelo subfinanciamento e participação ativa de instituições privadas, o SUS conseguiu ofertar programas, ações e serviços aos usuários. Com os processos de descentralização e regionalização¹⁷ da saúde na década de 1990 (COELHO, 2011), aconteceu um aumento significativo da oferta de serviços de saúde assistenciais públicos, especialmente por parte dos municípios com ambulatórios e serviços da atenção básica. Ao mesmo tempo, observou-se um aumento no repasse de recursos públicos para o setor privado, especialmente no que se refere à média e alta complexidade.

Para SANTOS (2015), essa situação foi necessária no período de criação do SUS, uma vez que ele não possuía rede própria para o atendimento proposto na constituição. Ela ressalta que mesmo antes de sua criação, na época do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), 70% dos serviços eram privados e “fatalmente, teria o SUS que contar com os serviços privados ‘que já complementavam’ os serviços prestados pelo INAMPS aos seus beneficiários” (SANTOS, 2015, p.820). De acordo com Araújo (2014),

¹⁷ A descentralização e a regionalização são princípios norteadores da organização político-territorial do SUS (LIMA; VIANA, 2011). A descentralização é entendida como a “transferência de poder decisório, da gestão de prestadores de serviços públicos e privados e de recursos financeiros, antes centrados nas esferas federal e estadual para os estados e principalmente, para os municípios” (LIMA; VIANA, 2011, p.39). Já a regionalização é entendida como a necessidade de se “formar redes de atenção à saúde nos diversos espaços geográficos” (LIMA; VIANA, 2011, p.40).

Ao tomar como referência a produção de serviços e os gastos públicos realizados no pré-SUS e pós-SUS, observa-se um movimento contraditório: o notável aumento da quantidade de atividades assistenciais pelos prestadores de serviços públicos e estatais, principalmente os ambulatoriais municipais e a relativa estabilidade no volume de transferências de recursos financeiros governamentais para o privado-público, assim nomeado o setor privado que recebe recursos do Estado para prestar ou gerir serviços. Com a progressiva construção de serviços próprios do SUS, o volume das contratualizações com o setor privado deveria ter diminuído, entretanto, a realidade dos municípios e dos estados evidencia a manutenção da relação público-privada consubstanciada nos contratos de serviços, principalmente, nas áreas laboratoriais e de diagnóstico (ARAÚJO, 2014, p.71).

Assim, mesmo com a descentralização e regionalização e na tentativa de garantir um atendimento universal e integral, a oferta de serviços por entidades privadas é cada vez mais presente. Para GUERRA (2015), diversos fatores contribuem para que a organização proposta apresente dificuldades e tenha que se recorrer ao privado nas contratualizações de serviços, como por exemplo: condições políticas, técnicas e financeiras diversas entre os municípios; diferenças entre as necessidades de saúde nos territórios; relação entre estados e municípios frágeis; disputa entre estados e municípios que dificulta a autonomia dos últimos na gestão dos recursos no seu território; fragmentação dos serviços e ações da saúde que não garantem a integralidade de atendimento aos usuários (GUERRA, 2015).

Para Menicucci (2010), a expansão de serviços de saúde, especialmente a participação de instituições privadas na oferta, está relacionada ao reconhecimento “do caráter de classes das sociedades modernas” (MENICUCCI, 2010, p.186) condicionadas a reproduzir os ditames do capitalismo, do neoliberalismo e, assim, a fomentar a ideia da saúde como mercadoria, um bem a ser consumido e um espaço para a acumulação capitalista. Júnior (2011) corrobora a ideia de Menicucci (2010), afirmando que a exploração da saúde é “um dos maiores negócios econômicos do país” (JÚNIOR, 2011, p.37) e que ele foi intensificado durante o processo de implantação do SUS.

Bravo (2010) também aponta que no Brasil, na segunda metade da década de 1990, consolidou-se um “projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista” (p.213), que teve como tendência “a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central” (BRAVO, 2010, p.213). Assim, é responsabilidade do Estado garantir um mínimo a uma população que não pode pagar e para o privado, o atendimento aos “cidadãos consumidores” (BRAVO, 2010, p.213). Em decorrência desse projeto de saúde, são defendidas ideias como a de que o Estado tem que atender

somente populações vulneráveis, questionando-se a universalidade de acesso, e que ele deve privatizar serviços (BRAVO, 2010).

É nesse cenário neoliberal que emergem discursos de que a saúde é um bem a ser valorizado por todos. Entretanto, esse valor pode ser compreendido de diversas maneiras. Como conceito advindo da economia, o valor pode ser designado como “o atributo que dá aos bens materiais sua qualidade de bens econômicos” (SANDRONI, 1999, p.625).

Já Pedro (2014, p.493) compreende valor como “qualidade abstrata preferencial atribuída pelo sujeito suscitada pelas características inerentes de determinado objeto que satisfazem as necessidades e interesses daquele”. Assim, valorar algum objeto não é uma ação neutra, ela depende das relações estabelecidas entre sujeito, objeto, mundo e realidade (PEDRO, 2014).

Podemos, por exemplo, atribuir ao valor um sentido filosófico, na qual o ato de valorar está intimamente ligado ao existir, ou seja, o ser humano atribui valores, como, por exemplo, bom ou ruim, configurando-se em um ato “subjetivo e relacional e, por outro lado, objetivo e material, porquanto esse valor advém de um objeto que possui um determinado conjunto de qualidades que não foram indiferentes ao sujeito que as apreciou” (PEDRO, 2014, p.491). Assim, valorizar a saúde poderia ser compreendida como algo bom a ser pleiteado por toda população, tornando-se um bem a ser buscado por todos.

Também é possível atribuímos valor à saúde no sentido social, na qual a saúde pode ser compreendida como direito, e, assim, seu valor social é corresponde a melhorias da saúde da população. Nesse caso, “esse valor é criado quando os recursos, os processos, os produtos e os serviços de uma organização são utilizados para gerar melhoria nas vidas dos indivíduos ou da sociedade como um todo” (PEDROSO; MALIK, 2012, p. 2758). Para Pedro e Malik (2012), é esse valor social atribuído à saúde que justifica a existência de organizações sem fins lucrativos, como, por exemplo, os hospitais filantrópicos.

Já no sentido econômico, valor tem a ver com “algo que é valioso e que se pode usar ou trocar” (PEDRO, 2014, p.489), nos remetendo à ideia de mercadoria, que pode ser entendida como um objeto externo que, a partir de suas propriedades específicas, é capaz de satisfazer alguma necessidade humana (MARX, 2011). Para Marx (2011), valor é o resultado do tempo de trabalho cristalizado para a produção de uma mercadoria. Nesse sentido, o valor pode ser considerado como de uso – utilidade da mercadoria -, ou de troca – proporção na qual os valores de uso são trocados por outros valores de uso. O autor ressalta ainda que, na

relação de troca de mercadorias, uma característica marcante é que os valores de uso são abstraídos, já que nesse processo, elas “são antes de tudo, de diferente qualidade; como valores de troca, elas podem ser apenas de quantidade diferente, sem conter, portanto, nenhum átomo de valor de uso” (MARX, 2011, p.160).

Ainda para o autor, “uma coisa pode ser valor de uso sem ser valor. É esse o caso quando sua utilidade para o homem não é mediada pelo trabalho” (Marx, 2011, p. 164), como exemplos ele cita o ar, a terra virgem, campos naturais, madeira bruta.

Nessa perspectiva econômica, a saúde pode ser compreendida como uma mercadoria a ser adquirida pelos usuários, por isso é necessário que ela seja valorada como algo imprescindível ao ser humano, algo a ser conquistado mediante a compra desse bem.

Para Pedroso e Malik (2012), no sentido econômico, o valor em saúde

pode ser definido como a diferença entre os benefícios auferidos pelos clientes que compram os produtos e serviços e os custos econômicos para a empresa que os fabrica e entrega. Assim, o valor equivale ao conceito econômico de excedente total, que é igual à soma dos excedentes do produtor do consumidor (PEDROSO; MALIK, 2012, p.2758).

Os autores apresentam também a ideia de “valor compartilhado”. Para eles, seria uma “capacidade de uma organização aumentar sua competitividade e, simultaneamente, proporcionar melhorias nas condições econômicas e sociais da comunidade em que ela convive” (PEDROSO; MALIK, 2012, p.2758). Esta visão está associada à questão de responsabilidade social, na qual as empresas deveriam se preocupar tanto com os resultados econômicos quanto com o bem-estar social.

Observamos aqui que a ideia de “valor compartilhado” tem como efeito discursivo a perspectiva de que não há conflito entre uma produção humana, coletiva e democrática da saúde e o capitalismo. Nela, por uma questão de responsabilidade, as empresas deveriam produzir saúde concomitantemente com a geração de seus lucros. O que, de fato, é uma falácia, uma vez que, para realizar ações sociais, as instituições recebem incentivos e isenções do Estado, sendo que, em muitos casos, os benefícios propostos não são de acesso à grande parte da população. Ademais, oblitera-se o fato de que um limite fundamental do capitalismo é sua inexorável necessidade de transformar tudo em mercadoria: a saúde, incluindo os corpos humanos e o meio ambiente, é mais uma dimensão deste processo.

Neste quadro, na qual a saúde passa de direito à mercadoria a ser valorada, a participação privada se fortalece, ainda mais quando o Estado favorece tal participação

mediante políticas e também pela inobservância de regras fiscalizadoras para os prestadores de serviços para o SUS.

Embora tenha havido o fortalecimento do setor público estatal da saúde com o fortalecimento do SUS, nem os prestadores privados de serviços passaram a ser controlados sendo coibidos seus lucros abusivos, e nem muito menos foi considerada a possibilidade de expropriação dos estabelecimentos privados nos casos de inobservância das normas estabelecidas pelo setor estatal (ARAUJO, 2014, p.71).

Assim, uma parcela dos serviços por instituições privadas vêm sendo ofertados sem uma fiscalização adequada do Estado no que tange tanto à qualidade de atendimento aos usuários do SUS, quanto à efetiva execução dos serviços correspondente aos valores repassados. Assim, a partir da ação do próprio Estado, incentiva-se a participação de instituições privadas em “detrimento ao desenvolvimento de serviços públicos de saúde” (PINHEIRO FILHO, 2017, p.2), acarretando problemas com a regulamentação da oferta de serviços complementar e suplementares ao SUS ofertados por instituições privadas.

As variadas formas de atendimento aos usuários do SUS são reflexos dos diversos modos de se prestar assistência à saúde atualmente aceitas pelo sistema brasileiro. Reconhecido como um “bom pagador” pelo mercado, já que mesmo pagando um valor menor para os prestadores de serviços, o pagamento é garantido, o que possibilita que os prestadores privados continuem a ofertar os serviços. Muitas vezes, esses prestadores atuam com a chamada “dupla porta de entrada”, especialmente hospitais, fazendo com que os atendimentos aos usuários do SUS sejam precarizados. Para Santos (2014), a dupla porta de entrada

[...] traduz-se pela preferência de atendimento nos hospitais públicos, às pessoas que possuem planos ou seguro-saúde, ou que se dispõe a pagar pelos serviços prestados. Para cada tipo de clientela, um tipo de acesso aos serviços; para os que pagam, garante-se atendimento prioritário, sem filas, em sala de espera confortável, com consulta pré-agendada etc.; aos demais (cidadãos brasileiros, com direito à saúde de forma igualitária), o atendimento é de segunda classe; consulta e exames com espera de semanas ou meses, filas, a insensatez e o desrespeito na marcação de todas as consultas do dia em um único horário; salas de espera sem o menor conforto, cirurgias agendadas em datas incompatíveis com a necessidade da intervenção e assim por diante (SANTOS, 2014).

Ainda para essa autora, tal prática tem sido comum entre os hospitais públicos e é vista como uma forma de gerir o público como um hospital privado. Tal gestão é feita por uma fundação privada, que divide os usuários em duas categorias: os com e os sem planos de

saúde, ocasionando um atendimento desigual, ferindo os preceitos constitucionais (SANTOS, 2014).

A privatização dos serviços de saúde não se dá somente na assistência hospitalar. Dentro do SUS ocorrem outras modalidades de privatização. Pronko et al (2011) apontam algumas delas:

[...] a implementação das organizações sociais foi apenas uma das modalidades de privatização dos serviços públicos. Concomitantemente a essa iniciativa, foram criadas entidades de direito privado, paralelas aos hospitais, como as fundações privadas de apoio, com ampla autonomia para a captação e o gerenciamento de recursos financeiros. A terceirização atingiu também: a gerência de unidades hospitalares públicas, com a transferência da gerência dos hospitais estatais para entes privados, lucrativos ou não lucrativos; as atividades assistenciais e/ou dos serviços especializados do hospital, substituindo-se o servidor público por prestadores privados organizados em cooperativas de profissionais de saúde; as áreas de limpeza, manutenção e segurança; setores como os de hemoterapia e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; a força de trabalho – por meio da instituição de cooperativas, fundações e organizações não governamentais (ONGs) como formas de contratação, flexibilização e gestão de pessoal, como no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e no Programa Saúde da Família (PSF). [...] Por último, houve a implantação de consórcios intermunicipais, organizados na forma de pessoa jurídica de caráter privado (PRONKO et al, 2011, p. 84).

Ainda para esses autores, essas terceirizações tiveram como consequências a retirada de direitos trabalhistas e sociais já adquiridos, reflexo da flexibilização dos processos de trabalho e dos contratos.

É importante dizer que, de acordo com Bahia (2008), a partir da década de 1990, “houve uma ampliação do componente público, em termos de capacidade instalada, produção de serviços e repasses financeiros” (BAHIA, 2008, p.141). Ao mesmo tempo, a participação de um ator na oferta de procedimentos de maior complexidade aumentou: os hospitais filantrópicos.

O relatório “Rede Hospitalar Filantrópica no Brasil: perfil histórico-institucional e oferta de serviços” (BRASIL, 2001) entende que estas instituições se encontram em uma fronteira entre o público e o privado, o que lhes dá uma característica peculiar:

[...] propicia a vantagem ímpar de poderem, ao mesmo tempo, somar a eficiência e a flexibilidade que se atribui ao mercado - depurada do problema da exclusão dos que podem menos ou dos que não podem pagar pelo serviço (pois que elas não são mercado) - e realizar os objetivos de equidade e justiça sociais das entidades públicas, sem os vícios da ineficiência, do

desperdício e da rigidez, atribuídos às burocracias públicas (pois que elas não são governo) (BRASIL, 2001, p. 2).

Ao apresentar esse caráter ambíguo descrito no relatório, os hospitais filantrópicos seriam a melhor opção privada para ofertar serviços ao SUS, uma vez que, além de apresentar maior eficiência, não estariam presos a possíveis amarras que impediriam o público de funcionar. Entretanto, para alguns estudiosos, essa ambiguidade seria um artifício para que esses hospitais pudessem utilizar das vantagens tributárias e fiscais decorrentes de sua estrutura e finalidade social - “impedimento de distribuir lucros e dividendos, restrições severas de alienação e transferências patrimoniais, utilidade pública” (BRASIL, 2001, p.2). Além disso, também de acordo com o relatório, os hospitais filantrópicos poderiam “acobertar, em seu interior, negócios lucrativos vinculados a grupos, promovendo dessa forma a privatização de fundos públicos e comprometendo o discurso universalista e igualitário do SUS” (BRASIL, 2001, p.2).

De acordo com Bahia (2008), desde os anos 1980, em um contexto de denúncias de fraude e crise financeira da Previdência Social, a intervenção do Estado na questão favoreceu o aumento da expansão da participação de entidades filantrópicas, conjugada com a diminuição da contratação de prestadores privados não filantrópicos e o “crescimento da capacidade instalada pública” (BAHIA, 2008, p.141). Essa situação reflete um cenário que traduz os interesses de agentes sociais que se manifestam em forma de políticas sociais. Tal fato se deu uma vez que “as medidas postas em prática de sanear a crise da Previdência Social do final dos anos 1970, calcadas na racionalização da assistência médico-hospitalar, voltaram-se contra parte dos prestadores privados” (BAHIA, 2008, p.144). A autora ressalta que foram esses mesmos hospitais que foram beneficiados pelas políticas previdenciárias de anos anteriores.

É nesse cenário favorável que os hospitais filantrópicos ganharam força. Entretanto, somente a partir dos anos 2000, foi que eles conseguiram uma nova configuração no SUS, através de políticas de fomento, de isenções fiscais e flexibilização de atendimento, conforme discutimos no item a seguir.

1.4 UMA DAS FACES DA PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE: DA CARIDADE AO MERCADO

Diante da “polissemia”¹⁸ do entendimento dos conceitos público e privado no SUS, é inegável a participação do componente privado na oferta de serviços para os usuários, possibilitando o entendimento de que, na verdade, ele não é antagônico ao SUS, e sim inerente ao sistema (BAHIA, 2008).

É nesse cenário que, no “subconjunto do privado” (BAHIA, 2008, p.140), aparecem as entidades filantrópicas¹⁹ ou beneficentes como um grupo que foi fortalecido por políticas e financiamentos específicos para que conseguissem prestar seus serviços ao SUS. Entretanto, é preciso entender que a filantropia na saúde não é algo novo, mas que sofreu mudanças de acordo com as mudanças também sofridas pelo capitalismo.

Esta transição se expressa inclusive na literatura da área, que aponta um movimento do modelo caritativo confessional, orientado pela benevolência e fé católica, para o modelo filantrópico, no qual a ideia era substituir a fé pela ciência e buscar uma assistência mais organizada do que no modelo caritativo (SCOPINHO; ROSSI, 2017).

De acordo com Scopinho e Rossi (2017),

na metade do século XX, surgiram grupos políticos, médicos e jurídicos que criticavam o modelo caritativo confessional e defendiam os ideais utilitaristas e liberais consolidados na Primeira República. Como contraponto às atuações dispersas, moralizantes e efêmeras da caridade, o movimento filantrópico procurou substituir a fé pela ciência e postular uma assistência mais organizada e controlada pelo Estado (SCOPINHO; ROSSI, 2017, p.78).

Entretanto, com o passar do tempo, as duas vertentes incorporaram discursos mútuos e, de acordo com as autoras, “passaram a se orientar por um mesmo objetivo: a manutenção do *status quo*, por meio da dominação e tutela sobre o pobre e as verbas públicas a ele destinadas” (SCOPINHO; ROSSI, 2017, p.78).

Mesmo com caridade e filantropia se confundindo em práticas e discursos, Marques (2011) conceitua e diferencia os dois termos. Para ela, a

¹⁸ Multiplicidade de sentidos.

¹⁹ O termo “filantropia” é de origem grega e, para BRASIL (2017a, p. 57), se refere à “modalidade na qual é classificada uma operadora que se constitui como pessoa jurídica, sem fins lucrativos, de utilidade pública e detentora de certificado de entidade beneficente de assistência social, emitida pelos órgãos competentes”.

filantropia é, na língua francesa, um neologismo do século XVIII para designar uma virtude que se considerava natural do ser humano, que é o amor por seu próximo, uma laicização do sentimento da caridade. A caridade é fruto do amor por Deus que leva ao ato de fazer o bem aos outros; a filantropia diz respeito à humanidade. Na filantropia, as ações dos indivíduos em favor da sociedade são consideradas como um sentimento natural, pois a felicidade pessoal só pode ser assegurada quando reina a prosperidade social (MARQUES, 2011, p.112).

Fernandes (1994) entende que a “tradição” filantrópica tem sua origem nas instituições religiosas, especialmente a católica, que mantinham e ainda mantém as chamadas “instituições de caridade, que são muitas e antigas, vivem do trabalho voluntário e de doações privadas, quase sempre canalizadas por uma organização religiosa” (FERNANDES, 1994, p.95). Para o autor, essa filantropia assumia um caráter pessoal, pois os fiéis eram chamados para contribuírem através de doações. Já as empresas e negócios não participavam dessa tradição, não tendo os empresários a responsabilidade em participar ou contribuir enquanto empresa (FERNANDES, 1994).

No setor saúde, para Brasil (2001 p.22), “a filantropia teve um caráter dominante na política de atendimento médico à população carente até os primeiros anos após a proclamação da República”. Especialmente operacionalizada pelas Santas Casas²⁰, a assistência se dava de diversas formas, como, por exemplo, manutenção de orfanatos, asilos para idosos, hospitais, ambulatórios e hospícios (BRASIL, 2001).

Mesmo com esse caráter assistencial, as Santas Casas eram detentoras de grandes patrimônios e, à época, compor suas Mesas Administrativas significava prestígio, reconhecimento social e outros benefícios, como ser merecedor de créditos em bancos e no comércio, já que com isso se conseguia ampliar o poder econômico. Essas mesas eram “lideradas por gente de bem - oficiais de altas patentes da administração pública, por profissionais de prestígio ou por cidadãos abastados, independentes das autoridades civis ou eclesiásticas” (BRASIL, 2001, p. 22).

Também havia um grande interesse na possibilidade de administrar o grande patrimônio das Santas Casas. Ser o administrador ou líder da Mesa Administrativa dava a conotação de credibilidade, integridade e capacidade, favorecendo a obtenção de cargos em Câmaras Municipais (BRASIL, 2001). Havia também benefícios no que tange ao tratamento à

²⁰ De acordo com Brasil (2001), as primeiras Santas Casas do país tiveram origem no período colonial e tinham um caráter assistencial, cuidando de menores abandonados, doentes, necessitados e realizando enterros de indigentes.

saúde e à velhice dos benfeitores: instalações especiais para os benfeitores, “abrigo e cuidado na doença e na velhice, além das garantias de um sepultamento adequado e de preces após a morte” (BRASIL, 2001, p. 23-24).

Além das doações dos benfeitores, outras fontes ajudavam a manter essas instituições filantrópicas, especialmente através da participação direta ou indireta do Estado, seja com recursos financeiros, seja pela prática mantida até hoje de isenção de impostos. De acordo com Brasil (2001), mesmo com essas fontes de recursos, “as instituições filantrópicas nunca deixaram de cobrar diretamente pelos serviços que ofertavam, especialmente daqueles que podiam pagar pela prestação de assistência médica, combinando voluntarismo com negócios, característica que permanece nos dias atuais” (p.25).

De acordo com Cunha e Corrêa (2013), em 2010, os hospitais sem fins lucrativos representavam cerca de um terço dos leitos existentes no Brasil. Esse dado demonstra a importância desse grupo na oferta de serviços e nos faz questionar o que significa ser um hospital “sem fins lucrativos”. A Lei nº 13.019/2014, nos diz que uma entidade privada sem fins lucrativos é aquela que:

não distribua entre os seus sócios ou associados, conselheiros, diretores, empregados, doadores ou terceiros eventuais resultados, sobras, excedentes operacionais, brutos ou líquidos, dividendos, isenções de qualquer natureza, participações ou parcelas do seu patrimônio, auferidos mediante o exercício de suas atividades, e que os aplique integralmente na consecução do respectivo objeto social, de forma imediata ou por meio da constituição de fundo patrimonial ou fundo de reserva (BRASIL, 2014a).

Desde a criação do SUS, diversas legislações²¹ foram destinadas para beneficiar hospitais sem fins lucrativos em troca de serviços para o Estado, como, por exemplo: abertura de linhas de crédito; recursos adicionais para financiamento de débitos com fornecedores; flexibilização no percentual de leitos obrigatórios para o SUS; concessão de certificados de filantropia; programas específicos de modernização e fortalecimento; isenções fiscais e previdenciárias; e até loterias (BAHIA, 2008). Além, é claro, do pagamento pelos serviços executados junto os usuários. Nesse contexto, podemos inferir a existência do financiamento do privado pelo Estado, por meio de diversos mecanismos.

De acordo com o relatório da pesquisa do Ministério da Saúde, realizada pelo Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde – REFORSUS -, intitulado “Rede

21 Lei nº 8.620, 05 de janeiro de 1993; Lei nº 8742, de 07 de dezembro de 1993; Decreto n. 5.895, de 18 de setembro de 2006; Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, entre outras.

Hospitalar Filantrópica no Brasil: perfil histórico-institucional e oferta de serviços” (BRASIL, 2001), “a denominação genérica de filantrópicas acoberta um conjunto bastante heterogêneo de instituições, por vezes com finalidades, formas de controle social, financiamento e cobertura de serviços e clientela bastante diferenciadas” (BRASIL, 2001, p.149). Dentre as diversas instituições filantrópicas, estão os hospitais filantrópicos que, junto com os hospitais privados e universitários, prestam atendimento complementar ao SUS.

É importante ressaltar que as instituições filantrópicas não são iguais entre si. Elas se diferenciam em diversos aspectos, como, por exemplo, estruturas de suas mantenedoras e formas de gerenciamento.

Dentro do subconjunto das instituições privadas, existe um outro tipo de entidade filantrópica sem fins lucrativos, diverso das Santas Casas, tanto na sua origem quanto no que se refere às suas formas de sustentação. São os chamados ‘hospitais beneficentes’ e, assim como as Santas Casas, são instituições privadas, consideradas não lucrativas (BRASIL, 2001) e são atuantes no SUS como prestadores de serviços.

As mantenedoras dos hospitais beneficentes podem se constituir “pela reunião de pessoas naturais ou mesmo de pessoas jurídicas que se associam buscando um objetivo comum” (BARROSO; FERNANDES, 2007, p.54), como por exemplo: a Sociedade Beneficente de Senhoras (mantenedora do Hospital Sírio Libanês/São Paulo); a Real e Benemerita Associação Portuguesa de Beneficência (mantenedora do Hospital de São Joaquim, do Hospital de São José e do Hospital de Santo Antônio, todos em São Paulo); a Associação Hospital Rudolf Virchow (mantenedora do Hospital Alemão Oswaldo Cruz/São Paulo); a Associação do Sanatório Sírio (mantenedora do Hospital do Coração/São Paulo); a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (mantenedora do Hospital Israelita Albert Einstein/São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte); e a Associação Hospitalar Moinhos de Vento (mantenedora do Hospital Moinhos de Vento/Porto Alegre).

Por serem mantidos por esses grupos, os hospitais conseguem se fortalecer estruturalmente e tecnicamente não só pelas doações de seus associados, mas também por legislações que favorecem seu desenvolvimento. Brasil (2001) afirma que, a partir desses subsídios governamentais, estes hospitais reinvestem seus lucros “na manutenção de seus objetivos institucionais” (BRASIL, 2001, p.21), favorecendo com que eles sejam considerados referências em diversas áreas da saúde.

A partir de 2009, com a publicação da Lei nº 12.101²², os hospitais filantrópicos passaram a ser chamados de hospitais beneficentes. Essa lei regulamentou de maneira mais rigorosa a concessão de certificados de filantropia, mas, ao mesmo tempo, flexibilizou o número de leitos para pacientes do SUS.

A lei estabelece que, para ser considerada beneficente e fazer jus à certificação, a instituição de saúde deve comprovar o cumprimento de metas estabelecidas em convênio ou instrumento congênere, celebrado com o gestor local do SUS, e ofertar a este a prestação de serviços no percentual mínimo de 60% do atendimento, considerando-se o somatório das internações e dos atendimentos ambulatoriais (LIMA, 2010, p. 305).

De acordo essa legislação, as instituições certificadas podem atuar nas áreas de assistência social, saúde ou educação, desde que atendam ao disposto na lei. No caso específico dos hospitais filantrópicos, para receber o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde (CEBAS-SAÚDE), eles devem:

I - celebrar contrato, convênio ou instrumento congênere com o gestor do SUS;

II - ofertar a prestação de seus serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento);

III - comprovar, anualmente, da forma regulamentada pelo Ministério da Saúde, a prestação dos serviços de que trata o inciso II, com base nas internações e nos atendimentos ambulatoriais realizados (BRASIL, 2009b).

Essa certificação possibilitou que os hospitais considerados beneficentes tivessem como benefícios a isenção de contribuições para a seguridade social e, em contrapartida, deveriam destinar o percentual mínimo de 60% de sua capacidade para ofertar serviços aos usuários do SUS. Entretanto, na prática, o que se tem observado é o não cumprimento da legislação, o que é “perdoado” pelo Governo Federal mediante o estabelecimento de “parceria” (BRASIL, 2014b) com o Ministério da Saúde.

Nesse sentido, a Lei nº 12.101/2009 favoreceu um outro subconjunto de hospitais beneficentes: os Hospitais Beneficentes de Excelência, que tem ainda mais privilégios e incentivos do que os outros hospitais beneficentes, como discutiremos a seguir.

²² Regulamentada pelo Decreto nº 8.242/2014.

1.5 HOSPITAIS BENEFICENTES DE EXCELÊNCIA: FACE FORTE DO CAPITAL NA SAÚDE

Como já dissemos, a Lei nº 12.101/2009 apresenta algumas mudanças em relação aos hospitais filantrópicos, dentre elas apresenta um “um subconjunto de hospitais de ‘ponta’” (BAHIA, 2009, p.757), que tem um tratamento ainda mais diferenciado e benéfico: os Hospitais Beneficentes de Excelência ou “Hospitais de Excelência” (HE).

De acordo com BRASIL (2017b), o termo se refere às Entidades de Saúde de Reconhecida Excelência (ESRE) e é “utilizado para identificar instituições habilitadas pelo Ministério da Saúde que cumprem os requisitos para a apresentação de projetos de apoio ao SUS, em troca de isenção de contribuições sociais devidas à União” (BRASIL, 2017b).

A certificação conferida a essas instituições - Certificado de Entidades Beneficentes de Assistência Social (CEBAS-Saúde) – possibilita que os hospitais de excelência não cumpram o percentual de 60% de atendimento ao SUS, conforme descrito no Decreto nº 8.242/2014.

Art. 21. A entidade de saúde que aderir a programas e estratégias prioritárias definidas pelo Ministério da Saúde fará jus a índice percentual que será adicionado ao total da prestação de serviços ofertados ao SUS, observado o limite máximo de dez por cento, conforme estabelecido em ato do Ministro de Estado da Saúde, para fins de comprovação da prestação anual de serviços ao SUS, de acordo com o disposto no art. 20.

Art. 22. O atendimento do percentual mínimo de sessenta por cento de prestação de serviços ao SUS pode ser individualizado por estabelecimento ou pelo conjunto de estabelecimentos de saúde da pessoa jurídica, desde que não abranja outra entidade com personalidade jurídica própria que seja por ela mantida.

Parágrafo único. Para fins de cumprimento do percentual previsto no caput, a entidade de saúde requerente poderá incorporar, no limite de dez por cento dos seus serviços, aqueles prestados ao SUS em estabelecimento a ela vinculado na forma do disposto no § 2º do art. 4º da Lei nº 12.101, de 2009 (BRASIL, 2014b).

Para LIMA (2010, p.305), essa flexibilização no percentual mínimo de atendimento e a diferenciação dos hospitais filantrópicos “redefiniu, de maneira radical, a natureza da filantropia na saúde e subverteu as regras de subordinação público-privada”. Tal situação favoreceu a proteção fiscal desses hospitais e os credenciou para atuar em outras áreas além da assistência.

Ao serem certificados, os hospitais podem participar do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS). O PROADI-SUS é financiado com recursos de isenção fiscal (COFINS e cota patronal do INSS) e se opera mediante a elaboração de Termos de Ajuste²³ com a União, por intermédio do Ministério da Saúde. Ao aderirem ao programa, os hospitais de excelência passam a atuar nas seguintes áreas:

I - estudos de avaliação e incorporação de tecnologias;

II - capacitação de recursos humanos;

III - pesquisas de interesse público em saúde; ou

IV - desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde (BRASIL, 2009b).

A legislação destaca também que “o recurso despendido pela entidade de saúde no projeto de apoio não poderá ser inferior ao valor da isenção das contribuições sociais usufruída” (BRASIL, 2009b). Outro fato interessante é que a finalidade do programa não é fazer com que os hospitais filantrópicos de excelência atuem no atendimento aos usuários. Isso pode ser considerado como ação ocasional, como observamos no trecho abaixo.

De posse do certificado, o Hospital de Excelência está autorizado a firmar Termo de Ajuste (TA) com o Ministério da Saúde. O TA formaliza a parceria da Entidade privada com o Poder público. Após formalização, o Hospital de Excelência está apto a propor projetos e a receber propostas para execução por meio do Programa, **inclusive podendo prestar serviços ambulatoriais e hospitalares ao SUS** (BRASIL, 2017b – grifo nosso).

Assim, os hospitais que deveriam ajudar a garantir um atendimento universal aos usuários, atuam em outras áreas, se qualificando, melhorando suas instalações e ofertando serviços que deveriam ser de obrigação do Estado, como a qualificação dos trabalhadores do SUS. Dessa maneira, os hospitais de excelência ou beneficentes vem atuando em diversas áreas do SUS, sobretudo na gestão de Unidades Básicas e hospitais públicos – principalmente

²³ Os Termos de Ajuste são trienais, sendo que já foram assinados quatro termos (Triênio 2009-2011; Triênio 2012-2014; Triênio 2015-2017; e Triênio 2018-2020). No último assinado pelos hospitais de excelência, participam cinco instituições: “Hospital Albert Einstein (São Paulo); Hospital Sírio-Libanês (São Paulo); Hospital do Coração (São Paulo); Hospital Alemão Oswaldo Cruz (São Paulo) e Hospital Moinhos de Vento (Rio Grande do Sul)” (BRASIL, 2017b).

por meio de Organizações Sociais (OSs)²⁴ (LIMA; BRAVO, 2015) - e na oferta de cursos e capacitações para trabalhadores já inseridos no SUS.

Para Bahia (2009), a criação do subconjunto de ‘hospitais de excelência’ demonstra um exemplo visível de que as políticas sociais dão suporte ao privado. A legislação de 2009 retira “condicionalidades à concessão do certificado de filantropia a um subconjunto de hospitais de ‘ponta’, voltada a auxiliar os hospitais que não cumprem o preceito do atendimento de pelo menos 20% de pacientes do SUS a manter seus benefícios fiscais” (BAHIA, 2009, p.757). De acordo com a autora, a legislação deixa de fora dos benefícios hospitais filantrópicos que não conseguem atingir os critérios.

Ainda para Bahia (2008), esses hospitais são os principais “beneficiários das políticas de ‘desprivatização’ pré e pós-SUS” (p.154) e de políticas sociais que os credenciam a participar de debates tanto sobre o SUS, quanto daqueles que se referem a planos e seguros privados de saúde, “preservando sua autonomia, expressa na seleção de clientes adequados à oferta de procedimentos mais caros” (BAHIA, 2008, p. 154), pois, como já dissemos, geralmente são os mais modernos e protagonistas em diversas áreas da atenção à saúde.

É interessante observar a dualidade que surge ao se certificar os hospitais de excelência: justamente hospitais que atendem uma parcela mínima da população são considerados “de ponta” para o SUS. Conforme a autora:

Em nome das insuficiências do SUS, mas apoiados por subsídios fiscais, grandes hospitais filantrópicos (plataformas avançadas de incorporação de tecnologia) se denominam ‘privados’, se associam à Associação Nacional de Hospitais Privados (Anhap) e praticamente não atendem o público. Em nome das insuficiências do SUS, porém fortemente financiados por recursos públicos, hospitais filantrópicos e universitários mantêm duas portas de entrada, alguns comercializam planos de saúde e um subconjunto arrecada recursos públicos adicionais com a comercialização das atividades de gestão de unidades públicas de saúde. Os empresários envolvidos com assistência à saúde pretendem demonstrar eficiência exigindo que o Estado os subsidiem, resolva os problemas derivados de seu crônico endividamento e permita-lhes a livre escolha de manter uma capacidade ociosa (não comprável pelos baixos preços de remuneração das tabelas do Ministério e secretarias de Saúde) (BAHIA, 2008, p.174-175).

Como se pode observar, a assistência aos usuários não é garantida com a participação, no SUS, do componente privado, especialmente no que se refere à participação dos hospitais

²⁴ De acordo com Lima e Bravo (2015), as Organizações Sociais (OSs) foram criadas a partir da Lei nº 9.637/1998, que instituiu o Programa Nacional de Publicização. A proposta era de que as OS “seriam ‘parceiras do Estado’, na condução da ‘coisa pública’”(LIMA; BRAVO, 2015, p 53).

excelência. Essa participação tem se mostrado em outras áreas que não é a assistência, mas na incorporação de tecnologias, em pesquisas, e, principalmente na gestão dos serviços e na capacitação de recursos humanos.

Ao longo da história da saúde pública no Brasil, podemos observar que a participação dos hospitais beneficentes e filantrópicos sempre se deu apoiado por políticas sociais que os favoreciam e ainda favorecem. Atualmente, ser classificado como beneficente envolve a manutenção de um *status quo* de diversas instituições (assim como no passado), bem como o privilégio de gozar de políticas sociais que favorecem tanto através de financiamentos específicos, bem como isenções fiscais, dívidas perdoadas e outros benefícios. Entretanto, mesmo dentro deste “subconjunto do privado” (BAHIA, 2008, p.140), existe uma divisão entre os hospitais filantrópicos, que faz com que nem todos sejam igualmente beneficiados pelas políticas de incentivo. Neste subconjunto, os “Hospitais de Excelência” são o grupo mais forte e influente, e isso define a maneira como atuam junto ao SUS.

Neste capítulo, discutimos como o neoliberalismo determina as políticas públicas e sociais elaboradas pelo Estado burguês, em suas contradições e disputas. Discorreremos sobre o fato que a forma social capitalista visa à valorização do capital e, por isso, privatiza serviços e bens do Estado para fazer a roda desse capital girar e gerar cada vez mais lucro. É nessa conjuntura que ocorre a privatização que tem como consequência a consideração da saúde não como um direito, mas como uma mercadoria a ser negociada e comprada.

Nesse cenário, as entidades filantrópicas de excelência vêm recebendo diversos incentivos para atuar junto ao SUS. Entretanto, essa atuação não se faz no atendimento hospitalar com infraestrutura moderna, à totalidade da população; muito pelo contrário, são as instituições que menos prestam assistência. Elas vêm atuando em várias dimensões, e, principalmente, na formação de trabalhadores do SUS, fato que aponta para uma privatização da formação desses trabalhadores, já que o proposto constitucionalmente de que o SUS deveria ser o ordenador da formação de seus trabalhadores é repassado para instituições privadas.

Abre-se, assim, a necessidade de discutirmos as determinações da educação sob a lógica do capital, para compreendermos, mais profundamente, a estruturação da formação em saúde em particular. Tal discussão será objeto do capítulo a seguir.

2 CONCEPÇÕES DE FORMAÇÃO E A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE

De acordo com a Constituição Federal de 1988, a Educação e a Saúde são direitos sociais que devem ser garantidos mediante políticas sociais e econômicas. No Capítulo 1, discutimos as determinações da produção social da saúde, ou seja, apresentamos a concepção de que ela seja resultante das dimensões econômica, social e política. Cabe agora discutir as determinações e as concepções teórico-políticas no campo da formação em saúde.

Em particular, no Capítulo 1, analisamos a privatização da saúde – e uma das suas faces fortes, os hospitais beneficentes que recebem financiamentos do Estado através do PROADI SUS. Este processo relacionado aos hospitais beneficentes também será focado no presente capítulo, no tocante ao campo da formação.

Inicialmente, apresentamos as determinações da educação e da formação em saúde sob o capital, ou seja, como elas são realizadas no contexto do capitalismo (item 2.1). A seguir, analisaremos as concepções de formação e educação hegemônicas na saúde (item 2.2). No item 2.3, trataremos da historicidade da formação de trabalhadores do SUS, traçando um panorama das lutas, avanços e retrocessos desse processo. Já no último item (2.4), discutiremos a participação privada na formação para o SUS.

2.1 DETERMINAÇÕES DA EDUCAÇÃO E DA FORMAÇÃO EM SAÚDE SOB O CAPITAL

De acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDBEN nº 9394/1996, a educação abrange

os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais (BRASIL, 1996).

Compreendida nesse sentido amplo, ela é de responsabilidade não somente do Estado, mas também da família (BRASIL, 1988). Gadotti (2009) diz que a educação pode ser entendida como “um processo de humanização que se dá ao longo de toda vida, ocorrendo em casa, na rua, no trabalho, na igreja, na escola e de muitos modos diferentes” (p.45). Neves (2008) acredita que, no sentido estrito, a educação é entendida como escolar, aquela “que se

desenvolve por meio do ensino, em instituições próprias” (p.355). É essa educação institucionalizada que é responsável pela formação dos trabalhadores para o SUS.

Os propósitos da educação podem ser diversos: ela pode ter como objetivo “orientar e controlar o desenvolvimento humano” (GADOTTI, 2009, p.45); ser voltada para o mero treinamento de técnicas; ou ser um processo de humanização dos sujeitos.

Freire (2013) também acredita na potencialidade da educação como transformadora de realidades. Gadotti (2009, p.33) afirma que isso somente é possível quando “o educando descobre-se como sujeito do processo histórico, inserindo a educação como um momento do processo de humanização”. Essa compreensão do conceito de educação para além de transmissão de conhecimentos técnicos esbarra muitas vezes nas demandas e necessidades do mercado, que não exigem profissionais críticos e reflexivos (FREIRE, 2013), mas “profissionais disciplinados, dedicados ao trabalho e, portanto, produtivos para o capital” (PEREIRA; RAMOS, 2006, p.16).

Pereira e Ramos (2006) entendem que o processo educativo dos trabalhadores “é engendrado nas relações sociais que ele estabelece com o mundo e, de modo mais amplo, o entendimento da sociedade como um lugar de criação do homem” (p.9). Assim, a educação dos trabalhadores é vista como uma possibilidade de socializar conhecimentos para o processo de trabalho, bem como para fomentar “a capacidade de pensar o cotidiano mais imediato, mas também o próprio sistema de saúde e o país no qual existe e trabalha” (PEREIRA; RAMOS, 2006, p.11).

As concepções divergentes do que seja educação são decorrentes das diversas noções como o capitalismo determina as teorias e as políticas de educação, refletindo, assim, no projeto de sociedade e de ser humano que se quer formar ao final dos processos educativos.

Saviani (2008) reforça que o ideário capitalista está presente na educação e é refletido nas ações educacionais. Para o autor, a escola está inserida em uma sociedade e a sociedade em que vivemos é fundada no capitalismo, “divida em classes com interesses opostos” (SAVIANI, 2008, p.25) e, conseqüentemente, a escola “sofre a determinação do conflito de interesses que caracteriza a sociedade” (SAVIANI, 2008, p.25). Essa situação gera a chamada dualidade estrutural, que, segundo Campello (2008), se expressa na “fragmentação da escola a partir da qual se delineiam caminhos diferenciados segundo a classe social, repartindo-se os indivíduos por postos antagonistas na divisão social do trabalho, quer do lado dos explorados, quer do lado da exploração” (CAMPELLO, 2008, p.136). Nesse sentido, a escola contribui

para a reprodução das classes sociais, favorecendo as classes dominantes no que se refere à reprodução de seus valores e manutenção de seu poder.

Kuenzer (1997) corrobora Saviani (2008), ressaltando que não é a escola que determina essa dualidade, entretanto, ela reflete a sociedade e a estrutura de classes vigente. A autora afirma ainda que a dualidade demarca existência de uma educação voltada para os trabalhadores instrumentais e outra voltada para trabalhadores intelectuais, fazendo necessária a existência de sistemas formativos diferenciados. Ou seja, uma escola para trabalhadores, com o objetivo de capacitar para trabalhos operacionais, sem fomento de reflexão crítica de processos e da realidade social, e outra para a classe hegemônica, voltada para a gestão e o pensar.

É importante ressaltar que os currículos dos cursos são diretamente afetados pelos conflitos de classe, “não há, portanto, inocência possível diante da relação entre conhecimento, currículo e poder” (PEREIRA, 2004, p.4). Assim, ao se pensar ações educacionais, especialmente naquelas voltadas aos trabalhadores do SUS, deve-se ter clareza de que as escolhas dos conteúdos a serem trabalhados não são neutras, elas são influenciadas tanto pelas concepções e princípios da entidade formadora, quanto pelas necessidades do mercado. De acordo com Pereira (2004),

No campo educacional, há uma luta por projetos, na qual estão em disputa entendimentos diversos sobre a relação entre escola, cultura, cidadania e trabalho, que incidem diretamente sobre as concepções de currículos. [...] Trata-se de entender o currículo como um campo ideológico, de reprodução e, ao mesmo tempo, de resistência, em que o entendimento sobre ‘o que ensinar’ está definitivamente atrelado às relações de poder e à luta por um certo tipo de sociedade. Não há, portanto, idealização possível na leitura sobre a relação entre poder e currículo, ou sobre a hierarquização de conhecimentos nos planos pedagógicos curriculares, traduzida no cotidiano dos processos de formação profissional (PEREIRA, 2004, p. 5).

Assim, o currículo é o que une conhecimento, poder e identidade, afetando diretamente a sala de aula, uma vez que inclui e exclui saberes, hierarquiza e produz identidades profissionais e de pertencimento a um determinado grupo. De acordo com Batistella (2013),

a construção e o compartilhamento de saberes, capacidades, valores e condutas mediadas pela qualificação do trabalho, convergem para um processo de construção social de identidades. Por meio da análise dos processos de qualificação, pode-se investigar, por exemplo, o impacto das

políticas de organização e gestão do processo de trabalho na subjetividade e nas formas de identificação dos trabalhadores (BATISTELLA, 2013, p.373).

A compreensão de que o currículo seja uma construção social e histórica, perpassada pelas concepções hegemônicas de educação, sociedade e trabalho (PEREIRA, 2004), e que influenciam diretamente na formação de uma identidade de trabalhador do SUS, é necessária para que se problematize as ações educacionais voltadas para trabalhadores.

Para Pereira e Ramos (2006, p.67), “as políticas públicas relativas à formação do trabalhador são o resultado da relação econômico-corporativa entre sociedade política e sociedade civil sob a hegemonia das classes empresariais e, por isso, são estruturadas sobre as necessidades do capital”. Nessa perspectiva, o que rege as políticas para a formação de trabalhadores não são as necessidades locorregionais de saúde, mas as necessidades do mercado; ambas, nem sempre, convergem. É importante ressaltar que as “necessidades de mercado” podem ser tanto os novos profissionais demandados pelas empresas, quanto as tecnologias ou cursos que devem ser “despejados” na população.

2.2 CONCEPÇÕES HEGEMÔNICAS DE FORMAÇÃO HUMANA E EDUCAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE

Entendemos que o mercado, voltado para atender ao padrão da acumulação flexível²⁵, reforça a necessidade de formações baseadas em ideias advindas da “teoria” do capital humano, que compreende o homem como recurso e a educação como insumo da mão-de-obra (PEREIRA, 2008). Frigotto (2008) acredita que a noção de capital humano é oriunda de um pensamento hegemônico elaborado para que não se explique o fenômeno da desigualdade a partir do seu caráter de classe.

Trata-se de uma noção que os intelectuais da burguesia mundial produziram para explicar o fenômeno da desigualdade entre as nações e entre os indivíduos e grupos sociais sem desvendar os fundamentos reais que produzem esta desigualdade: a propriedade privada dos meios e instrumentos de produção pela burguesia ou classe capitalista e a compra, numa relação desigual, da única mercadoria que os trabalhadores possuem para proverem

²⁵ Para Harvey (2008, p.63) a acumulação flexível seria aquela “em que todos os benefícios advindos da crescente flexibilidade das alocações do trabalho tanto no espaço como no tempo vão para o capital”. Já Abramides e Cabral (2003) entendem que ela seja ligada ao Toyotismo e tem como características a flexibilidade dos processos de trabalho, de mercado, de produtos e de padrões de consumo.

os meios de vida seus e de seus filhos – a venda de sua força de trabalho (Frigotto, 2008, p.67).

A noção de capital humano reforça que a desigualdade não deve enfrentada pelo Estado, pois está vinculada ao esforço individual, justificando, assim, que a mobilidade social não é uma questão de classe, mas de investimento pessoal.

Elaborada pelo economista Theodoro Schultz na década de 1950, o capital humano está relacionado a um investimento educacional com vistas a um aumento de renda, como se fosse um investimento em bens de produção. Esse investimento pode ser individual ou coletivo (FRIGOTTO, 2008). Nesse sentido, a noção de capital humano parte da ideia de que todos chegam ao mercado igualmente, através de suas escolhas individuais.

Entretanto, tal fato não é verdadeiro, já que não considera a sociedade de classes. Assim, o processo histórico das nações, suas constituições como Estado, a instituição de proprietários privados dos meios de produção e de trabalhadores que vendem sua força de trabalho não são considerados na análise dos problemas sociais. Para Frigotto (2008), a teoria de capital humano é

Uma análise, portanto, que não reconhece as relações de poder e de dominação e violência ao longo da história e se afirma no pressuposto falso de uma natureza humana abstrata na qual cada indivíduo, independentemente de origem e classe social, faz suas escolhas em ‘iguais condições’. Por essa via efetiva-se, ao mesmo tempo, um reducionismo da concepção de ser humano, trabalho, sociedade, educação e história, de sínteses complexas de relações sociais a fatores (FRIGOTTO, 2008, p.70).

Assim, com esse discurso individualizante, a noção de capital humano atende às necessidades do neoliberalismo, especialmente a partir das concepções de sociedade do conhecimento, qualidade total, empregabilidade, empreendedorismo e pedagogia das competências, que reforçam a ideia de que o indivíduo é o único responsável por seu emprego ou desemprego (FRIGOTTO, 2008).

Entende-se como “sociedade do conhecimento” a tendência a acreditar que as desigualdades seriam superadas pelo uso da tecnologia. De acordo com Frigotto (2015), ela é a síntese da ideologia da revolução científica e tecnológica, na qual a ideia de que a ciência, o conhecimento e a informação podem ser acessadas por todos, imprimindo uma lógica de que não existem mais classes sociais. Ainda para o autor, “neste contexto, já não se fala em sociedade, mas de mercado ou economias emergentes” (FRIGOTTO, 2015, p.220).

Outra concepção importante para o capital humano é a da “qualidade total”. Ela se refere à organização do trabalho e a um trabalhador que produz em menor tempo, atendendo os padrões e critérios pré-estabelecidos, para que determinada mercadoria ou serviço tenham menor custo e com possibilidade de gerar bons lucros.

Já a “empregabilidade” seria a capacidade que o indivíduo tem para manter-se ou inserir-se no mercado de trabalho, “denotando a necessidade de o mesmo agrupar um conjunto de ingredientes que o torne capaz de competir com todos aqueles que disputam e lutam por um emprego” (OLIVEIRA, 2008, p.198). Para Oliveira (2008), tal concepção desarticula as lutas sociais, uma vez que nega a existência das desigualdades sociais produzidas pelo capitalismo, atribuindo sua consequência a buscas pessoais.

Além disso, para Oliveira (2008), o conceito de empregabilidade traz em si a incerteza de um futuro emprego, trazendo para o indivíduo a responsabilidade de criar estratégias para inserção ou permanência no mercado, já que “o movimento contínuo de eliminação de postos de trabalho e a diminuição acentuada da intervenção estatal nos campos sociais e econômicos” (OLIVEIRA, 2008, p.199) exige tal ação proativa. Mais uma vez, a ideia do individualismo se faz presente, corroborando a noção do capital humano como algo isolado das relações sociais.

Outro conceito importante ao se falar em capital humano, é “empreendedorismo”. Ele se refere à ideia de que é responsabilidade do indivíduo ser dono do seu próprio negócio, buscar sua sobrevivência empreendendo, caso não se enquadre nas exigências do denominado mercado de trabalho.

Por último, temos a “pedagogia das competências”. Segundo essa noção, o trabalhador deve buscar as competências exigidas pelo mercado, se adaptando às necessidades sempre que necessário. Esta concepção educacional merece, na nossa dissertação, uma discussão aprofundada, sobre a qual no debruçamos a partir deste ponto.

Ramos (2006, p.16), entende que a pedagogia das competências reflete uma “perspectiva pedagógica individualista”, já que cada indivíduo deverá “adquirir um banco ou pacote de competências desejadas pelos homens de negócio no mercado empresarial, permanentemente renováveis, cuja certificação lhe promete empregabilidade” (RAMOS, 2006, p.16). Ainda para a autora, essa pedagogia provocou um deslocamento do ensino “centrado em saberes disciplinares para um ensino definido pela produção de competências verificáveis em situações e tarefas específicas e que visa a essa produção” (RAMOS, 2008,

p.301). Assim, as competências são entendidas como algo ser “mobilizado”, com a finalidade de solucionar questões em diversos contextos, com vistas a desempenhos de qualidade.

A pedagogia das competências tem seu aporte teórico vinculado ao construtivismo, especialmente nos pensamentos de Jean Piaget (RAMOS, 2010). De acordo com Ramos (2010), para Piaget, a aprendizagem está relacionada à um processo de adaptação à realidade “promovida pela coordenação das ações com os objetos e da construção das estruturas mentais como assimilação e acomodação dessas ações (...). Tais estruturas mentais seriam as próprias competências” (RAMOS, 2010, p.198). Nesse sentido, a construção de conhecimento seria decorrente de um processo de adaptação. Assim, o processo de adquirir conhecimentos “não resultaria de um esforço social e historicamente determinado de compreensão da realidade para, então, transformá-la, mas sim, das percepções e concepções subjetivas que os indivíduos extraem do seu mundo experiencial” (RAMOS, 2008, p.303)

Para diversos críticos da educação, como Saviani (2008), Oliveira (2009) e Ramos (2016), essa concepção pedagógica marginaliza o ensino, fazendo com que ocorra uma priorização das necessidades individuais em detrimento das de cunho sociopolíticas (OLIVEIRA, 2009). Nessa perspectiva, o processo educativo é considerado como responsabilidade somente do discente, “algo que o discente tem que fazer por ele mesmo e por si mesmo; vem da iniciativa revelada pelo estudante” (RAMOS, 2010, p.47). Dessa maneira, o individualismo é novamente reforçado e não é dada ênfase para que o indivíduo adquira uma determinada qualificação, mas para que o educando almeje “a uma formação por competências vinculadas ao mercado e referidas ao indivíduo” (FRIGOTTO, 2017, p.28). Assim,

As competências, a partir de procedimentos de avaliação e de validação, passam a ser consideradas como elementos estruturantes da organização do trabalho que outrora era determinada pela profissão. Enquanto o domínio de uma profissão, uma vez adquirido, não pode ser questionado (no máximo, pode ser desenvolvido), as competências são apresentadas como propriedades instáveis dentro e fora do exercício do trabalho (RAMOS, 2008, p. 300).

Nesse sentido, transpor o construtivismo e a pedagogia das competências para o mundo do trabalho acabou por reforçar um deslocamento do saber: “do ensino centrado em saberes disciplinares para um ensino definido pela produção de competências verificáveis em situações e tarefas específicas e que visa a essa produção” (RAMOS, 2008, p.301). Tais

competências são as referências de comportamentos, habilidades e atitudes que os discentes deverão ser capazes de realizar.

Assim, que se observa é uma espécie de responsabilização do indivíduo e da educação pela inserção no mercado de trabalho. Pereira (2008), acredita que esse movimento somente reforça a ideia de que as formações têm o foco no atendimento ao mercado.

O compromisso da educação profissional estaria se adequando às exigências de preparar o trabalhador, ao longo da sua vida ativa para competir para a empregabilidade, mais do que qualificá-lo para uma função estável de longa duração. Essa adequação deve-se a fatores como a busca de novas formas de gerenciamento da produção, objetivando novas formas de aumento da acumulação. Os processos de formação do trabalhador, portanto, são necessários, não sendo negados na manutenção da ordem capitalista, e sim adequados à sua dinâmica (PEREIRA, 2008, p.409).

Frigotto (2011a) corrobora Pereira (2008) ao afirmar que, nessa concepção de formação para o mercado, é deslocada a responsabilidade social para o plano individual, uma vez que não existe um projeto de desenvolvimento social para geração de emprego e renda, portanto, os indivíduos devem estar sempre participando de formações para “adquirir competências ou habilidades no campo cognitivo, técnico, de gestão e atitudes para se tornarem competitivos e empregáveis” (FRIGOTTO, 2011a, p.15).

Lima (2005) apresenta uma outra abordagem sobre as competências, chamada por ela de “noção de competência dialógica” (LIMA, 2005, p.371). Para a autora, essa concepção coloca em relação atributos pessoais e “distintas construções sociais que legitimam esses atributos de acordo com a história das sociedades em diferentes épocas” (LIMA, 2005, p.371). Essa “nova” abordagem da competência leva em consideração a história dos sujeitos e das sociedades, seus saberes, valores e processos de reprodução que legitimam o trabalho a ser desenvolvido por determinada área profissional (LIMA, 2005). Segundo Lima (2005), a competência dialógica

permite um processo mais aberto de exploração das distintas concepções, interesses, valores e ideologias, que invariavelmente governam e determinam a intencionalidade dos processos educativos, porém nem sempre são discutidos de um modo mais participativo e democrático pela sociedade. Nesse sentido, a abordagem guarda relação com a compreensão interacionista da relação escola-sociedade na qual a escola é potencialmente capaz de influenciar a sociedade, sendo por ela constituída (LIMA, 2005, p.371).

Ainda para a autora, essa concepção dialógica da competência tem como proposta desenvolver capacidades ou atributos (cognitivos, psicomotores e afetivos) que devem ser combinados para formar “distintas maneiras de realizar, com sucesso, as ações essenciais e características de uma determinada prática profissional” (LIMA, 2005, p.372). Assim, o trabalhador poderia realizar diferentes combinações dessas capacidades e atributos para desenvolver estilos próprios e adequar-se de maneira eficaz às situações profissionais familiares ou não familiares (LIMA, 2005). Lima (2005) também afirma que essa abordagem é considerada holística, pois “precisa ser construída no diálogo entre a formação e o mundo do trabalho, na qual as práticas profissionais são desenvolvidas” (LIMA, 2005, p.372).

Entendemos que a ideia de uma competência dialógica se equivale à de competência trazida pelo capital humano, embora combinada com uma perspectiva mais explicitamente flexível e eficaz de identificação de habilidades laborais e conteúdos relacionados ao trabalho. Portanto, ela não é diferente da concepção já discutida aqui sobre a competência, ou seja, através de comportamentos adaptativos, em última instância, os indivíduos devem se adaptar ao meio material e social (RAMOS, 2010) para atender às necessidades do mercado, em uma tentativa de garantir sua empregabilidade.

Como podemos observar, a pedagogia das competências vem para atender às necessidades de qualificação impostas pelo mercado. Baseada na “Pedagogia Nova”²⁶ de John Dewey, que considera que o importante não é aprender, mas aprender a aprender (RAMOS, 2010) e que afirmava que “entre ensinar e aprender existe exatamente a mesma relação que entre vender e comprar” (DEWEY apud RAMOS, 2010, p.47), a pedagogia das competências também valoriza a ideia de que as aprendizagens sejam significativas, compreendendo que, se o processo educativo for desencadeado por questões do cotidiano do trabalho, os discentes ficam mais motivados à procurar compreender e propor soluções para os problemas previamente elaborados pelos docentes.

A teoria da “Aprendizagem Significativa”, criada por David Ausubel nos anos de 1960, “implica transformar o significado lógico do material pedagógico em significado psicológico, à medida que esse conteúdo se insere de modo peculiar na sua estrutura cognitiva” (RAMOS, 2010, p.55). Para Ramos (2010), esta teoria tem mais relação com a

²⁶ A Pedagogia Nova de Dewey tem suas bases filosóficas no pragmatismo, “com a respectiva epistemologia empirista, uma concepção naturalista de homem e de relações sociais funcionalistas, tendo o liberalismo como a doutrina econômico-política na qual se fundaria o respectivo conceito de democracia formal” (RAMOS, 2010, p.176).

estruturação cognitiva do discente, na qual ele deveria fazer um esforço para estabelecer conexões entre o novo conhecimento a estrutura cognitiva existente, sendo que, para que isto ocorra,

é necessária uma atitude proativa, pois, numa conexão, uma determinada informação liga-se a um conhecimento de teor correspondente na estrutura cognitiva do aprendiz. É interessante notar que, por essa teoria, a ideia de atividade não corresponde, necessariamente, à atividade prática do estudante, mas sim à atividade do pensamento (cognição). Assim, pode-se ter uma aprendizagem receptiva significativa em uma sala de aula convencional, expositiva, por exemplo, quando existirem condições de o estudante transformar significados lógicos de determinado conteúdo potencialmente significativo em significados psicológicos (RAMOS, 2017, p. 56).

Daí também vem a ideia das chamadas “metodologias ativas” como algo que auxiliaria na aprendizagem significativa. Esse termo, segundo Ramos (2017), especialmente na área da saúde, é bastante utilizado como contraponto às práticas pedagógicas consideradas tradicionais, já que grande parte de suas atividades educativas estão pautadas na problematização.

Entretanto, para Ramos (2017), se o processo educativo tem como premissa o cotidiano do trabalho e as vivências dos trabalhadores e, a partir delas, são fomentados momentos de problematização, é uma redundância chamar tais práticas pedagógicas de “ativas”. Para a autora, “ao ter a problematização da prática social como ponto de partida na perspectiva da totalidade, a concepção histórico-crítica não precisa se enunciar como ‘ativa’, já que, no lastro de Antônio Gramsci (1999), mais do que isto, ela contribui para fundar uma educação viva e criadora” (RAMOS, 2017, p.45).

Ainda em Ramos (2017), encontramos a crítica à Pedagogia das Competências, compreendendo que ela favorece a ideia de que as chamadas metodologias ativas são imprescindíveis para o sucesso da ação educacional. Para a autora, a Pedagogia das Competências

propõe que o ensino seja substituído pelo “aprender a aprender”, ou pelo desenvolvimento de competências necessárias ao desempenho eficiente e eficaz diante de situações reais. Na verdade, o que interessa é a capacidade de gerar resultados, de resolver problemas e não a compreensão das determinações desses problemas. Explicamos, com isto, que não basta defender e adotar a problematização como um momento didático, mas é necessário discutir o que se problematiza, com que finalidades e orientados por qual concepção de mundo. Ademais, importa, ainda, o significado adquirido pelos conteúdos de ensino, pois isto depende da compreensão que se tem sobre o que é a realidade, assim como o que é e como se poder chegar

ao conhecimento da realidade. Se a proposta das metodologias ativas não enfrentarem essa questão, reitera-se, como temos insistido, o metodologismo (RAMOS, 2017, p.53).

Assim, observamos que não basta nominar as metodologias utilizadas como tradicionais ou ativas para que o processo ensino-aprendizagem alcance os êxitos esperados. Além disso, não existe metodologia que não esteja pautada em alguma concepção pedagógica. Segundo Ramos (2017), mesmo metodologias consideradas tradicionais muitas vezes são necessárias e podem auxiliar no processo ensino-aprendizagem.

Nessa perspectiva, concordamos com Ramos (2017) que não se faz necessário enunciar que determinada metodologia é ativa ou não. O importante é ter clareza de qual concepção pedagógica orienta a prática educativa dos cursos. Se ela segue concepções que tem como premissa o diálogo entre docentes e discentes, entre discentes e a sociedade e seu contexto histórico, se ela problematiza a partir das realidades sociais e das vivências dos trabalhadores, não será necessário denominá-la como ativa; ela por si já fomenta a participação ativa dos discentes no processo educativo.

Essa concepção mais progressista da educação tem como principais pensadores Paulo Freire e Demerval Saviani, que nos apontam para processos educativos pautados na problematização da realidade e da prática social. Para Saviani (2008), a pedagogia progressista defende “uma pedagogia ativa, centrada na iniciativa dos discentes, no diálogo (relação dialógica), na troca de conhecimentos” (SAVIANI, 2008, p.54). É importante ressaltar que a diferença entre a pedagogia nova e a pedagogia progressista se refere ao objetivo de cada uma. Enquanto a primeira visa o aprendizado e as mudanças em um nível individual, a segunda visa à problematização da realidade social e sua transformação.

Nesse sentido, para Freire (2013), é através do diálogo que a problematização se concretiza; “é a problematização do próprio conhecimento em sua indiscutível reação com a realidade concreta na qual se gera e sobre a qual incide, para melhor compreendê-la, explicá-la, transformá-la” (FREIRE, 2013, p.65).

Para Saviani (2008), para que a problematização seja realizada, a iniciativa dos discentes deve ser estimulada, bem como a iniciativa dos docentes deve ser também valorizada favorecendo “o diálogo dos discentes entre si, e como professor, mas sem deixar de valorizar o diálogo com a cultura acumulada historicamente” (SAVIANI, 2008, p.56). Com

essa perspectiva, docentes e discentes são considerados como agentes sociais, e assim, participantes ativos do processo educativo.

Como agente social, os docentes não devem ser meros transmissores de conhecimentos, mas devem ter o compromisso com a mudança social, “tendo o método de ensino participativo como mediação fundamental” (RAMOS, 2017, p.49). Para Ramos (2017), na perspectiva progressista da educação, deve-se valorizar os saberes prévios dos discentes e, através do diálogo entre esses saberes e o que é proposto no currículo, desenvolver nos discentes a “curiosidade epistemológica – o que ele (*Paulo Freire*) considera como uma característica do ser humano – já que a familiaridade do conteúdo lhe confere significado” (RAMOS, 2017, p.49), e, assim os discentes conseguem problematizar a realidade em que estão inseridos. Nesse sentido, o papel do docente é, através do diálogo, da problematização, “levar ao pensamento crítico e à ação transformadora” (RAMOS, 2017, p.49).

Para que o docente possa atuar dessa maneira, é necessário que ele tenha conhecimentos teóricos para dialogar com os discentes. Para Ramos (2017), “a problematização necessariamente requer a instrumentalização, ou seja, a apropriação dos instrumentos teóricos e práticos indispensáveis para a prática social; ou seja, os conteúdos de ensino” (RAMOS, 2017, p.61). Cabe observar que, para Freire (2013), não se trata apenas do docente ser detentor de conhecimento, ou seja, “o conhecimento não se estende do que se julga sabedor até aqueles que se julga não saberem; o conhecimento se constitui nas relações homem-mundo, relações de transformação, e se aperfeiçoa na problematização crítica dessas relações” (FREIRE, 2013, p.42-43).

É neste cenário que as formações de trabalhadores da saúde são realizadas. Na próxima seção, discutiremos a historicidade do processo de formação dos profissionais de saúde, a partir das ações do Estado, bem como das lutas dos trabalhadores e dos interesses das classes dominantes na educação da classe trabalhadora.

2.3 A HISTORICIDADE DA FORMAÇÃO DE TRABALHADORES DO SUS: LUTAS, AVANÇOS E RETROCESSOS

As discussões sobre a formação para a saúde não são recentes, mas ganharam força nos anos de 1980, “como questão política – ao ser incluída na agenda da Reforma Sanitária

brasileira (RSB)” (PRONKO et al, 2011, p. 63). Na época, a maior preocupação era o grande número de profissionais técnicos sem a devida qualificação e reconhecimento como profissionais dessas áreas.

A partir da Lei nº 8080/1990, passou-se também a discutir que a formação deveria ser orientada pela área da saúde²⁷, entendendo que ela deveria se pautar nas “necessidades da população e do SUS, em razão das mudanças que se operavam na dinâmica populacional e do avanço na (re)organização do próprio sistema” (PRONKO et al, 2011, p.91). Ainda de acordo com a lei:

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal; (...)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde - SUS.

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde - SUS constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional (BRASIL, 1990).

Entretanto, essa ordenação de formação a partir das necessidades da população não se efetivou. As instituições formadoras, independentemente do tipo de curso e do nível educacional, ofertam ações à revelia das necessidades dos serviços de saúde, e as políticas sociais são incipientes para garantir essa premissa.

Além de serem pautadas pelo mercado, a formação dos trabalhadores para o SUS continua orientada pelo Ministério da Educação, especialmente para os cursos técnicos de nível médio e graduação. Assim, existem algumas ações educacionais realizadas a partir do levantamento de necessidades dos territórios, mas também ações realizadas a partir do rol de cursos aprovados pelo Ministério da Educação²⁸. Ou seja, os processos formativos são pautados tanto pelas políticas de educação quanto pelas da saúde. De acordo com Pronko et al (2011), essa é uma relação tensa. As políticas de educação são responsáveis pela certificação

²⁷ Até a CF 1988, “a função de ordenar a formação de recursos humanos em saúde, (...) era responsabilidade exclusiva do Ministério da Educação” (LIMA, 2007, p.3).

²⁸ No caso dos cursos técnicos de nível médio, existe o Catálogo Nacional de Cursos Técnicos, disponível para consultas no site do MEC.

dos profissionais após os cursos, ou seja, apresentam as regulamentações necessárias para a certificação. Já as políticas de saúde “pautam sua atividade e suas possibilidades de inserção por meio de mecanismos de regulação do trabalho e pela maior ou menor amplitude de intervenção social, traduzida em modelos mais ou menos integrais e universais de atenção” (PRONKO et al, 2011, p.59).

Dessa maneira, toda experiência educacional que possa estar mais estruturada a partir do modelo de atenção proposto para o SUS, esbarra na burocracia e tem que se adequar às normatizações já existentes. Como exemplo disso, podemos citar o trabalho que foi realizado para a criação do Projeto de Formação em Larga Escola de Pessoal de Nível Médio e Elementar para os serviços de Saúde (Projeto Larga Escala)²⁹. De acordo com Pereira e Ramos (2006), a enfermeira Izabel do Santos e a professora Ena Galvão tentaram encontrar uma brecha nas legislações para operacionalizar o projeto, cuja proposta envolvia “aproveitar o trabalho como forma de espaço educacional” (SANTOS apud PEREIRA; RAMOS, 2006, p.46), uma vez que se tinha o entendimento de que o discente trabalhador do SUS não era um discente semelhante ao de uma escola regular.

Para solucionar o problema, elas propuseram que os Conselhos Estaduais de Educação aprovassem as escolas que adotariam a metodologia do Larga Escala como “escola experimental” (PEREIRA; RAMOS, 2006, p.48) ou experiência pedagógica. Somente depois de realizar diversas turmas e enviar vários relatórios de comprovação é que as escolas foram definitivamente autorizadas a funcionar. Essa é inclusive considerada a origem das ETSUS no Brasil.

Assim, a formação de trabalhadores para atuarem no Sistema Único de Saúde é perpassada por legislações e regulamentações tanto da área da Educação quanto da Saúde, e, em alguns casos, também por regulamentações de entidades profissionais. Outro fato importante no que se refere ao fomento da formação para o SUS, de acordo com Sarreta (2009), é que “várias foram as iniciativas de regulamentar uma política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, o que sempre foi determinado pelos momentos institucionais do País” (SARRETA, 2009, p.154). Dessa maneira, mesmo entendida como um

²⁹ De acordo com Ramos (2010, p.39), o Projeto Larga Escala era voltado “especialmente para aqueles já inseridos nos serviços, posto que deles os trabalhadores não podiam se afastar para se formarem em cursos técnicos regulares”. Pires-Alves e Paiva (2010) acreditam que o projeto apresentava como ponto importante justamente essa formação em serviço, que, de acordo com eles, se dava através de abordagens que valorizavam a dimensão pedagógica e a dimensão do trabalho, visando à formação geral e crítica dos trabalhadores.

elemento importante para a consolidação do SUS, a questão da formação de trabalhadores para o sistema “é a que vem sofrendo o maior processo de desregulamentação dentro da política de reforma do Estado no País” (SARRETA, 2009, p.153).

As discussões sobre a formação de trabalhadores são anteriores à criação do Sistema Único de Saúde e estão diretamente ligadas às questões relacionadas a gestão do trabalho no SUS, como podemos ver em algumas Conferências Nacionais de Saúde (CNS). Instituídas pelo Governo Vargas (1950-1954), as CNS “têm como objetivos avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política desse setor” (RICARDI et al, 2017, p.156). A primeira aconteceu em 1941 e até a 7ª Conferência seu público era composto somente pela gestão federal. Após 1986, na 8ª CNS, elas deixaram de ser restritas e “passaram a ter participação ampliada dos diversos segmentos” (RICARDI et al, 2017, p.156).

Até 2018, foram realizadas 15 (quinze) conferências que trataram dos mais diversos temas relacionados à saúde. Faremos um recorte neste estudo focando nas CNS que discutiram efetivamente a formação de trabalhadores³⁰, inclusive a 8ª CNS, e suas implicações.

A primeira CNS a discutir recursos humanos e processos formativos foi a 4ª CNS. Realizada em 1967, teve como tema “Recursos humanos para as atividades em saúde” e apontou “para a necessidade da formação profissional sanitária do trabalhador da área de saúde” (SARRETA, 2009, p.152). Mesmo apresentando um forte discurso sobre a formação dos médicos, foi inserida a discussão sobre a participação de outros profissionais da saúde, introduzindo a ideia de equipe nos serviços de saúde, como vemos no trecho abaixo:

Tem tido, porém, a OMS o cuidado de deixar claro que os programas de saúde não podem ter por base o médico, ainda que altamente qualificado, porém na verdade uma equipe, composta dos denominados "profissionais da saúde" - como o médico, a enfermeira, o dentista, o engenheiro sanitário, veterinário de saúde pública, etc., com os respectivos elementos auxiliares, em seus diversos tipos e capacidades (BRASIL, 1967, p.48).

Além disso, também foi apontada a relevância da formação desses profissionais em todos os níveis, adequando os currículos às necessidades do país. Ainda de acordo com o os

³⁰ Para saber mais sobre os temas das Conferências Nacionais de Saúde, sugerimos a leitura de RICARDI, Luciani Martins; et al. **As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde**. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe3, p. 155-170, set. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000700155&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 set. 2018; e FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ. **Linha do Tempo: Conferências Nacionais de Saúde**. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>>. Acesso em 04 set. 2018.

Anais da 4ª Conferência, “a tentativa de introduzir, num país em desenvolvimento, a política adotada por um país desenvolvido, geralmente está fadada ao insucesso, podendo provocar tensões intoleráveis. Em resumo, é um engano copiar escolas médicas dos países desenvolvidos” (BRASIL, 1967, p.55). A centralidade do saber médico ainda era bastante reforçada e a formação de outros profissionais da saúde foi considerada como uma maneira suprir as necessidades de áreas que não tinham médicos, além de tornar mais econômico o atendimento à saúde.

Para Sayd et al (1998), nessa conferência, foi sugerida a organização de centros médico-sanitários com um caráter de atenção mais integral à saúde. Entretanto, apesar do discurso de atender às populações desassistidas com equipes de saúde, essas equipes ainda estariam sobre o poder hegemônico do médico. Assim, esse profissional era visto como o centro do atendimento à saúde, mas já ganhava força a ideia de que ele não conseguia atender tudo sozinho, sendo necessária uma equipe treinada para executar tarefas “simples”³¹. De acordo com Pires-Alves e Paiva (2010, p.314), “as estratégias de formação de trabalhadores envolveriam conteúdos considerados suficientes para preparar, em especial, o pessoal do nível médio para exercer determinadas tarefas ‘técnicas’ no âmbito dos serviços de saúde”.

A 5ª CNS, realizada em 1975, também abordou a questão do “desenvolvimento de recursos humanos” (PIRES-ALVES; PAIVA, 2010, p.313), mas sem fugir da lógica dos treinamentos para os trabalhadores que já atuavam nos serviços de saúde. A ideia agora seria o treinamento em serviço, tanto para os profissionais da assistência médica hospitalar, quanto para os profissionais da saúde pública. Considerada como estratégia-chave, estas ações tinham como objetivo expandir o modelo assistencial privado (hospitalar), mas também atender às necessidades da cobertura da medicina comunitária (PIRES-ALVES; PAIVA, 2010).

Nessa conferência, pode-se observar a relação público-privado apresentando suas necessidades e desejos. Para Pires-Alves e Paiva (2010),

Para proprietários de hospitais e alguns dos gestores, a solução seria aumentar o quantitativo disponível das profissões de nível superior; realizar o treinamento em serviço – em massa e de forma simplificada – dos trabalhadores de nível médio e elementar; e ampliar, subsidiariamente, a formação de técnicos. Para outros gestores e profissionais, todavia, de uma

³¹ Entendemos, assim como Lima (2016), que o trabalho dos profissionais da saúde não deve ser considerado como simples, “particularmente considerando que lida com a vida e a morte e com eventos inesperados que podem ocorrer no momento da assistência em saúde (...)” (LIMA, 2016, p.222). Entretanto, reproduzimos o sentido dado nos Anais da 4ª CNS, o que pode demonstrar como as demais profissões eram vistas perante a hegemonia médica.

perspectiva mais crítica, abria-se a oportunidade de promover o desenvolvimento de recursos humanos em novas bases, rumo a modelos diferenciados de cuidado em saúde inspirados na atenção primária à saúde, tal como consolidada pela Conferência de Alma-Ata, associando a formação e qualificação de recursos humanos ao processo de reforma do setor Saúde (PIRES-ALVES; PAIVA, 2010, p.315).

Também é importante ressaltar que a partir dessa conferência várias iniciativas foram propostas para atender às necessidades de formação para ao setor saúde. Pires-Alves e Paiva (2010) citam alguns exemplos: incorporação de um Docente-Assistencial nas universidades – esse profissional articulava intimamente os cursos e os serviços de saúde; o Projeto Larga Escala; instituição de órgãos e desenvolvimento de recursos humanos em diversos estados e municípios de maior porte – o objetivo era fomentar as discussões sobre o tema nos territórios.

Já em 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Um dos grandes marcos dessa conferência diz respeito à participação de outros atores além da gestão federal, ou seja, a inserção da participação popular nas conferências. Nesta CNS, participaram profissionais da saúde, da educação, usuários, sindicatos, bem como entidades representantes da iniciativa privada. De acordo com Sayd et al (1998, p.186), foi a “primeira vez, na história do País, [que] uma discussão sobre saúde, realizada sob os auspícios do Estado, foi deslocada de uma perspectiva estritamente medicalizada para o plano político”.

Não vamos discorrer sobre a importância dessa conferência; entretanto, cabe destacar sua relevância para a formação de trabalhadores para o SUS. No relatório final da 8ª CNS foi apontada a necessidade da ordenação da formação pelo sistema de saúde e foram apresentadas algumas propostas relacionadas à “política de recursos humanos” (BRASIL, 1986a, p.11) que visavam o fortalecimento do sistema, como remuneração e isonomia salarial entre os profissionais nos níveis federal, estadual e municipal, bem como o estabelecimento de plano de cargos e salários; concurso público, estabilidade, equipes multiprofissionais de acordo com as necessidades regionais de saúde, direito à greve e sindicalização e incorporação de agente de saúde para trabalhar com educação para a saúde e cuidados primários (BRASIL, 1986a). No que se refere à formação, a proposta era: “capacitação e reciclagem permanente (...); formação dos profissionais de saúde integrada ao Sistema Único de Saúde, regionalizado e hierarquizado; inclusão no currículo de ensino em saúde do conhecimento das práticas alternativas” (BRASIL, 1986a, p.11-12).

No mesmo ano, como resultado da 8ª CNS, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS). Na conferência, de acordo com Pires-Alves e Paiva (2010, p.316), “alguns dos seus eixos, balizados pelo debate mais recente sobre redemocratização e participação social, orientavam-se para os problemas relativos à organização dos trabalhadores, sobretudo para uma perspectiva mais atuante destes no processo da reforma sanitária”. Em relação à formação, o relatório final reforçava que essa demanda deveria ser orientada pelo SUS e que ela deveria estar intimamente ligada às necessidades de saúde da população. Ele também traz algumas análises sobre a preparação de trabalhadores para atuar de maneira “eficiente (em termos de custos) e eficaz (em termos de resultados)” (BRASIL, 1986b, p.30) e propõe estratégias para superar as deficiências apontadas, bem como para formar e aprimorar os conhecimentos dos profissionais do nível fundamental e médio, da graduação e da pós-graduação.

Nesta CNRHS, o conceito de Educação Continuada foi bastante utilizado como uma das estratégias para auxiliar na reorganização dos serviços de saúde. Entendida “como processo organizado, permanente, sistemático, direcionado a clientela institucional, com uma política de saúde definida tendo em vista a real necessidade dos usuários” (BRASIL, 1986b, p.28), a Educação Continuada era vista como uma maneira de fomentar a atualização dos conhecimentos profissionais tanto no que se referia à introdução de novas técnicas, quanto passar informações, atualizar conceitos, e também “para a adaptação do conhecimento técnico do profissional aos serviços da instituição e ao aprimoramento destes serviços” (BRASIL, 1986b, p.28). Especialmente em relação à graduação, existia a defesa de que os cursos da área da saúde deveriam sair dos muros das instituições formadoras, que, de acordo com o relatório final, “na sua generalidade espelham e reproduzem a estrutura de classes que as mantêm, estando desvinculadas do real social, apresentam-se fechadas, mantendo cursos criados em função de seus grupos ou classes hegemônicas” (BRASIL, 1986 b, p.26). Ainda de acordo com o relatório, não adiantava somente mudar nomes de disciplinas, se os conteúdos se mantinham os mesmos. Tal fato resultava em “uma disjunção teórico-prática com enfoque claramente individualista, hospitalar e privatizante” (BRASIL, 1986 b, p.26).

Neste contexto, o relatório aponta que o problema da educação seria uma questão política que perpassa pelo modelo de educação se deseja. Tal fato geraria a necessidade de um novo objeto para a educação em saúde, “este objeto deve ser o homem em sua plenitude de ser social que só pode ser apreendido através da saída da universidade dos seus muros, com

concomitante mudança na sua prática pedagógica” (BRASIL, 1986b, p.25). Assim, as instituições formadoras deveriam ser regionalizadas, apreender a realidade que as cercam, mas “sem perder com isso o prisma da universalização do conhecimento” (BRASIL, 1986b, p.25).

A 2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde aconteceu em 1993 e ficou marcada pela baixa participação tanto dos gestores federal, estadual e municipal quanto das universidades. Em seu relatório final, é assinalada a falta de prioridade na formação de trabalhadores para o setor saúde, tanto no público quanto no privado, ou seja, “inexiste uma Política de Recursos Humanos explicitamente formulada, na maioria dos municípios brasileiros, nos estados e no nível federal” (BRASIL, 1993, p.12). Afirmava ainda que, quando existiam, essas políticas eram desarticuladas das demandas sociais. Além disso, dizia que em nenhum dos níveis de governo a alocação de recursos financeiros para a formação de trabalhadores era expressiva, tornando a qualificação dos trabalhadores insuficiente e comprometendo a qualidade do atendimento à população.

Nessa conferência, foi reforçada a questão de que os currículos de todos os níveis de formação não consideravam os ideais da Reforma Sanitária; apresentavam disciplinas que não favoreciam a compreensão do contexto da saúde e do funcionamento do SUS; e não apresentavam conteúdos que favoreciam a formação tanto técnica quanto de cidadãos críticos (BRASIL, 1993). Afirmava também existir um alto número de escolas profissionalizantes que formavam trabalhadores de nível fundamental e médio para o atendimento hospitalar e a dificuldade por parte das chefias de liberar os trabalhadores para participar de cursos e capacitações. Ressaltava também a ausência de projetos de educação continuada, bem como falta de vontade política para implementá-los (BRASIL, 1993).

Uma das propostas apresentadas na 2ª CNRHS era a articulação entre as políticas de saúde e de educação, como “princípio nuclear das políticas de recursos humanos para a saúde” (BRASIL, 1993, p.24). Também foi reforçada a necessidade de regulamentação do art.200 da CF de 1988 e também a:

[...] revisão da Lei de Exercício Profissional de todas as profissões da saúde para adequá-las às demandas e necessidades de saúde das populações e da implementação do SUS;
- integração entre as instituições formadoras de recursos humanos e as instituições prestadoras de serviços de saúde, incluindo nesse processo os Conselhos de Saúde e de Educação, de forma a viabilizar a efetiva

participação do SUS na regulamentação e na ordenação dos processos de formação; [...]

- redefinição das competências dos três níveis de governo na formação e qualificação de recursos humanos;

- obrigatoriedade, para as instituições privadas vinculadas ao SUS, de terem um plano de qualificação profissional para os seus trabalhadores (de formação do nível médio e superior), assim como a garantia da profissionalização dos seus trabalhadores sem qualificação específica;

- destinação de percentual (no mínimo 10%) dos recursos do SUS para a preparação de recursos humanos de saúde; [...]

- a criação e sistematização de programas de educação continuada de forma descentralizada e institucional, assegurando a liberação dos trabalhadores de saúde (nível médio e superior), conforme critérios definidos e aprovados pelos Conselhos de Saúde, objetivando a atualização técnica dos profissionais, a organização e a administração dos serviços de saúde e a melhoria no atendimento;

- o desenvolvimento de programas de capacitação para trabalhadores de saúde, capacitando-os para o desenvolvimento de ações cotidianas, dando ênfase às relações interpessoais e à formação de consciência crítica e ética [...]

(BRASIL, 1993, p.25-26).

Podemos observar que, nesta CNRHS, as propostas estão mais bem estruturadas do que na primeira. De acordo com Campos et al (2006), a realização da 8ª CNS e da 1ª CNRHS se deram em “pleno movimento da reforma do sistema de saúde brasileiro e sob a égide do último presidente eleito de forma indireta” (CAMPOS et al, 2006, p.8). Assim, as discussões foram marcadas pela busca da recuperação da liberdade e da cidadania. Já na época da 2ª CNRHS, a democracia já era o regime político adotado pelo país e o SUS já estava em implantação. Tal fato favoreceu a observação dos problemas do sistema e a proposição de estratégias.

Entretanto, somente a partir da 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1996, é que se instituiu uma proposta efetiva para os trabalhadores do SUS. Foi elaborado o documento “Princípios e diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB-RH/SUS)”, aprovado somente na 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada nos anos 2000. Este documento definiu princípios e diretrizes para Gestão do Trabalho no SUS e teve “como objetivo principal a centralidade do trabalho, do trabalhador, da valorização profissional e da regulação das relações de trabalho em saúde” (SARRETA, 2009, p.162-163). De acordo com Sarreta (2009), a elaboração da NOB-RH/SUS se deu por um processo democrático e descentralizado, com a participação de trabalhadores, gestores e controle social.

Neste documento, são apresentados alguns conceitos básicos que orientam a sua leitura. Dentre esses conceitos, alguns se referem à questão da formação:

[...] 2.13 Desenvolvimento do Trabalhador para o SUS: para efeitos desta NOB, fica entendido como “desenvolvimento do trabalhador” as atitudes, circunstâncias, ações e eventos que assegurem ao trabalhador o crescimento profissional e laboral que possibilite o pleno desenvolvimento humano, a sua satisfação com o trabalho, o reconhecimento, a responsabilização com compromissos pelos direitos de cidadania da população e a prestação de serviços com acolhimento, qualidade e resolubilidade à população usuária do Sistema. O “desenvolvimento do trabalhador” terá repercussão direta no seu engajamento institucional e na sua consciência de cidadania.

2.14 Formação Profissional: é o processo que sistematiza os conhecimentos técnicos e científicos por meio da educação profissional de nível básico, técnico e superior, com o objetivo de propiciar ao indivíduo o permanente desenvolvimento de aptidões, habilidades, competências específicas e posturas solidárias perante os usuários, para o exercício do trabalho e da educação a fim de inseri-lo nos setores profissionais.

2.15 Qualificação Profissional: é o processo no qual o trabalhador adquire conhecimentos qualificados para o desempenho de determinada função visando ao seu melhor aproveitamento no exercício do trabalho.

2.16 Educação Permanente: constitui-se no processo de permanente aquisição de informações pelo trabalhador, de todo e qualquer conhecimento, por meio de escolarização formal ou não formal, de vivências, de experiências laborais e emocionais, no âmbito institucional ou fora dele. Compreende a formação profissional, a qualificação, a requalificação, a especialização, o aperfeiçoamento e a atualização. Tem o objetivo de melhorar e ampliar a capacidade laboral do trabalhador, em função de suas necessidades individuais, da equipe de trabalho e da instituição em que trabalha (BRASIL, 2005a, p.31-31).

No âmbito do desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, a NOB-RH/SUS reforça a necessidade de uma formação profissional voltada para atender ao modelo assistencial definido pelas Leis nº 8080/1990 e nº 8142/1990. Reforça também a necessidade do comprometimento das instituições de ensino em todos os níveis com o SUS, especialmente através da reformulação das diretrizes curriculares de acordo com o perfil epidemiológico e demográfico de sua região de atuação. Além disso, foi apontada a necessidade de se implementar uma “política de capacitação de docentes orientada para o SUS; da formação de gestores capazes de romper com os atuais paradigmas de gestão; e da garantia de recursos necessários ao desenvolvimento do ensino, pesquisa e extensão” (BRASIL, 2005a, p.53). O documento reforça ainda que a formação para a saúde deveria se dar prioritariamente nas instituições públicas de ensino.

Em relação à Educação Permanente, a NOB-RH/SUS aponta diretrizes para um modelo de educação baseado nas atribuições e competências dos serviços, bem como nas atribuições e competências dos trabalhadores do SUS e suas equipes de trabalho, buscando a interlocução entre educação, trabalho e regulação (BRASIL, 2005a). Nessa perspectiva, os gestores federal, estaduais e municipais deveriam elaborar programas institucionais e de Educação Permanente em parceria com o conjunto de trabalhadores. Esses programas deveriam ter como objetivo a formação e capacitação de trabalhadores, com vistas ao atendimento de qualidade aos usuários e ao desenvolvimento na carreira desses profissionais. Também era apresentada como responsabilidade da gestão, a definição de normas e rotinas para liberação de trabalhadores para as capacitações e aperfeiçoamento profissional (BRASIL, 2005a).

Sarreta (2009) analisa que a publicação da NOB-RH/SUS apresentou poucos resultados para o atendimento adequado às necessidades de saúde da população. Com uma formação voltada para o mercado privado e hospitalar, a discussão toma uma dimensão política e social, já que interfere diretamente na consolidação do SUS à época.

As dificuldades apresentadas mostram os poucos resultados alcançados com a NOB/RH – SUS, uma vez que a política que prevaleceu nesse período foi a política neoliberal para Recursos Humanos, priorizando a privatização por meio da terceirização de serviços, da abertura de novos cursos na área da saúde, entre outras questões afins. O SUS necessita, portanto, da efetividade de políticas públicas específicas e intersetoriais para assegurar a cobertura universal e para promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a valorização do trabalho como instrumento essencial da atenção à saúde e criação de vínculo dos trabalhadores com a população e os serviços (SARRETA, 2009, p.163)

Em 2003, os princípios e diretrizes da NOB-RH/SUS foram transformados em Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Resolução nº 330/2003), motivando a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) no âmbito do Ministério da Saúde. Com o objetivo de “implementar uma política de valorização do trabalho no SUS e dos trabalhadores de saúde em conformidade com os seus princípios e diretrizes” (BRASIL, 2005b, p.4), a criação da SGTES, de acordo com Brasil (2005b), foi a iniciativa do governo federal para romper com a ideia de que o trabalhador é somente um “recurso de infraestrutura, reconhecendo-o como protagonista do processo de consolidação do Sistema” (BRASIL, 2005b, p.4).

Nesse contexto, foi realizada a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, também em 2003, com o tema: “Trabalhadores de Saúde e a Saúde de Todos os Brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação”. Seu documento base apresenta algumas questões de reflexão a partir da análise de todas as Conferências Nacionais de Saúde e das Conferências de Recursos Humanos para a Saúde. Dentre elas, a afirmação de que os gastos do setor para formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS não são considerados como investimento social. Apresenta também como o trabalho deve ser entendido para que sua gestão seja efetiva:

[...] pressupõe entender o trabalho como uma categoria central na construção dos atores sociais, em um movimento construtivo, no qual, ao mesmo tempo em que o trabalhador se constrói, atua e se reconhece como pertencente ao ambiente de trabalho. O local de trabalho é considerado um espaço múltiplo e importante, onde a diversidade cultural e étnica se traduz em complementaridade e enriquecimento no processo de produção, buscando a humanização das relações sociais e a inserção de valores como a ética, a cooperação, o respeito e a solidariedade (BRASIL, 2005b, p.8).

Nesse mesmo sentido, a educação na saúde também é ressignificada, passando de meras capacitações e treinamentos - nos quais os trabalhadores “são os únicos responsáveis pela qualidade da atenção e pela qualidade da gestão que se faz em saúde” (BRASIL, 2005b, p.13) – a processos educativos interativos e participativos, marcados “por compromissos éticos com o melhor acolhimento da população e com a promoção da autonomia dos usuários” (BRASIL, 2005b, p.13).

A Conferência também reafirmou a Educação Permanente como fundamental para a política de educação e desenvolvimento em saúde para o SUS. Tal conceito foi utilizado em substituição ao de educação continuada.

A educação continuada configura a soma e constante acumulação de conhecimentos, enquanto a educação permanente em saúde pretende a ligação direta entre repensar o processo de formação e repensar o processo de trabalho. Para a educação permanente em saúde, o conhecimento não se destina a acumular, mas a transformar o trabalho, os trabalhadores de saúde e a participação no setor (BRASIL, 2005b, p.15).

Além disso, a conferência apresentou a necessidade de se descentralizar a capacidade pedagógica do SUS no interior do setor saúde, “fazendo do SUS uma rede-escola” (BRASIL, 2005b, p.16), através do investimento na formação de facilitadores de educação permanente

em saúde que seriam fundamentais para a formação de estudantes e trabalhadores para qualificá-los dentro das reais necessidades dos serviços de saúde.

Para isso, em 2004, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) pela Portaria GM/MS nº 198/2004 (BRASIL, 2009c). Tendo como premissa a Educação Permanente em Saúde (EPS), a política tenta ordenar a formação de acordo com o disposto na CF, mediante fomento teórico e financeiro para estados, Distrito Federal e municípios a partir da elaboração do Plano Estadual de Educação³² ao Ministério da Saúde. A proposta da EPS é que

os processos de qualificação dos trabalhadores tomem como referência as necessidades e a realidade local de saúde, que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e a própria organização do trabalho e que sejam, sobretudo, estruturadas a partir da problematização dos processos de trabalho de saúde (CARDOSO et al, 2017, p.1490).

É importante ressaltar que a ideia de Educação Permanente (EP) não é nova. Para Feuerwerker (2014), ela advém de uma mistura dos conceitos da educação progressista, do construtivismo e das ideias de Dewey. Produzida nos anos 1960, na Europa, a EP estava “associada a iniciativas que envolviam a aprendizagem de adultos em momentos de reestruturação produtiva e necessidade de reposicionar grandes contingentes de pessoas no mercado de trabalho em função da intensificação da industrialização e da urbanização” (FEUERWERKER, 2014, p.94).

Proposta pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) na década de 1980 como uma grande estratégia para a formação de trabalhadores da saúde, a Educação Permanente era baseada na ideia de que “os processos de qualificação partissem de necessidades identificadas pelos trabalhadores em seus diferentes contextos e dialogassem com seus conhecimentos prévios” (FEUERWERKER, 2014, p.93) e, para isso, a identificação das necessidades de formação deveriam ser elaboradas por meio de processos de planejamentos participativos, a partir dos contextos e das necessidades locais e da identificação de problemas e prioridades.

Assim, na Educação Permanente em Saúde, é valorizado o papel das equipes multidisciplinares e suas reuniões de trabalho como processos pedagógicos não estruturados (como cursos, palestras, etc.), mas a PNEPS também compreende a importância das

³² De acordo com a Portaria do Ministério da Saúde nº 3.194/2017, os Planos Estaduais de Educação Permanente devem ter duração de, no mínimo um ano e serem elaborados com a participação dos municípios e da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES), bem como ser pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Eles devem conter as ações previstas, com a descrição das atividades, objetivos metas e período para execução.

formações específicas de cada trabalhador e seu papel dentro dos serviços de saúde. Nesse sentido, entendemos que a política propõe diretrizes para uma gestão na área da educação em saúde de forma democrática, através do “quadrilátero da formação” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004): ensino, gestão, atenção e controle social participando das ações de formação para a saúde.

Nesse sentido, a PNEPS foi apresentada pelo MS como uma grande resposta para os anseios da qualificação na saúde, pois as necessidades de formação seriam decorrentes dos próprios trabalhadores e dos serviços, com uma conotação de neutralidade e participação coletiva. Entretanto, ela enfrenta alguns problemas para sua efetivação.

A partir de uma pesquisa sobre a implantação da PNEPS no Distrito Federal, Moraes e Dytz (2015) apontam alguns problemas, como, por exemplo: os modelos centralizados de gestão “com pouca participação de outros segmentos da sociedade civil” (MORAES; DYTZ, 2015, p.263); questões burocráticas relacionadas à financiamentos que impedem a execução dos recursos; e “desvalorização dos espaços de execução da política” (MORAES; DYTZ, 2015, p.263) – no que se refere tanto à falta de pessoal para suprir os momentos que os trabalhadores estão em ações educacionais ou em reuniões de equipes, quanto ao incentivo dos gestores nos processos educativos; entre outros.

Tais achados não ficam restritos ao Distrito Federal; praticamente em todos os estados brasileiros são registrados relatos de que estes problemas são recorrentes, apontando que a PNEPS ainda precisa ser melhor compreendida, e conseqüentemente, valorizada por gestores, trabalhadores e usuários, como nos aponta Cardoso et al:

A formação no trabalho, no entanto, enfrenta três grandes desafios: o desconhecimento e desvalorização da EPS por parte dos gestores; a falta de compreensão por parte de tutores e professores acerca dos princípios pedagógicos da EPS – o que dificulta inovações e, frequentemente, conduz a práticas pedagógicas transmissivas, com conteúdos pré-determinados e não adequados ao contexto local; e a precarização das relações de trabalho que leva à descontinuidade da presença nos postos de trabalho, tanto dos estudantes-trabalhadores quanto de tutores e preceptores, no caso de alguns cursos (CARDOSO et al, 2017, p.1494).

É importante ressaltar que, de acordo com a portaria de criação da PNEPS, as ações educacionais seriam realizadas “preferencialmente” pelas Escolas dos SUS, mas, nas portarias seguintes relativas à disponibilização de recursos, essa preferência não foi mais valorizada, abrindo “concorrência” pelos recursos pelas instituições privadas.

Podemos perceber que a EPS tem sua origem no atendimento às necessidades de mercado, tendo surgido, assim, a partir da necessidade de reestruturação produtiva (FEUERWERKER, 2014), em um contexto de reposicionamento de pessoas no mercado de trabalho. Assim, ela não pode ser entendida como um modelo progressista de educação, mesmo que ao longo de sua história fossem incorporados elementos dessas concepções. Ao ser instituída como política para a formação de trabalhadores do SUS, como uma estratégia pedagógica, a EPS vem atender às necessidades do trabalho, com a ideia de rever processos, e, a partir de “incômodos” (FEUERWERKER, 2014, p.96), promover discussões entre trabalhadores, gestão, instituições formadoras e controle social, com vistas a propor mudanças e melhorias nos serviços de saúde. A PNEPS, ao utilizar os pressupostos da EPS, em uma tentativa de apresentá-la como estratégia inovadora e participativa, acaba por, muitas vezes, reforçar a subsunção da formação aos processos de trabalho, não considerando a realidade social na qual os serviços do SUS acontecem, nem vislumbrando mudanças nessa realidade.

A partir desse percurso histórico de propostas e iniciativas para a formação de trabalhadores para a saúde, mas especialmente para o SUS, podemos observar que as discussões sobre a importância dessa temática são evidentes nas Conferências Nacionais de Saúde e nas conferências relacionadas à gestão do trabalho e da educação em saúde. A participação dos trabalhadores e dos usuários nessas discussões só foi possível a partir da 8ª CNS e, a partir dessa participação, o debate tem se apresentado com um foco voltado para a formação, a ética, o compromisso social e a atenção ao usuário de maneira mais concreta, inclusive com a proposições para o desenvolvimento de uma política voltada para a gestão do trabalho e para a educação na saúde. Entretanto, ainda é nítida a lacuna entre as políticas de saúde e as da educação, bem como o distanciamento das formações ofertadas pelas instituições formadoras, voltadas para o mercado e não para as necessidades do SUS.

Como podemos perceber, o entendimento de que o espaço de trabalho é um lugar educativo e que a experiência pode ser utilizada como ponto de partida para a realização de ações educacionais ainda não é totalmente compreendido pelas políticas de educação. Entretanto, podemos apontar algumas iniciativas de aproximação dessas suas áreas: propostas de “conectar processos formativos das profissões de saúde com a rede de serviços e com prioridades da política setorial” (VARELLA, 2018, p.211), como, por exemplo, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde, que “visa promover a inserção dos discentes de graduação na rede de serviços de saúde do SUS” (VARELLA, 2018, p.211).

Para Varella (2018), o que se observa no Brasil é a ausência de políticas que favoreçam uma constante discussão e possibilite avanços na formação de trabalhadores no setor saúde.

As transformações na condução de políticas de formação profissional acompanham a trajetória da sociedade com enfoques mais ou menos conservadores, refletindo os arranjos da configuração de um Estado voltado para promover a justiça social ou de um Estado neoliberal estruturado sob a égide do livre mercado e da acumulação capitalista (VARELLA, 2018, p.210).

Nesse sentido, Pronko et al (2011), afirmam que no Brasil não existe uma política de formação profissional em saúde. Para os autores, o que existe é uma política de formação que aplica à saúde, especialmente para os trabalhadores técnicos em saúde. Os autores também apontam que a formação para a saúde é regida pela lógica do mercado; se distanciando de um modelo de formação na perspectiva do cuidado integral, “na medida em que forma principalmente para um mercado dominado pelo modelo hospitalar de atenção, não respondendo às necessidades de saúde da população em seu conjunto” (PRONKO et al, 2011, p.169).

Com base nos estudos realizados, os apontamentos para a consolidação de uma política real para a formação profissional na saúde ainda engatinham. Não se tem discussões entre os setores da educação e da saúde, nem o acompanhamento real das ações educacionais ofertadas pelas instituições formadoras. Além disso, ainda que exista a diretriz da Educação Permanente em Saúde, ela apresenta problemas para sua implementação real, como já discutimos.

Nesse sentido, entendendo que as formações de trabalhadores para o SUS seguem a lógica do mercado, elas também sofrem processos privatizantes em seu interior, especialmente no que se refere às ofertas de cursos, o que pode gerar a fragmentação tanto da formação do trabalhador quanto na atenção à saúde (PRONKO et al, 2011).

A partir das críticas de Pronko et al (2011) em relação à existência de políticas de formação profissional em saúde, entendemos que existe o financiamento por parte do Estado às instituições públicas e privadas para realização de ações educacionais para os trabalhadores do SUS. Entretanto, esse financiamento é marcado por movimentos de luta tanto da RSB, quanto dos próprios trabalhadores.

2.4 IMPACTOS DA PARTICIPAÇÃO PRIVADA NOS PROCESSOS FORMATIVOS DO SUS

Como podemos observar, a formação de trabalhadores da saúde deveria ser orientada pelo Sistema Único de Saúde, tanto para os que já atuam na área, quanto para aqueles indivíduos que virão a atuar. Essa formação - nos níveis fundamental, médio, superior e pós-graduação -, deveria ser elaborada tendo como premissa o modelo assistencial do sistema e os currículos das ações educacionais deveriam ser construídos a partir do perfil epidemiológico e demográfico do território na qual a instituição formadora atuasse. Entretanto, o que se vivencia nos cursos da área da saúde são formações elaboradas a partir das necessidades do mercado de trabalho.

Como discutimos no item 2.2, a noção de capital humano orienta as concepções de formação, já que buscam que o trabalhador constantemente atualize seus conhecimentos a partir das necessidades de mercado. Tal premissa foi facilmente incorporada nos discursos sobre a formação de trabalhadores para a saúde (LIMA, 2007), uma vez que ela foi entendida como uma resposta às mudanças e eventos imprevistos típicos da produção flexível.

Sthal et al (2017) comprova os apontamentos de Lima (2007) a partir de uma pesquisa sobre os cursos de graduação para a área da saúde. Na pesquisa, verificou-se que os cursos tinham como proposta educacional a formação voltada para atender às necessidades do mercado. Como consequência, elas entenderam que os cursos analisados apresentavam uma “concepção de homem enquanto ser condicionado pela sociedade, com objetivo de adaptação a ela e ao mercado de trabalho” (STHAL et al, 2017, p.1). Dessa maneira, o que as autoras observaram foram projetos para formações voltadas especificamente para os interesses de mercado, sem levar em consideração as dimensões e a complexidade do mundo do trabalho e das relações sociais, formando profissionais individualistas, e “inculcando a ideologia de que as desigualdades podem ser superadas a partir do esforço individual, do estudo e trabalho, de modo que, a partir desse esforço individual, todos poderiam galgar posições no mercado de trabalho” (STHAL et al. 2017, p.8).

Pronko et al (2011) também apresentam dados de uma pesquisa realizada junto às escolas públicas e privadas que ofertam cursos técnicos. Na pesquisa, foram analisados os projetos políticos pedagógicos das instituições mencionadas. Apontou-se que as formações oferecidas pelas escolas estavam mais voltadas para atender às necessidades de mercado do

que às do SUS, reforçando, assim, a existência da teoria do capital humano como norteador das ações educativas oferecidas.

Segundo as prescrições dos documentos normativos, a flexibilidade, a integração e a descentralização dos processos de produção levam ao surgimento de um novo trabalhador que deve ser polivalente, multiqualificado, apto a lidar com situações inesperadas e que saiba trabalhar em equipe. Valoriza-se o caráter mais intelectualizado e menos prescritivo do trabalho, e exige-se a utilização de saberes cognitivos que estão além da dimensão estritamente técnica, mobilizando suas “competências” para isso (PRONKO et al, 2011, p.143).

Os estudos de Sthal et al (2017) e de Pronko et al (2011) demonstram a falácia existente entre a formação ofertada pelas instituições educacionais e as necessidades dos serviços de saúde, especialmente as necessidades profissionais demandadas pelo SUS. Os estudos demonstram e denunciam “a incompatibilidade entre o modelo de formação hegemônico em saúde e a perspectiva de atuação profissional do SUS” (STHAL et al, 2017, p.1).

Nessa perspectiva, Franco (2011) acredita que, para vencer essa visão pragmática de uma formação voltada para a adequação da força de trabalho ao mercado é necessário que o processo formativo leve em consideração as dimensões profissional e política, ou seja, ele deve integrar diferentes saberes para preparar “os indivíduos para atuar na esfera do trabalho e da cidadania” (DELUIZ apud FRANCO, 2011, p.105). Um processo educativo contrário reforça uma formação meramente técnica, definida apenas “por critérios de mercado e das tecnologias educacionais, desenvolvendo-se a partir daí a perspectiva tecnicista da educação” (PRONKO et al, 2011, p.72).

O tecnicismo, de acordo com Libâneo (1982), é uma corrente pedagógica que defende que a educação deve ser subordinada ao trabalho existente e que tem como função preparar “recursos humanos” para a indústria (mão-de-obra). Nesse sentido, a “sociedade industrial e tecnológica estabelece (cientificamente) as metas econômicas, sociais e políticas, a educação treina (também cientificamente) nos discentes os comportamentos de ajustamento a essas metas” (LIBANEO, 1982, s/p.). Ramos (2010) resume os problemas do tecnicismo da seguinte maneira:

a) reduzem os comportamentos humanos às suas aparências observáveis; b) reduzem a natureza do conhecimento ao próprio comportamento; c) consideram a atividade humana como uma justaposição de comportamentos elementares cuja aquisição obedeceria a um processo cumulativo, devendo a

integração e a coordenação de segmentos de ação fazer-se num segundo tempo, assumindo o papel de objetivo de nível superior; d) não colocam a efetiva questão sobre os processos de aprendizagem, que subjaz aos comportamentos e desempenhos: os conteúdos da capacidade (RAMOS, 2010, p.196).

O tecnicismo influenciou fortemente a educação brasileira, especialmente no período compreendido entre as décadas de 1970 a 1990, com a Lei 5692/1971, que fixava as diretrizes e bases para o ensino do antigo 1º e 2º graus, revogada somente pela Lei 9394/1996. Entretanto, Ramos (2011) também acredita que persiste uma visão pragmática e também tecnicista da educação, denominada pela autora de (neo) pragmatismo e (neo) tecnicismo.

Para a autora, a partir da utilização da pedagogia das competências, os processos formativos acabam por “evidenciar a relação entre os aprendizados e as situações em que esses serão úteis. Daí sua raiz eminentemente pragmática” (RAMOS, 2011, p.61). Em relação aos métodos, eles ganham destaque no planejamento dos currículos, uma vez que representam “um conjunto contextualizado de situações-meio, voltado para a geração de competências supostamente requeridas pelo processo produtivo e pela prática utilitária” (RAMOS, 2011, p.62). São essas características que, de acordo com Ramos (2011), apontam que as formações baseadas nas pedagogias das competências despertem para um (neo) tecnicismo.

Esses (neo) pragmatismo e (neo) tecnicismo levam a processos formativos baseados somente em adquirir e aprimorar técnicas, com currículos flexíveis, que tem como objetivo viabilizar ao trabalhador se atualizar ou se requalificar a partir de diferentes itinerários formativos frente às imprevisibilidades do mercado. Assim, de acordo com Ramos (2011, p. 63), “o trabalhador flexível, por sua vez, vem a ser aquele capaz de renovar permanentemente suas competências, aproveitando diversas oportunidades, dentre as quais, a oferta desses currículos flexíveis. Esta é a forma como a pedagogia das competências tem se concretizado na educação profissional”.

É a partir dessa lógica que as formações de profissionais vêm acontecendo no Brasil. Diversas dessas formações são financiadas com fundo público que é destinado tanto para instituições públicas quanto privadas. Frigotto (2011b) problematiza a questão do fundo público afirmando que ele é visto como meio de garantir um patamar mínimo de escolaridade e de subsídio para os mais pobres. Para o autor, “a educação e a qualificação transitam, assim, da política pública para a assistência ou filantropia ou, como situa o Banco Mundial, uma estratégia de alívio da pobreza” (FRIGOTTO, 2011b, p.15). Assim, o financiamento para

formação de profissionais vem apresentando um cunho assistencialista e com vistas à empregabilidade. Para Freitas (2012, p.387) isso significa que “os interesses hegemônicos dos empresários reduzem a educação a produzir o trabalhador que está sendo esperado na porta das empresas”.

Especificamente no setor saúde, Ramos (2016) afirma que a parceria público-privada é vista como uma maneira de se manter a gratuidade das ofertas educacionais. Além disso, ela é entendida não como uma oferta privada, mas como uma maneira de ampliar a ação pública. “Vê-se que a parceria com a esfera privada para oferta da educação profissional mantém os princípios da gratuidade e do público, tendo o Estado como o financiador” (RAMOS, 2016, p. 211). Nesse sentido, várias ações de formação e profissionalização foram realizadas mediante o financiamento pelo Estado das instituições privadas, como, por exemplo, o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), ofertado entre os anos 2000 e 2007, que colocou ETSUS e instituições privadas no mesmo patamar para concorrer à recursos para oferta de seus cursos. Outro exemplo, mais atual, é o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde (Profags), que vem trabalhando na mesma lógica do Profae: colocar escolas do SUS em disputa por recursos com as escolas privadas.

Já no âmbito da pós-graduação, temos o exemplo de uma especialização na modalidade à distância do Hospital Sírio Libanês – esta é somente uma dentre as diversas realizadas pelo hospital -, que, de acordo com Correia (2014), foi ofertada para 100 trabalhadores de hospitais federais, geridos pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). A autora questiona o volumoso recurso gasto nesta especialização Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). A autora questiona o volumoso recurso gasto nesta especialização, assim como o critério de seleção, para oferta desta capacitação, do Sírio Libanês, o hospital à época mais lucrativo do país (CORREIA, 2014).

Este é somente um dos exemplos do financiamento público para formações ofertadas por instituições privadas. Também observamos a participação privada na formação profissional de nível médio. De acordo com Morosini et al (2013), existe uma baixa participação do setor público e uma predominância do setor privado na oferta de cursos técnicos de nível médio para a saúde; entretanto, as autoras também observam uma inversão quando voltamos o olhar para o mercado de trabalho. Para elas, “a maior parte dos postos de trabalho ocupados por esses trabalhadores encontra-se no setor público de saúde. Dessa

forma, no cenário atual, o trabalhador que atua no sistema público de saúde foi em sua maioria formado no setor privado” (MOROSINI et al, 2013, p.17).

Pereira (2008) reforça que é necessário entender que a “parceria público-privada produz um efeito nefasto na formação para a emancipação, pois reforça a lógica do valor na produção imaterial que é a saúde” (PEREIRA, 2008, p.417). Para a autora, isso faz com que os valores éticos e políticos das ações de saúde sejam distorcidos.

Nesse sentido, ela ainda cita Paul Singer (1996), que afirma existirem dois modelos de Educação que produzem projetos distintos de concepção de sociedade e de sujeito. Um modelo é voltado para a formação, tomada de consciência e emancipação do trabalhador. O outro é votado para a lógica produtivista. O primeiro tem como base os conceitos de democracia e formação cidadã, já o segundo acredita que o sentido da educação é preparar o indivíduo para “a integração à sociedade capitalista” (PEREIRA, 2008, p.416). Como podemos observar, o modelo prevalente está mais próximo do segundo, pois as formações para todos os níveis educacionais sempre apresentam como objetivo atender ao mercado de trabalho, ou seja, os projetos e planos de cursos vem sendo orientados pelo mercado.

Nesse sentido, uma formação engajada em transformar a realidade social deve ter como premissa compreender que realidade é essa e em que contexto ela e os trabalhadores estão inseridos. Assim, entender o território e a realidade social se apresenta como imprescindível para uma prática que realmente atenda às necessidades da população. O homem, como ser histórico transforma a natureza através do trabalho, modificando-a, mas também se modificando. O território é o reflexo dessas transformações; é o espaço modificado, transformado, produzido socialmente, tornando-se único a partir do conjunto de seres humanos que nele vivem (GONDIM; MONKEN, 2017). Dessa maneira, é importante compreender a territorialização como um fenômeno social, pois o ser humano, ao se fixar em um território, constrói identidade, estabelece vínculos, tem hábitos e costumes que devem ser levados em conta pelos profissionais da saúde para conseguirem prestar um atendimento universal, equânime e integral à população.

Outra questão relacionada ao entendimento do território, é a compreensão do que seja a epidemiologia. De acordo com Palmeira (2000), ela é uma ciência que

estuda o processo saúde-doença em populações humanas, com o objetivo de prevenção e controle. [...] Para prevenir e controlar a doença é necessário conhecer, tanto quanto possível, os elementos que participam do processo de

adocimento e os fatores que determinam a distribuição da doença segundo o tempo, o lugar e as pessoas que adoecem (PALMEIRA, 2000, p.137 - 138).

Portanto, para a saúde, estudar e entender os conceitos de território e da epidemiologia torna-se uma ferramenta importante para atender às necessidades população, entendendo população como “o conjunto de habitantes de um território (região, país, cidade, bairro) e, por extensão, qualquer fração - subpopulação - desta (a população feminina de uma cidade, a de crianças de um país, a de doentes de uma região, etc.) (PALMEIRA, 2000, p.137). Gondim e Monken (2017) entendem que “para compreender saúde e doença, nos âmbitos individual e coletivo, é necessário localizar pessoas, grupos e eventos no tempo e no lugar” (p.23). Assim, é possível aprimorar a gestão dos serviços de saúde, já que as dimensões política, econômica, social, cultural, sanitária podem oferecer elementos importantes para a análise da população das regiões ou áreas de saúde.

Formar para a saúde, tendo como eixo norteador as necessidades de saúde dos territórios e o SUS, significa dizer que as formações deveriam partir das realidades dos serviços de saúde e das reais necessidades de formação de seus trabalhadores. Pereira (2008) nos apresenta alguns conteúdos que ela acredita que deveriam ser incluídos nos processos formativos, especialmente para trabalhadores:

- Economia Política – as contradições, articulações, tensões de setores da sociedade civil e Estado no que tange à saúde;
- Políticas de Saúde – recuperando as contradições do SUS, ressaltando o caráter de mercantilização a que é submetido e ao mesmo os avanços políticos e técnicos da sua proposta, possibilitando, portanto, entendê-lo sem idealização ou negação total, de modo a apostar na sua face pública;
- Políticas de C&T em Saúde, com ênfase nas tecnologias sociais;
- Sociologia do Trabalho – formas de organização do trabalho em saúde; relações sociais do trabalho, ressaltando as condições objetivas na produção de subjetividade do trabalhador da saúde (PEREIRA, 2008, p.415).

A autora ressalta também que é necessário que as formações tenham um eixo norteador constituído por “conceitos centrais para as ações integrais de saúde” (PEREIRA, 2008, p.418), mais, para além disso, os projetos pedagógicos devem apresentar uma mediação entre as realidades do serviço e o que é possível, para que não caia em processos formativos

utópicos, com o qual o trabalhador no seu cotidiano não possa implementá-lo” (PEREIRA, 2008, p.418).

Ainda para Pereira (2008), é necessário buscar caminhos para a formação que levem a condução de uma emancipação efetiva para a transformação da realidade social, considerando, principalmente o pensamento da educação progressista de que o homem educado “constrói sociedade diferente daquela existente, e que esta por sua vez, vai gerar um novo tipo de homem e de humanidade” (PEREIRA, 2008, p.418).

Entretanto, esse caminho ainda está longe de ser uma realidade nas formações dos trabalhadores para o SUS. Observamos que a grande maioria destes trabalhadores é formada por instituições privadas, e muitas delas são financiadas com recursos públicos, tanto na forma de pagamento direto pela formação, quanto através de isenções fiscais. Forma-se para o SUS sem ter como referencial teórico o próprio sistema. Forma-se numa lógica privada para o trabalho no SUS e quando essa formação é para os profissionais que já atuam nos serviços públicos de saúde, ela pode não atender às necessidades do próprio serviço.

Como discutimos ao longo deste capítulo, discorreremos sobre as determinações gerais da educação, assim como sobre as concepções e perspectivas para a formação no campo da saúde, incluindo as tendências do presente, em particular, sob a égide dos processos de privatização mais recentes. A trajetória do capítulo indicou que as concepções de formação para a saúde são pautadas nos movimentos de lutas pelos defensores da Reforma Sanitária Brasileira, bem como pelos trabalhadores. Entretanto, a influência das ideologias dominantes nas propostas de políticas de formação são sempre preponderantes às necessidades de formação voltadas para um sistema público, coletivo, integral e efetivamente democrático. Atualmente elas podem ser resumidas na ideologia do capital humano, com suas noções de empregabilidade, sociedade do conhecimento, qualidade total, empreendedorismo e na proposta educacional de pedagogia das competências, que favorecem o individualismo e o mercado.

É interessante observar que tal movimento se mostra contrário à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde proposta pelo MS, uma vez que ela defende a participação da gestão, dos trabalhadores, do controle social e das instituições formadoras em propostas de formação que discutam, a partir das vivências desses atores, os processos de trabalho e a

realidade social. Entretanto, também observamos que a política não consegue se efetivar nos estados e municípios em decorrência de diversos problemas.

Assim, a formação para a saúde segue demandada e orientada pelo mercado, apontando que o SUS, infelizmente, ainda não conseguiu ser o gestor da formação para a área da saúde, mas, que, no entanto, ele segue financiando ações educacionais realizadas por instituições privadas, elaboradas sem levarem em consideração a política que orienta processos educativos para trabalhadores da saúde.

A partir desta constatação, no Capítulo 3, analisaremos Cadernos de Cursos de um hospital beneficente, participante do PROADI SUS, ou seja, que recebe incentivos financeiros para realizar ações de apoio ao SUS, conforme definido no capítulo 1.

3 ANÁLISE DO MATERIAL EDUCACIONAL DE UMA INSTITUIÇÃO FILANTRÓPICA

No Capítulo 1, analisamos as relações entre o neoliberalismo e a privatização do Estado, e seus impactos especialmente na área da Saúde. Discutimos, também, os hospitais Beneficentes de Excelência, a face mais forte dos hospitais filantrópicos, enfocando, sobretudo, os financiamentos recebidos por estas instituições, principalmente o PROADI SUS. No Capítulo 2, nos voltamos para as concepções de formação que norteiam as ações educacionais para profissionais do SUS, a partir de uma análise das determinações histórico-sociais da formação em saúde no Brasil, indicando mais uma vez, neste contexto, o papel dos hospitais mencionados.

Tais discussões constituem as bases para a análise dos dados apresentada neste capítulo, tendo o corpus de análise se constituído a partir dos Cadernos de Cursos utilizados pelo Hospital Sírio Libanês nas ações educacionais vinculadas ao PROADI SUS. Assim, este capítulo se estrutura nos seguintes itens: metodologia (item 3.1); descrição e contextualização dos materiais (item 3.2); grade de análise (item 3.3); e análise do *corpus* (item 3.4).

3.1 METODOLOGIA

Partindo da perspectiva do materialismo histórico dialético para analisar políticas sociais, compreendemos que o homem é “determinado por contextos econômicos, políticos e culturais, é o criador da realidade social e transformador desses contextos” (GOMIDE, 2013, p.2). Ele produz a sociedade, mas também é produzido por ela. Nesse sentido, entendemos o homem como um ser social e histórico, que tem sua existência vinculada à uma concepção de realidade, de mundo e de vida. Assim, o “método constitui-se muito mais como uma concepção de realidade que mediará o processo de apreensão do conhecimento, do que uma simples ferramenta para medir ou observar os fenômenos sociais” (GOMIDE, 2013, p.2).

O pesquisador que adota o materialismo histórico dialético tem como papel fundamental compreender a totalidade do problema levantado, inclusive reconhecendo os sujeitos históricos aos quais esse problema se refere. Além disso, ele deverá revisitar constantemente seu referencial teórico, uma vez que, entendendo o conhecimento como

histórico, ele é relativo, provisório e parcial e necessita ser reconstruído constantemente (GOMIDE, 2013)³³.

Dessa maneira, ao analisar materiais educacionais de instituições formadoras, compreendemos que tais documentos foram construídos ou elaborados a partir de um contexto que abrange as diversas dimensões que determinam os sujeitos sociais e a sociedade. Destarte, a análise destes documentos não enfoca apenas a de mera transmissão de informações pelos materiais institucionais, compreendendo que é “no funcionamento da linguagem, que põe em relação sujeitos e sentidos afetados pela língua e pela história” (ORLANDI, 2009, p.21) e que é nesse movimento que “temos um complexo processo de constituição de sujeitos e produção de sentidos” (ORLANDI, 2009, p.21).

Reiterando o objetivo desta pesquisa - analisar como a privatização do Estado vem condicionando as concepções de formação para a saúde, principalmente para os profissionais já inseridos no SUS e que passaram por formações ofertadas por instituições beneficentes financiadas com recurso público -, foi escolhido, como *corpus* de análise, os cadernos de curso publicizados *online* no site de uma instituição beneficente participante do PROADI-SUS, o Hospital Sírio Libanês.

Inicialmente nos referimos à Análise de Conteúdo (BARDIN, 2016), como metodologia de análise do material. Este método, segundo a autora, consiste de

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 de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (BARDIN, 2016, p. 48).

Nesta perspectiva metodológica, a análise do material educacional tem como objetivo “a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção” (BARDIN, 2016, p.44) e de recepção referentes às mensagens contidas nos materiais analisados, no que tange aos efeitos dessas mensagens. Para Bardin (2016, p.47), “o que se procura estabelecer quando se realiza uma análise conscientemente ou não é uma correspondência entre as estruturas

³³ Essa pesquisa também pode ser classificada como exploratória e descritiva, compreendendo como pesquisa exploratória aquela que permite ao “investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema” (TRIVIÑOS, 1987, p.109). Esse tipo de pesquisa auxilia o pesquisador a “delimitar ou manejar com maior segurança uma teoria cujo enunciado resulta demasiado amplo para os objetivos da pesquisa que tem em mente realizar” (TRIVIÑOS, 1987, p.109). Gil (2012) corrobora o pensamento de Triviños, ao afirmar que “as pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, do tipo aproximativo, acerca de determinado fato” (p.27). Já a pesquisa descritiva “tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis” (GIL, 2012, p.28).

semânticas ou linguísticas e as estruturas psicológicas ou sociológicas (por exemplo: condutas, ideologias e atitudes) dos enunciados”, ou seja, “desviar o olhar para outra significação³⁴”. No entanto, o avançar da pesquisa nos suscitou a exploração do campo da análise do discurso franco-brasileira. Voltaremos, assim, à metodologia da análise dos materiais discursivos mais a diante, após discutirmos a natureza dos materiais educacionais.

É importante ressaltar que analisar materiais como os “cadernos de curso” se faz necessário, pois eles são determinados pelo pensamento hegemônico e pelas concepções hegemônicas de sociedade e educação. Choppin (2004) entende que os materiais produzidos, especialmente no caso de materiais educacionais, “correspondem a uma reconstrução que obedece a motivações diversas, segundo época e local” (CHOPPIN, 2004, p.557). Ainda para o autor, quem escreve os materiais institucionais tem intencionalidades que são materializadas na escrita. Assim, elas podem “modificar a realidade para educar novas gerações, fornecendo uma imagem deformada, esquematizada, modelada, frequentemente favorável” (CHOPPIN, 2004, p.557) aos interesses, especialmente do capital.

Padilha (2001) afirma que documentos institucionais (como, por exemplo, cadernos de cursos, projeto político pedagógico, plano de curso ou projeto pedagógico de curso) são isentos de neutralidade. Eles são carregados pelas concepções e percepções de mundo que seus idealizadores apresentam.

Lembramos que realizar planos e planejamentos educacionais e escolares significa exercer uma atividade engajada, intencional, científica, de caráter político e ideológico e isento de neutralidade. Planejar, em sentido amplo, é um processo que visa dar respostas a um problema, através do estabelecimento de fins e meios que apontem para a sua superação, para atingir objetivos antes previstos, pensando e prevendo necessariamente o futuro, mas sem desconsiderar as condições do presente e as experiências do passado, levando-se em conta os contextos e os pressupostos filosófico, cultural, econômico e político de quem planeja e de com quem se planeja (PADILHA, 2001, p.63).

Nessa perspectiva, ao iniciarmos o processo de estudo do *corpus*, observamos que a análise de conteúdo não abarcaria plenamente uma proposta com o enfoque materialista histórico, uma vez que ela entende que os textos são reproduções de realidades dadas, cujo

³⁴ Bardin (2016) apresenta três fases da análise de conteúdo a serem seguidas. A pré-análise consiste na fase de escolha de documentos, formulação de hipóteses e objetivos e elaboração dos indicadores que fundamentarão a análise. A segunda fase seria a exploração do material, que consiste na realização das “operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função das regras previamente formuladas” (BARDIN, 2016, p.131). E a última fase consiste no tratamento dos resultados obtidos e interpretação, na qual o pesquisador poderá propor inferências e interpretações a partir das hipóteses e objetivos elaborados.

rigor metodológico visa “não se perder na heterogeneidade de seu objeto” (ROCHA; DEUSDARÁ, 2005, p.308). Isto quer dizer que, ao se elaborar categorias e tentar adequar os achados da pesquisa nelas, corremos o risco de não ultrapassarmos as “aparências” e elaboramos análises somente nos níveis mais superficiais dos textos. Para superar essa questão, optamos por nos referir à Análise de Discurso entendendo ser necessário compreender também como o ideológico é constituinte da realidade linguística (ROCHA, DEUSDARÁ, 2005) no *corpus* analisado. O ideológico implica produção, emergência, disputa e reapropriação de sentidos, cujos processos são objeto da análise do discurso.

A crítica da ideologia é um tema recorrente no pensamento marxista, começando com Marx e Engels (1998) e continuando com Gramsci (1999) e Althusser (1970), entre outros. Como já discutimos no Capítulo 1, a ideologia, entendida como concepção de mundo manifestada em todas as dimensões da vida social (Gramsci, 1999), pode influenciar a criação de um pensamento coletivo de que o SUS não é de qualidade e não atende às populações em suas necessidades de saúde, por exemplo.

Podemos entender que esse pensamento é hegemônico, no sentido de que é criado como forma de enfraquecer o sistema de saúde e favorecer o atendimento privado, considerado, muitas vezes, de melhor qualidade e de maior eficiência³⁵. Gramsci explica como essa construção acontece:

É evidente que uma construção de massa desta espécie não pode ocorrer “arbitrariamente”, em torno a uma ideologia qualquer, pela vontade formalmente construtiva de uma personalidade ou de um grupo que se proponha esta tarefa pelo fanatismo das suas próprias convicções filosóficas ou religiosas. A adesão ou não-adesão de massas a uma ideologia e o modo pelo qual se verifica a crítica real da racionalidade e historicidade dos modos de pensar (GRAMSCI, 1999, p.111).

³⁵ Na verdade, se considerarmos os depoimentos dos usuários de planos de saúde registrados pela mídia brasileira, podemos afirmar que a superioridade do privado sobre o público não é vivida de forma tão clara assim por estes usuários de serviços privados de saúde. Notícias nas quais os pacientes relatam problemas na saúde privada bem parecidos com os que ocorrem no SUS também são abundantes, como por exemplo: REIS, Vivian Reis; STOCHERO, Tahiane. **96% dos pacientes relatam problemas com plano de saúde; 90% dos médicos reclamam de interferência, diz Datafolha.** Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2018/07/19/96-dos-pacientes-de-sp-relatam-problemas-com-plano-de-saude-diz-datafolha.ghtml>>. Acesso em 27 dez. 2018; RECLAME AQUI. **ANS suspende a venda de 44 planos de saúde de 17 operadoras.** Disponível em: <https://noticias.reclameaqui.com.br/noticias/ans-suspende-a-venda-de-44-planos-de-saude-de-17-operadoras_3154/>. Acesso em 27 dez.2018.

Assim, para Gramsci (1999), a ideologia não é um conjunto de ideias exorbitantes e descoladas da realidade social. Nesse sentido, a ideologia é um objeto fundamental da análise discursiva e, portanto, também do material educacional, sendo espaço de disputa social.

Por esta razão, nos referimos à análise de discurso. Orlandi (2009) afirma que, na análise de discurso, a ideia é “re-significar a noção de ideologia a partir da consideração da linguagem” (ORLANDI, 2009, p.45). Ainda para a autora, “ela é condição para constituição dos sujeitos e dos sentidos” (ORLANDI, 2009, p.45), e denota que, ao interpretarmos um texto, ou seja, ao atribuirmos sentidos e significados, é possível “produzir evidências, colocando o homem na relação imaginária com suas condições materiais de existência” (ORLANDI, 2009, p.46).

Compreendendo que o sujeito é afetado pelas relações sociais, ou seja, pela língua e pela história, não há sujeito sem ideologia (ORLANDI, 2009), reproduzindo e naturalizando a luta de classes. Nessa perspectiva,

o sentido de uma palavra, expressão, de uma proposição etc., não existe em si mesmo (isto é, em uma relação transparente com a literalidade) mas ao contrário, é determinado pelas posições ideológicas que estão em jogo no processo sócio histórico no qual as palavras, expressões, proposições são produzidas (isto é, reproduzidas). Elas mudam de sentido segundo as posições sustentadas por aqueles que as empregam (ORLANDI, 2017, p.19).

Assim, os sentidos atribuídos são a projeção por meio da linguagem das formações ideológicas, recebendo sentidos no momento em que são produzidas que estão longe de serem esgotados pelo significado literal das palavras. Ainda para Orlandi (2017, p.23), “a ideologia interpela o indivíduo em sujeito e este submete-se à língua significando e significando-se pelo simbólico na história”. É importante ressaltar que na análise de discurso não se resume à história para analisar um texto, mas sim considera o texto como materialidade histórica, com marcas e sentidos que orientam seu funcionamento e seu discurso, ou seja, como a matéria textual é capaz de produzir sentidos (ORLANDI, 2017). Propomos a análise da historicidade do texto, “de seu modo de produzir sentidos” (ORLANDI, 2017, p.26), compreendendo que no texto se expressa a heterogeneidade do discurso. Nesse sentido, um texto pode ser – “e na maioria das vezes efetivamente o é - atravessado por várias formações discursivas” (ORLANDI, 2017, p.26).

Orlandi (2017) afirma que, na análise de discurso, é preciso saber que a linguagem não é transparente e a função do analista não é atribuir sentido, mas compreender como o texto,

sendo um objeto simbólico, produz sentidos. Através de um dispositivo ideológico, por um processo de identificação, todo sujeito faz interpretações de acordo com a ideologia. É a identificação que possibilita a inscrição do sujeito na formação discursiva, fazendo com que suas palavras tenham sentido. A formação discursiva é entendida por Orlandi (2009, p.43) como “aquilo que numa formação ideológica dada – ou seja, a partir de uma posição dada em uma conjuntura sócio histórica dada – determina o que pode e deve ser dito”, representando assim, as formações ideológicas. Dessa maneira, pode-se dizer que os sentidos são sempre determinados ideologicamente e sua representação no discurso, conseqüentemente, é sempre uma ação ideológica.

Nesse contexto, Orlandi (2017) nos apresenta como deve proceder o pesquisador – chamado pela autora de “analista” -, na análise de discurso. Em relação ao percurso a ser seguido pelo analista, Orlandi (2017) diz que o primeiro passo deve ser a obtenção do objeto discursivo – corresponde ao material a ser analisado – e que possibilitará ao pesquisador pressentir as formas discursivas presentes no *corpus* de análise. No segundo passo, o pesquisador deverá procurar determinar a relação estabelecida entre o objeto discursivo e as formações ideológicas, estabelecendo o processo discursivo, que para a autora seria o “sistema de relações de substituições, paráfrases³⁶, sinonímias³⁷, etc. que funcionam entre elementos linguísticos – significantes – em uma formação discursiva dada” (ORLANDI, 2017, p.19).

Para percorrer o caminho desenhado por Orlandi (2017), cabe apontar também algumas questões importantes para a análise de discurso. A primeira diz respeito à memória, tratada pela autora como interdiscurso ou o já-dito, “aquilo que fala antes, em outro lugar, independentemente” (ORLANDI, 2009, p. 31). Nesse sentido, o interdiscurso é compreendido como “todo conjunto de formulações feitas e já esquecidas que determinam o que dizemos” (ORLANDI, 2009, p. 33). Aqui a autora nos traz a ideia de que a memória é afetada pelo esquecimento e, a partir desse movimento de esquecimento de sentidos, os sujeitos dão novos significados às palavras, “e é assim, que sentidos e sujeitos estão sempre em movimento, significando sempre de muitas e variadas maneiras” (ORLANDI, 2009, p.36).

³⁶ Discutiremos sobre paráfrase mais adiante.

³⁷ A sinonímia é a relação de sentido entre duas palavras que podem ter o mesmo ou quase o mesmo significado, como, por exemplo, menina e garota.

Dois processos também tem importante papel nesse movimento de ressignificação de sentidos e sujeitos: a polissemia e a paráfrase. A polissemia é compreendida na análise de discurso como “a própria condição de existência dos discursos pois se os sentidos – e os sujeitos – não fossem múltiplos, não pudessem ser outros, não haveria necessidade de dizer (ORLANDI, 2009, p.38). Ou seja, ela a simultaneidade de sentidos que um mesmo objeto simbólico pode ter. Já a paráfrase representa “o retorno aos mesmos espaços de dizer” (ORLANDI, 2009, p.36) – são processos pelos quais “em todo dizer há sempre algo que se mantém, isto é, o dizível, a memória” (ORLANDI, 2009, p.36). A autora acredita que a relação entre esses dois processos é tensa, pois considerando a condição de incompletude da linguagem, sujeitos, sentidos, discursos não estão prontos e nem acabados. De acordo com Orlandi (2009), essa tensão confirma o confronto entre simbólico e político. Para ela, “todo dizer é ideologicamente marcado. É na língua que a ideologia se materializa” (ORLANDI, 2017, p.38).

A ideologia no processo de significação e (re)significação de sujeitos e sentidos, provoca o que Orlandi (2009) chama de “evidências de sentido”, ou seja, a ideologia, através do apagamento da interpretação, faz com que haja a “transposição de formas materiais em outras, construindo-se transparências (...) para serem interpretadas por determinações históricas que se apresentam como imutáveis, naturalizadas” (ORLANDI, 2009, p.46). Assim, faz ver como “transparente” aquilo que se constituiu como formação discursiva dominante no interdiscurso. De acordo com Orlandi (2017),

o trabalho ideológico é um trabalho da memória e do esquecimento pois é quando passa para o anonimato que o dizer produz seu efeito de literalidade, a impressão do sentido-lá. [...] Os sentidos não se esgotam no imediato. Tanto é assim que fazem efeitos diferentes para diferentes interlocutores. Não temos controle sobre isso (ORLANDI, 2017, p.49-50).

Assim, a partir dessas premissas da análise de discurso, nos propomos a analisar os Cadernos dos Cursos ofertados por uma instituição filantrópica. Esse estudo poderá mostrar como a instituição formadora entende seus discentes, a educação, a saúde e o SUS, ou seja, a análise procurará trabalhar com o tratamento das contradições sociais pelo discurso, para sustentar a reprodução das relações sociais hegemônicas.

3.2 DESCRIÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DOS MATERIAIS

O *corpus* de análise desta pesquisa é composto pelos documentos chamados “Cadernos de Curso” das ações educacionais do Hospital Sírio Libanês, relacionadas ao PROADI-SUS. A instituição, inaugurada em 1965, é o resultado da atuação de um grupo de imigrantes sírio-libaneses que se reuniram “com o objetivo de criar um projeto que retribuísse a acolhida calorosa que receberam no país” (HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, 2018).

Entretanto, a ideia do hospital é bem anterior à sua inauguração. Em 1921, “foi criada a Sociedade Beneficente de Senhoras, entidade filantrópica até hoje mantenedora da instituição” (HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, 2018), que à época arrecadou recursos para a construção do prédio para o hospital mediante eventos beneficentes e doações. Assim, a construção se iniciou em 1931, mas, em decorrência de diversos contratemplos, a inauguração somente aconteceu em 1965. Atualmente, o hospital é considerado referência em atendimento e ensino em saúde, realizando inclusive parcerias com o Sistema Único de Saúde mediante o PROADI-SUS³⁸.

Especificamente em relação ao ensino, de acordo com as informações do site oficial do hospital, as ações educacionais são realizadas pelo Instituto de Ensino e Pesquisas (IEP), que foi autorizado pelo Ministério da Educação (MEC), em 2005, para ministrar cursos de pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu*.

Assim, o *corpus* de análise nesta pesquisa se refere aos “Cadernos do Curso” utilizados em oito cursos de Pós-Graduação (*lato sensu* e *stricto sensu*) ofertados pelo Hospital Sírio Libanês – HSL - através dos subsídios do PROADI-SUS e que estão disponíveis para acesso na internet. Os materiais são referentes aos cursos³⁹ de:

- Especialização em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde (2015/2016);
- Curso de Especialização em Gestão de Emergências em Saúde Pública (2015);
- Curso de Especialização em Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS (2016);
- Curso de Especialização em Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidências (2015/2016);
- Curso de Especialização em Preceptorial no SUS (2015);
- Curso de Especialização em Regulação em Saúde no SUS (2015);
- Curso de Especialização em Vigilância em Saúde (2015/2016); e
- Mestrado Profissional Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde (2016).

³⁸ Todas as informações relacionadas à história do Hospital Sírio Libanês e seus cursos foram retiradas do site oficial do hospital: <<https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/institucional/sociedade-beneficente-de-senhoras/Paginas/historia.aspx>>.

³⁹ O Caderno do Programa de Residência Médica em Cardiologia não foi analisado por apresentar um caráter mais administrativo-operacional do curso, não se adequando à análise proposta pela pesquisa.

3.3 GRADE DE ANÁLISE

Para fins de organização do material, foram elaboradas quatro dimensões de análise. A primeira se refere ao “Sistema Único de Saúde”. Esta dimensão visa identificar quais aspectos referentes ao SUS são apontados no *corpus* de análise; uma vez que o curso é voltado para atender ao PROADI SUS, pressupõe-se que ele deva apresentar elementos afins ao sistema que o financia. Já a segunda dimensão, denominada “Formação para a saúde”, tem como objetivo verificar as concepções de formação de profissionais para a saúde que os materiais dos os cursos analisados apresentam. Como terceira dimensão, construímos a “Currículo”, na qual visamos identificar a partir de quais referenciais e perspectivas o currículo dos cursos é elaborado. E na última dimensão, a “Aspectos Didático-Pedagógicos”, procuramos identificar quais as possíveis relações que se estabelecem entre a formação desejada, metodologias utilizadas e o papel docente neste contexto.

As quatro dimensões foram divididas em categorias conforme descrito no Quadro 1.

Quadro 1 – Dimensões e categorias de análise

Dimensões	Categorias de análise	Descritor ou Conceito norteador
1 Sistema Único de Saúde (SUS)	Concepção de Saúde	Evidencia as noções e percepções da instituição formadora sobre o conceito de saúde.
	Princípios e diretrizes do SUS	Evidencia a utilização dos princípios e diretrizes do SUS como norteador do curso analisado.
	Parcerias para execução	Apresenta os parceiros envolvidos na elaboração do curso analisado.
	Parceria público-privado	Evidencia a participação de outras instituições privadas na elaboração e/ou execução do curso.
	Saúde Pública	Utiliza o conceito de Saúde Pública como pressuposto do curso analisado.
	Usuário do SUS	Denota como o usuário é significado/concebido pelos autores do curso e, conseqüentemente, pelos discentes.
2 Formação para a saúde	Concepção de Educação	Evidencia os conceitos e princípios da instituição formadora sobre educação.
	Concepção de Formação	Evidencia a concepção de processo formativo da instituição formadora.
	Pressupostos da Educação Permanente em Saúde	Evidencia a existência no curso dos pressupostos orientadores da formação em saúde do SUS
	Papel social do "futuro" profissional	Apresenta o perfil do egresso e atuação no SUS desejados pela instituição.
3 Currículo	Elaboração do Currículo	Demuestra o percurso utilizado pela instituição formadora para elaboração do currículo dos cursos analisados.
	Relação trabalho-educação	Evidencia como se expressa, a partir da noção de sociedade, a relação trabalho e educação.
	Concepção de sociedade	Evidencia o modelo de sociedade defendido pela instituição formadora e para o qual sua formação é direcionada.
	Relação da matriz curricular com os objetivos do curso	Denota que os conteúdos estudados possibilitam a formação de acordo com o proposto nos objetivos do curso.
	Adequação das ementas e das disciplinas	Denota a articulação entre currículo e perfil do futuro profissional, na qual o conteúdo programático do curso visa à formação de acordo com a atuação vislumbrada para o profissional em formação.
4 Aspectos Didático-Pedagógicos	Papel docente	Evidencia a percepção da instituição formadora para o papel docente no curso analisado.
	Metodologias utilizadas	Indicam os meios propostos no caderno do curso para ministrar o conteúdo para os discentes.

Fonte: elaborado pela autora

3.4 ANÁLISE DO *CORPUS*

Ainda na análise preliminar do *corpus* de análise, ao manusear os Cadernos dos Cursos selecionados, observamos que o nome utilizado para o material educacional poderia nos induzir a uma conclusão equivocada, uma vez que denominá-lo como “Caderno do Curso” pressupõe-se que o documento apresente copilados de conteúdos ou disciplinas a serem discutidas e estudadas pelos discentes. Verificamos que eles podem ser definidos mais propriamente como um misto de alguns documentos institucionais: projeto político pedagógico e plano de curso ou projeto pedagógico de curso.

Tal afirmação pode ser feita uma vez que eles apresentam elementos específicos de cada um desses materiais e, dessa maneira, refletem as diretrizes educacionais da instituição de ensino responsável pela oferta e certificação do curso. Por esta razão, decidiu-se denominá-los “materiais educacionais”, e não apenas “institucionais”, pois eles apresentam orientações e instruções sobre o funcionamento dos cursos, bem como elementos relacionados à parceria da instituição formadora com o Ministério da Saúde.

É importante ressaltar que os materiais institucionais “projeto político pedagógico” e “plano de curso” ou “projeto pedagógico de curso” apresentam características e objetivos próprios em uma instituição escolar. Por exemplo, Pimenta e Anastasiou (2010), acreditam que o projeto político pedagógico é projeto “porque discute o ensinar e o apreender num processo de formação, de construção de cidadania, e não apenas de preparação técnica para uma ocupação temporal. Por isso, também é político, porque trata dos fins e valores” (PIMENTA; ANASTASIOU, 2010, p. 171) que a instituição formadora apresenta como visão crítica, como pensa a transformação social e as relações entre conhecimento e estrutura de poder. Ele também é pedagógico, pois apresenta a efetivação da intencionalidade da escola, definindo as ações educativas e as características necessárias para que sejam cumpridos seus propósitos.

Já plano de curso ou projeto pedagógico de curso podem ser entendidos como documentos normativos dos cursos, “apresenta características de projeto com informações acerca da concepção e da estrutura do curso e seus elementos reguladores internos” (SEIXAS et al, 2013, p.114). Nesse tipo de documento são apresentados aspectos normativos do curso e o perfil esperado do egresso “no contexto da sociedade para qual se orienta essa formação” (SEIXAS et al, 2013, p.114). De acordo com Seixas et al (2013) o plano de curso ou projeto

pedagógico de curso tem a função de orientar o processo pedagógico da instituição formadora, a partir de suas concepções de educação e sociedade.

Nos Cadernos de Curso analisados, foram identificados alguns elementos que estão presentes nos planos ou projetos pedagógicos de cursos diversos. Se tomarmos como exemplo o Caderno de Curso da Especialização em Regulação em Saúde, podemos observar a existência de objetivos gerais e específicos (p.20); título concedido e o perfil de competência esperado (p.21); metodologia de ensino (p.24); estrutura do curso, com carga horaria, período, periodicidade e organização dos encontros presenciais e como se dá avaliação - dos discentes, dos docentes e do curso (p.30-38).

Observamos que os cadernos dos cursos de Especialização *lato sensu*, exceto o de Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS, apresentam a mesma estrutura, inclusive utilizando os mesmos textos: Projetos de Apoio ao SUS; Iniciativas educacionais do HSL; a proposta dos cursos, incluindo contexto, objetivos, desafios para a área temática e operacionalização do curso (tipo de currículo, estrutura, avaliação e apêndice). Todos têm cerca de 47 (quarenta e sete) a 51 (cinquenta e uma) páginas.

O caderno do Curso de Especialização *lato sensu* em Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS, ação realizada em parceria com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), possui 40 (quarenta) páginas e a seguinte estrutura: Apresentação; Contexto; Objetivos; Conteúdo programático; Estrutura do curso; Avaliação; Referências bibliográficas; e Apêndices.

No âmbito do *stricto sensu*, o Caderno Mestrado Profissional Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde é composto por 50 (cinquenta) páginas e pela seguinte estrutura: Apresentação; Cenário; Objetivos e Título concedido; Programa; Área de concentração (linhas de pesquisa); Currículo integrado (processo ensino-aprendizagem, Comunidade de aprendizagem e o facilitador na comunidade de aprendizagem); Estrutura do programa; Corpo docente; Avaliação; Referências; Apêndices; e Regimento.

Para facilitar a leitura da análise, os nomes dos cursos foram substituídos por códigos, conforme Quadro 2.

Quadro 2 – Códigos atribuídos aos cursos analisados na pesquisa

Nome do curso	Código atribuído
Especialização em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde	EGC
Curso de Especialização em Gestão de Emergências em Saúde Pública	EGE
Curso de Especialização em Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS	EGH
Curso de Especialização em Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidências	EGP
Curso de Especialização em Preceptoria no SUS	EPrep
Curso de Especialização em Regulação em Saúde no SUS	ERS
Curso de Especialização em Vigilância em Saúde	EVS
Mestrado Profissional Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde	MPG

Fonte: elaborado pela autora.

3.4.1 Dimensão 1 – Sistema Único de Saúde (SUS)

A. Concepção de Saúde

Essa categoria evidencia as noções e percepções da instituição formadora sobre o conceito de saúde. Nos cadernos dos cursos, podemos observar que os autores entendem a saúde como direito a ser garantido pelo Estado, conforme descrito na Constituição Federal (BRASIL, 1988). Ela também é compreendida como uma construção social, dentro de um contexto mais ampliado do que a ausência de doença, produzida por diversas dimensões (biológica, cultural, social e política), que geram necessidades de saúde específicas para cada população em seu território. Tais elementos podem ser observados nos trechos a seguir:

consolidação da saúde como um direito de cidadania e dever do Estado (EGC, p. 12; EGE, p.12; EGP, p.11; EPrep, p.11; ERS, p.11; EVS, p.10).

as necessidades de saúde, de modo mais abrangente, são originadas pelo modo como as sociedades humanas vivem a vida, que implica as interfaces entre as características demográficas das populações, sua cultura e organização socioeconômica, num determinado território e ecossistema. A combinação entre elementos de natureza biológica, cultural, subjetiva, social, política e econômica produz o conjunto de necessidades de saúde de uma determinada sociedade (EGC, p.14; EGE, p.14; EGP, p.13; EPrep, p.13; ERS, p.13; EVS, p.12).

Tanto a leitura das necessidades como o padrão de resposta do sistema de saúde se subordinam aos valores e à consciência sanitária, historicamente construídos pelas sociedades humanas (EGC, p.14; EGE, p.14; EGP, p.13; EPrep, p.13; ERS, p. 13; EVS, p.13).

Como as necessidades em saúde são extremamente dinâmicas, social e historicamente construídas, exigem, obviamente, que os serviços e a gestão em saúde sejam capazes de desenvolver estratégias também dinâmicas e extremamente sensíveis, capazes de passar dos arranjos rotineiros aos arranjos de risco, para escutar, retraduzir e trabalhar necessidades de saúde (EGH, p.9).

Pelos trechos destacados, reiteramos que os cadernos, ao falar da saúde, a compreendem em seu sentido ampliado (BRASIL, 1986a), como resultado de diversas dimensões. Entretanto, ela não trabalhada no sentido de que esse é o conceito que orienta as ações de saúde do SUS, bem como não são apontados elementos descritivos do sistema, como, por exemplo os determinantes sociais da saúde, a influência do território nas necessidades de saúde, entre outros, especialmente no que se refere à contextualização dos cursos para esses trabalhadores – lembrando que eles são voltados para atender trabalhadores já inseridos no SUS.

Ainda nesse sentido, observamos que as justificativas para a oferta das ações educacionais são construídas a partir de macroproblemas elaborados pelos grupos de autorias dos cadernos, definidos a partir de análises realizadas pelos autores junto ao Ministério da Saúde, com exceção do MPG, que tem o foco a produção e disseminação de práticas de gestão em saúde. Destacamos o texto presente em vários Cadernos que trata desta questão:

Foram definidos a partir de uma leitura reflexiva da atual realidade, no âmbito das políticas e da gestão da saúde, enfrentada pelos gestores e profissionais de saúde, e visando à construção de capacidades para a sua superação (EGE, p.20; EGH, p.18; EGP, p. 19; EPrep, p.19; ERS, p.18).

Como podemos verificar, os macroproblemas são elaborados em um contexto geral. Essa característica acaba se revelando um limite dos materiais, uma vez que, sem levar em conta a diversidade dos territórios e as diferentes necessidades de saúde, as ações de saúde ficam comprometidas. Ademais, as críticas ao sistema de saúde acabam não aprofundando o real funcionamento do sistema e as motivações para suas falhas. Dentre os macroproblemas descritos nos cadernos, alguns apontam para uma desvalorização ou ênfase negativa do sistema, sem, no entanto, nenhum aporte teórico que os corrobore, denotando empirismo na elaboração dos macroproblemas e uma limitação à identificação dos problemas como realidade dada.

Desdobrando nossa análise, devemos observar que esse discurso sobre os macroproblemas, que os toma apenas como dados evidentes, aponta que técnicas bem

aplicadas podem resolver os problemas do SUS de maneira uniforme. Entretanto, como já discutimos nos capítulos anteriores dessa dissertação, os territórios e as necessidades de saúde são diferentes e soluções gerencialistas padronizadas não surtem os mesmos efeitos.

Além disso, ao se elaborar os macroproblemas sem discutir a realidade social, pode-se naturalizar os problemas. Podemos dizer que os Cadernos de Curso se atém aos epifenômenos, ou seja, valorizam um fenômeno desarticulado dos demais: analisa um problema sem considerar os demais e/ou outros problemas que podem influenciá-los ou sua real origem.

Atenção básica não exerce plenamente o papel de ordenadora da rede de atenção e coordenadora do cuidado integral: A rede básica proposta e em construção pelo SUS não conta com todas as condições para exercer o papel de coordenadora do cuidado integral e ordenadora da rede. Entre os problemas que levam a isso destacam-se: a defasagem entre oferta e demanda e as dificuldades de orientar a atenção às necessidades em saúde; a falta de profissionais de saúde com perfil necessário, a alta rotatividade e o não suprimento de todos os postos de trabalho; e a baixa longitudinalidade do cuidado, com conseqüente não capilarização dos processos regulatórios a partir da atenção básica (ERS, p. 19).

Insuficiência no acesso à atenção à saúde: O acesso à atenção à saúde apresenta uma baixa vinculação às necessidades e demandas de cuidado das pessoas e populações. A demanda espontânea, especialmente a de urgência, encontra barreira para a sua assistência na Atenção Básica. O acolhimento não é incluído como dispositivo de orientação e ferramenta de gestão da clínica. A oferta para o acompanhamento do cuidado também não corresponde às principais necessidades de saúde da população, quer seja por restrição de escopo, quer de quantidade. Como resultado, o acesso é insuficiente, e simultaneamente se promovem demandas desnecessárias e prejudiciais (EGC, p.19).

Ineficiência das práticas de cuidado: Em geral, o cuidado tem levado a uma normalização da vida, e as equipes têm dificuldade de incluir outras dimensões na atenção à saúde para além da biológica. Além disso, a organização do processo de trabalho costuma ser focada no profissional, e não nas demandas e necessidades das pessoas e grupos sociais (cuidado muito programado e fragmentado, ausência da gestão de riscos, dificuldade de fazer microrregulação e de singularizar o cuidado). As equipes apresentam limites em termos de resolutividade e da responsabilidade pelo cuidado (EGC, p. 19).

Cabe explicitar que os problemas elencados não são infundados e que são necessárias propostas para solucioná-los. Entretanto, como já afirmamos, eles não podem ser discutidos sem contextualizar o SUS na realidade social na qual ele se insere.

Pela análise de discurso, também o que não se diz é importante, ou seja, é preciso analisar o que se apaga quando elencam-se macroproblemas como realidades naturais e estabelecidas do sistema de saúde. Neste caso, apaga-se um SUS que, mesmo com problemas de financiamento, desenvolveu e desenvolve diversas ações e programas como o PSF, campanhas de vacina e outros programas de promoção e prevenção da saúde (OCKÉ-REIS, 2012; UGÁ; MARQUES, 2005). Nesse sentido, podemos dizer que eleger macroproblemas descontextualizados da realidade social do SUS evidencia uma ideologia dominante, pois, como já discutimos, as evidências de sentido (ORLANDI, 2009) fazem ver como “transparente” os sentidos determinados pela formação discursiva dominante, e, neste caso, é a de que o SUS não atende a população em suas necessidades de saúde, sendo central uma gestão eficaz e eficiente para resolver esses problemas.

B. Princípios e diretrizes do SUS (bases legais, organização, regulamentação do SUS)

Nesta categoria de análise, procuramos evidenciar a utilização dos princípios e diretrizes do SUS, bem como seus aspectos organizativos e reguladores, como os eixos orientadores dos cursos analisados.

Observamos que, assim como a concepção do SUS, os princípios e diretrizes aparecem de maneira genérica, sem discutir os limites do sistema e sua relação com os problemas da totalidade social.

a articulação de ações e serviços de saúde em linhas de cuidado também é um dispositivo de gestão da clínica que visa promover o comprometimento e a corresponsabilização do profissionais e serviços de saúde com pacientes, famílias, outros serviços e comunidade, de modo a ampliar o autocuidado, estimular a **promoção da saúde e a prevenção de doenças**, e ofertar um cuidado oportuno e contínuo para o tratamento e recuperação da saúde das pessoas, num trabalho sinérgico e colaborativo de profissionais e serviços da rede de atenção à saúde (EGC, p.16; EGE, p.17; EGP, p.16; EPrep, p.16; ERS, p.16; EVS, p.15 – grifo nosso).

A expressão de uma ética democrática e cidadã na saúde brasileira, cujos princípios são a **universalidade e equidade de acesso, a integralidade com qualidade do cuidado e a descentralização com participação da comunidade** podem encontrar na gestão da clínica, orientada à agregação de valor à saúde e à vida das pessoas, diretrizes que podem contribuir para o enfrentamento dos desafios contemporâneos do SUS (EGC, p.17; EGE, p.17; EGP, p.16; ERS, p.16; EVS, p.15; EGH, p.9 – grifo nosso).

No presente contexto do SUS, alguns desafios sobressaem como mais relevantes para difusão da inovação, como **a integralidade e longitudinalidade do cuidado à saúde e regionalização da atenção**. Estratégias e dispositivos que visam organizar o acesso assistencial de acordo com o princípio de **equidade**, consolidar linhas de cuidado ou constituir/conformar redes de atenção à saúde, por exemplo, são ideias que beneficiariam todo o sistema caso se difundissem mais rapidamente (MPG, p.10 – grifo nosso).

Nos trechos acima, podemos notar que são apresentadas algumas palavras e termos que são caros ao SUS, como, por exemplo, integralidade; ética democrática e cidadã; e participação da comunidade. Entretanto, a maior ênfase é dada à gestão da clínica e às redes de atenção, conceitos entendidos nos cadernos como fatores de sucesso para a consolidação do sistema. A ênfase na gestão da clínica e das redes de atenção tem como contexto a limitação dos desafios do SUS à co-responsabilização de profissionais e pacientes no enfrentamento dos problemas. Embora a co-responsabilidade entre profissionais e pacientes seja desejável na produção da saúde, a defesa da necessidade de criação deste vínculo não poderia apagar a totalidade das determinações do sistema de saúde, sob o risco de produzir um efeito discursivo-ideológico de culpabilização de ambos e uma desresponsabilização das determinações da totalidade social.

Podemos observar a “presença” do SUS também em algumas descrições das ações-chave e desempenhos esperados pelo profissional formado pelo curso.

Identifica necessidades de saúde e o perfil de demanda e oferta dos serviços de saúde: Identifica as necessidades de saúde da população de uma dada região de saúde por meio da análise de indicadores epidemiológicos e de determinantes sociais (ERS, p.22).

Monitora e avalia o processo de trabalho da vigilância em saúde: Compartilha resultados nos espaços de controle social, processando críticas e sugestões, de modo a orientar o processo de trabalho pelas melhores práticas em vigilância em saúde e retroalimentar a identificação de problemas (EVS, p.23).

Planeja e implementa intervenções voltadas à integralidade da atenção à saúde da população: Planeja e prioriza ações de promoção da saúde, prevenção e controle de doenças e agravos de importância para a saúde da população, com base nas melhores evidências científicas, conforme os princípios do SUS e o contexto em que ocorrem (EVS, p.24).

Assim, os cadernos não apresentam o SUS, nem o valorizam plenamente como um sistema universal e integral, que busca garantir a promoção, prevenção e proteção à saúde dos usuários, ou seja, não tem como finalidade a “construção de um projeto de saúde pública

voltado para transformar as condições de vida coletivas” (BRAGA, 2018, p.80), na qual os trabalhadores precisam ser qualificados com vistas à melhoria constante dos serviços ofertados. Acreditamos que isso seja um limite, uma vez que os cursos fazem parte de um programa de fortalecimento do SUS.

C. Parcerias para execução

Essa categoria tem como objetivo conhecer quais os parceiros envolvidos na elaboração dos cursos analisados. Podemos observar que os cursos fazem parte do projeto do Hospital Sírio Libanês de apoio ao SUS, ou seja, integram o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde – PROADI-SUS. Assim, eles são resultado de uma parceria entre o hospital e o Ministério da Saúde. Além desses atores, também estão envolvidos nas discussões – exceto no MPG e na EGH -, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretaria Municipais de Saúde (CONASEMS).

A inclusão de outros parceiros, como o Conselho Nacional de Secretários da Saúde – CONASS e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS, ampliou a autoria na construção desse curso (ERS, p.7).

A participação de representantes do Conselho Nacional de Secretários da Saúde – CONASS e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS na construção dessas iniciativas amplia a escuta em relação à perspectiva dos gestores do SUS e contribui para o alinhamento das propostas educacionais em relação às necessidades de saúde da sociedade. Além desses parceiros, outros, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH e instituições de Ensino Superior, têm demandado e/ou participado do processo de construção das iniciativas educacionais (EGC, p.8; EGE, p.8; EGP, p.8; EPrep, p.8; ERS, p.8; EVS, p.8).

De acordo com os cadernos, esses atores discutem a necessidade e a relevância do curso para o SUS. Entretanto, os trabalhadores não são mencionados como parceiros para a elaboração dos currículos, e nem na análise de pertinência desses cursos para os serviços de saúde. Como já discutimos anteriormente, a Educação Permanente em Saúde preconiza que as propostas de ações educacionais sejam construídas por gestores em conjunto com os trabalhadores, favorecendo o sentimento de pertencimento ao serviço e ao processo educativo (BRASIL, 2005a).

Nos Cadernos de Curso, os trabalhadores não são apontados como participantes dos processos, nem como fomentadores de necessidades de formação, e não são ouvidos na elaboração dos macroproblemas e na construção da matriz curricular. Neste sentido, a construção das propostas de cursos não atende ao pressuposto da PNEPS de que esses atores devem participar do levantamento das necessidades para formação junto com a gestão, o controle social e as instituições formadoras.

Outro aspecto importante sobre o uso da palavra “parceria” é que ela denota a ausência de interesses conflitantes entre as partes envolvidas, pressupondo uma relação harmônica entre os interesses públicos e privados. Tal situação é coerente com a ideologia que legitima e justifica a realidade de que o próprio sistema em si é público-privado (BRAGA, 2018). Esta questão é retomada no item a seguir.

D. Parceria público-privado

Com esta categoria de análise procuramos evidenciar a participação de outras instituições privadas na elaboração e/ou execução do curso. Ao longo dos materiais, a única instituição que aparece literalmente é o Hospital Sírio Libanês. Entretanto, os textos dos cadernos apontam a todo momento para a importância de uma articulação público-privada como forma de garantir a melhoria tanto da formação de trabalhadores como do próprio SUS.

Considerando o atual contexto da saúde no país, políticas públicas voltadas à construção de **parcerias entre organizações governamentais e não governamentais** têm sido promovidas, especialmente para a indução da melhoria da qualidade da formação de profissionais e dos serviços de saúde, **visando responder de modo mais integrado e eficiente às necessidades contemporâneas da sociedade brasileira** (EGC, p.8; EGE, p.8; EGP, p.8; EPrep, p.8; ERS, p.8; EVS, p.8 – grifo nosso).

Um dos focos dessas **parcerias** está orientado para a educação de profissionais de saúde. Particularmente, a capacitação de profissionais já inseridos no trabalho em saúde tem sido valorizada, uma vez que qualifica a produção de intervenções na realidade (EGC, p.8; EGE, p.8; EPrep, p.8; ERS, p.8; EVS, p.8).

O Mestrado Profissional em Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde – MGTIS é fruto da experiência acumulada pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – IEP, do Hospital Sírio-Libanês – HSL, nas áreas de gestão, saúde e educação, e das **parcerias desenvolvidas com organizações públicas e privadas** (MPG, p.7 – grifo nosso).

O estabelecimento de parcerias nas áreas de saúde, gestão e educação, tanto com o setor público federal, estadual e municipal como com outras instituições de ensino superior, tem possibilitado o diálogo entre diferentes experiências e a produção de novos conhecimentos, com resultados estimulantes e positivos em relação à capacitação de profissionais. Essas iniciativas foram voltadas à melhoria da qualidade de sistemas e de serviços de saúde, focalizando o desenvolvimento de maior eficiência, eficácia e efetividade do cuidado com segurança para usuários e profissionais de saúde (MPG, p.7).

As parcerias público-privadas no ensino superior, em especial na pós-graduação, também são tratadas no Plano Nacional de Pós- Graduação 2005-1012, instrumento da CAPES que expressa a direção política da pós-graduação no país, como “uma estratégia para garantir, em primeiro lugar, uma política industrial com grande probabilidade de criação de um ambiente competitivo, calcado em uma atuação indutora do crescimento com igualdade, como também uma oportunidade de aproximar o mundo acadêmico e da pesquisa do seu espaço de aplicação (MPG, p.8 – grifo nosso).

Estabelecer parcerias com instituições públicas e privadas, visando à melhoria de produtos ou processos técnico-científicos na área da saúde e a valorização dos resultados (MPG, p.11 – grifo nosso).

Mesmo não apresentando outros atores privados na elaboração e execução dos cursos analisados, a relação público-privada fica evidente nos trechos acima. Como já abordamos, analisar essa relação é complexa, não podendo ser discutida de maneira separada e estanque, em compartimentos “público” e “privado” (SESTELO et al, 2017). Além disso, envolve diversas dimensões - política, econômica, administrativa, técnica, jurídica (HEIMANN et al, 2011) -, construídas historicamente e muitas vezes baseadas no senso comum, ou na ideologia de que o sistema é ruim, apresentando-se como uma das soluções neoliberais para a melhoria do SUS.

O discurso dos materiais analisados justifica este quadro, ao parafrasear a parceria público-privado como um modo “integrado e eficiente” de responder “às necessidades contemporâneas da sociedade brasileira”; como um “diálogo entre diferentes experiências e a produção de novos conhecimentos, com resultados estimulantes e positivos em relação à capacitação de profissionais”; como uma forma de produzir “maior eficiência, eficácia e efetividade do cuidado com segurança para usuários e profissionais de saúde”; e como “uma oportunidade de aproximar o mundo acadêmico e da pesquisa do seu espaço de aplicação”. Reafirma-se, assim, o discurso hegemônico da ineficiência inerente ao público e da alienação

do público dos problemas sociais reais (a sociedade se realizaria, de fato, “fora” do Estado), que, portanto, necessitaria do privado para corrigir tais falhas.

Pela análise, podemos inferir que o financiamento mediante o PROADI-SUS favorece esse quadro, pois, ao transferir recursos para instituições privadas, observamos a manutenção da díade público-privado para realizar suas ações. Com uma formação na qual essa parceria é entendida como positiva pelos autores dos cadernos, os trabalhadores que participam da ação educacional podem inferir que essa é a grande solução para o SUS, sem, no entanto, analisar criticamente o financiamento real do curso do qual participa.

Nessa perspectiva, as parcerias público-privadas vem sendo apresentadas como a solução para dar respostas rápidas às necessidades de saúde dos usuários. Essa ideia é baseada na lógica de que, ao utilizar o aparato já existente do privado, o Estado já estaria cumprindo a Constituição Federal, o direito à saúde já estaria garantido. Entretanto, o que se observa é o financiamento do privado pelo Estado, gerando a acumulação de capital e não resultando em melhorias nas condições de saúde da população (PEREIRA, 2008).

E. Usuário do SUS

A categoria de análise supracitada denota como o usuário é significado/concebido pelos autores do curso e, conseqüentemente, pelos egressos do curso. Tal verificação é importante pois, de acordo com SAITO et al (2013), cada termo – usuário, cliente e paciente - tem “sua especificidade e não se trata apenas de questão semântica, pois as denominações propiciam e induzem diferentes maneiras de olhar e compreender os objetos nomeados, ou como construímos a realidade” (SAITO et al, 2013, p.176).

Entendemos o usuário como

cada um daqueles que usam ou desfrutam de alguma coisa coletiva, ligada a um serviço público ou particular. Assim, pode-se compreender o termo usuário como mais amplo, capaz de ultrapassar o ideário passivo ou liberal, que percebe a saúde como um bem de consumo regulado pelas leis de mercado, no sentido de avançar para uma concepção de saúde enquanto direito humano e social, regulado pelas relações de cidadania (SAITO et al, 2013, p.176).

Perceber o usuário de maneira mais ampliada possibilita compreendê-lo como detentor do direito à saúde, bem como participante dos processos coletivos que definem o SUS, com uma postura crítica e ativa, ou seja, como um sujeito que exerce sua cidadania. Entretanto, a

palavra usuário também é incorporada a lógica de mercado, a lógica neoliberal. Pode-se ser usuário aquele “que utiliza algo; que tem o direito de uso, mas não a propriedade” (MICHAELIS, 2018), de vários produtos e serviços. Nesse sentido, ser usuário pode denotar que o sujeito estabelece uma relação uso-oferta, se aproximando da ideia de mercadoria.

A relação profissional conota a ideia de que o paciente é sobretudo um cliente, ou seja, um usuário, um comprador de serviços, qualquer que seja o contexto em que é atendido. Portanto, não há consenso nas concepções dos termos cliente, paciente e usuário nas relações da pessoa que utiliza o serviço de saúde e o profissional da área (SAITO, 2013, p.176)

Outra palavra ganha destaque ao se falar em SUS é “cidadão”. Para Martins (2000), ser cidadão é ser capaz de, através do conhecimento no mundo e sua capacidade de agir nele, modificar sua realidade, conquistar direitos e propor que novos deveres sejam responsabilidade do Estado, e que estes deveres atendam às necessidades da coletividade. Ainda de acordo com o autor, é importante compreender o cidadão em uma perspectiva mais ampliada do que somente detentor de direitos, o que contribuiria para que ele fosse entendido apenas como um sujeito passivo do processo histórico.

Restringir o cidadão àquele que simplesmente conhece direitos e deveres é vê-lo enquanto um indivíduo passivo, que os recebe e tem de cumpri-los passivamente, isto é, abdicando da possibilidade de ser sujeito no processo de elaboração deles. Dessa passividade e indiferença, vista por Gramsci como o “peso morto da história”, decorre também a acriticidade, ou seja, o indivíduo passivo respeita os direitos e deveres que lhes são impostos sem questionar seus princípios, suas finalidades, a que interesses eles servem, enfim, sem se envolver com a dinâmica sócio-política, econômica e cultural que os forjou e sedimentou na sociedade, tendo em vista uma determinada correlação de forças entre os grupos sociais (MARTINS, 2000, p.9).

Assim, a partir desse olhar, analisamos os cadernos dos cursos e observamos que o usuário é denominado de diversas maneiras: pessoa (22 vezes no caderno de ERS, por exemplo); paciente (12 vezes no mesmo material) e usuário (9 vezes no material).

Nesse sentido, destaca-se a valorização do cuidado centrado/focado nas necessidades das **pessoas** como diretriz orientadora da organização das respostas para a produção de saúde, o trabalho em equipe, a responsabilidade pela integralidade do cuidado e a agregação de valor à saúde (ERS, p.10 – grifo nosso).

Esses profissionais devem ser capazes de promover uma identificação ampliada de necessidades de saúde e de construir planos terapêuticos junto com **pacientes**, familiares e equipe de saúde, dialogando com protocolos diante das particularidades e do contexto de uma dada situação, ao invés de

apenas reproduzir normas e padronizações, sem crítica (ERS, p.15 – grifo nosso).

Ao promovermos a consciência crítica de **pacientes** e familiares, em relação ao processo saúde-doença, e estimularmos a ampliação da autonomia desses sujeitos (FREIRE, 2008) na escolha do modo como “podem” viver a vida mudamos radicalmente a relação verticalizada, prescritiva e concentrada de poder por parte dos profissionais de saúde (ERS, p.15 – grifo nosso).

Para enfrentarmos esse conjunto multifacetado de desafios, considerando a melhoria da qualidade das respostas do sistema de saúde, um importante investimento precisa ser feito tanto na mudança do arranjo ou modelagem do sistema como, também, na qualificação e ampliação da potência dos encontros entre profissionais e **usuários** e entre os próprios profissionais (ERS, p.15 – grifo nosso).

O predomínio de uma concepção restrita do processo saúde-doença induz a práticas de saúde que reforçam a medicalização e reduzem o autocuidado, valorizando pouco as singularidades do **usuário** e seu papel como sujeito da cura, estabelecendo uma relação pouco transparente com ele (ERS, p.18 – grifo nosso).

Somente no caderno de MPG aparece a palavra “cidadão”. O sentido em que é aplicado se refere a ele ser detentor de direitos. No caso específico do curso, é o direito ao acesso ao desenvolvimento tecnológico e científico. Aqui a palavra “cidadão” também está fora do contexto da saúde. Ele é compreendido como detentor de direito, sem, no entanto, ter relacioná-lo às necessidades de saúde ou a utilização dos serviços de saúde.

Desde meados dos anos 80, a gestão de tecnologias e inovações passou a contar com diretrizes e ações estratégicas nacionais por meio das Conferências Nacionais de Ciência, Tecnologia e Inovação e dos planos de ação plurianuais. As diretrizes estratégicas trouxeram foco para: a educação da ciência e tecnologia; o impacto do desenvolvimento científico e tecnológico para o **cidadão** e o ambiente; a produção de bens e serviços, considerando-se as desigualdades regionais e sociais; e os desafios estratégicos e institucionais para que as metas propostas fossem alcançadas (MPG, p.8 – grifo nosso).

A partir da análise dos outros cadernos, não se observa diferenças na denominação aplicada ao usuário. Ele é denominado de acordo com o contexto apresentado. Por exemplo, no caderno ERS, a palavra “paciente” é bastante utilizada quando se refere à gestão da clínica, especialmente quando o modelo inglês é apresentado. Para Saito et al (2013, p.176), a utilização dessa palavra denota “implicitamente uma posição passiva e hierarquicamente inferior em relação ao profissional, visto que a origem do termo refere-se à palavra *sufredor*, derivada do latim”.

Outra palavra pelo qual o usuário é chamado é “pessoa”. Tal termo nos remete à personalidade, a individualidade⁴⁰, ou seja, pessoa é entendida como um indivíduo, um ser humano que possui identidade própria, com necessidades individuais. Por um lado, isso pode nos remeter ao princípio da integralidade, no qual os indivíduos devem reconhecer quais são suas necessidades a partir do conceito ampliado de saúde e serem atendidos de acordo com elas. Por outro lado, pode denotar uma individualização das necessidades em detrimento às necessidades do coletivo. Conseqüentemente, essa interpretação faz com que não seja discutida a concepção ampliada de saúde, uma vez que, as necessidades pessoais é que devem ser priorizadas, considerando a contradição fundamental na sociedade capitalista, em que se estabelece um contraponto entre o interesse individual e o coletivo.

Outra questão que nos chama a atenção é o fato da palavra “pessoa” ser apresentada no texto próximo a “agregar valor à saúde”. Isso nos faz questionar: qual o sentido de se pensar em agregar valor à saúde das pessoas?

Assim, a utilização de estratégias educacionais que permitam combinar ampliação de escala com o uso crítico e reflexivo de metodologias de aprendizagem visa enfrentar o desafio do tamanho continental do país e contribuir para a construção de ondas que expressem um movimento sanitário no qual organizações e profissionais de saúde assumem sua responsabilidade pela melhoria contínua da qualidade da atenção à saúde, **agregando valor à saúde e à vida das pessoas**, assim como ao processo de trabalho no SUS (ERS, p.11 – grifo nosso).

Dessa maneira, podemos inferir que a forma como o usuário é denominado no curso aponta diversos olhares sobre um mesmo objeto. Em alguns momentos, ele pode ser considerado detentor de direitos, em outros pode ser considerado como alguém que deve ter uma relação passiva com os serviços do SUS. Em outros momentos, ele pode ser entendido somente como uma pessoa humana que apresenta necessidades relacionadas à sua saúde. Essas diversas maneiras de tratar os usuários do SUS denota as contradições sociais apresentadas nos Cadernos de Curso analisados.

Cabe ressaltar que em nenhum caderno o usuário foi denominado como “cliente”, o que para nossa pesquisa, denotaria um forte viés mercadológico dos cursos, uma vez que a saúde poderia ser considerada não como um direito social, mas como mercadoria a ser adquirida (SAITO et al, 2013). Entretanto, ao correlacionar agregar valor à saúde e pessoas,

⁴⁰ Dicionário Priberam. Disponível em: <<https://dicionario.priberam.org/pessoa>>. Acesso em 29 jan.2019.

esse viés mercadológico também pode se apresentar, mesmo que não seja utilizada a palavra “cliente”.

3.4.2 Dimensão 2 - Concepções de formação para a saúde

A. Concepção de Educação

Essa categoria de análise procura evidenciar os conceitos e princípios sobre a educação. Nesse sentido, os materiais analisados são claros quanto à corrente pedagógica adotada pela instituição formadora, o construtivismo.

Considerando as três principais teorias psicológicas que orientam a educação: inatista, ambientalista e sociointeracionista (**construtivista**), essa iniciativa está fundamentada na abordagem construtivista (EGC, p.25; EGE, p.26; EGP, p.25; EPrep, p.28; ERS, p.24; EVS, p.26 – grifo nosso).

Para a realização dessas iniciativas, o IEP/HSL tem utilizado uma abordagem **construtivista** da educação de adultos (EGH, p.5 – grifo nosso).

Também de forma coerente com os valores do Hospital Sírio-Libanês, as soluções educacionais foram construídas segundo uma abordagem **construtivista** da educação de adultos que valoriza os saberes prévios dos participantes e busca a construção de capacidades críticas, reflexivas, criativas, estratégicas e orientadas por um compromisso social com a melhoria da saúde no país (EGH, p.7 – grifo nosso).

Contraopondo-se a essa visão, a concepção **construtivista** da competência focaliza as formas e os meios pelos quais o sujeito contribui para reproduzir ou transformar essa mesma ocupação ou profissão (MPG, p.12 – grifo nosso).

O IEP/HSL está alinhado à concepção **construtivista** de competência e utiliza o modelo holístico e a abordagem dialógica para a construção de perfis de competência profissional (MPG, p.12 – grifo nosso).

Como já discutimos no Capítulo 2, o construtivismo defende o papel ativo do discente na construção do conhecimento, destacando a natureza social da educação e sua função socializadora, enfocando “as relações entre o desenvolvimento humano e o contexto social e cultural em que, sempre e necessariamente, tal desenvolvimento ocorre” (COLL et al, 2004, p.118). Para Saviani (2008), essa teoria considera que o importante é que o discente aprenda a aprender, o que estimula e valoriza a pesquisa autônoma do discente. Outro ponto importante dessa teoria, de acordo com RAMOS (2017), a necessidade de que o sujeito seja aceito por

um grupo, “o que leva à defesa de um tratamento diferenciado dos discentes, a partir da descoberta de suas diferenças individuais” (RAMOS, 2017, p.47). Essa maneira de compreender a educação é vislumbrada em diversas partes dos cadernos, inclusive com palavras e expressões próprias dessa corrente pedagógica, como as que destacamos nos trechos a seguir.

Todos procuram aprender com todos, durante todo o tempo. Também se constituem em oportunidades para o exercício do trabalho em equipe, comunicação, avaliação, **criação de vínculos solidários**, corresponsabilidade pelo processo ensino-aprendizagem e pelo desenvolvimento de competência (EGC, p.29; EGE, p.30; EGP, p.29; EPrep, p.32; ERS, p.28; EVS, p.30 – grifo nosso).

Por meio do processamento de situações simuladas e de relatos de experiências, os especializandos identificam necessidades de aprendizagem e desenvolvem ações, visando à construção de competência. Essa **proatividade** deve ser combinada com uma **atitude aberta e respeitosa** diante das distintas **aproximações dos sujeitos em relação ao objeto de estudo**. Trabalhar nas equipes diversidade e afinidade, **aprendendo uns com os outros**, e ampliar as capacidades para a formulação de perguntas e para a busca e crítica de informações é um compromisso com a construção de uma ciência com consciência, voltada à transformação da realidade, com vistas à melhoria da saúde e da vida das pessoas (EGC, p.29; EGE, p.30; EGP, p.29; EPrep, p.32; ERS, p.28; EVS, p.30 – grifo nosso).

Com essa diretriz construtivista, serão formadas as comunidades de aprendizagem que possibilitarão aos participantes vivenciarem atividades educacionais em equipes, destacando as permanentes oportunidades de **exercício do respeito à diversidade**, de negociação e pactuação, de busca por evidências científicas e de desenvolvimento dos raciocínios estratégico-situacional, clínico-epidemiológico e crítico-reflexivo (EGH, p.10 – grifo nosso).

Espera-se que as comunidades de aprendizagem desenvolvam uma **postura proativa** na construção de sua trajetória no curso, pautada por **relações respeitadas e éticas**, com liberdade de expressão e corresponsabilidade. A **colaboração, o desprendimento, a tolerância, a generosidade** visam à construção de diálogos e de metapontos de vista, no sentido de ampliar a compreensão dos fenômenos envolvidos nos **problemas a serem enfrentados** (EGC, p.29; EGE, p.30; EGP, p.29; EPrep, p.32; ERS, p.28; EVS, p.30 – grifo nosso).

Outra questão digna de análise seria o caráter impreciso dos “problemas educacionais e do SUS”, parafraseados como em “problemas a serem enfrentados”. Não são delimitados quais são esses problemas, e eles não são analisados no contexto social na qual eles se inserem. Assim, as evidências de sentido se fazem presente mais uma vez, fazendo com que a formação discursiva dominante atue na significação e (re)significação das palavras. Há

problemas educacionais que não constituem o cerne dos objetivos da formação, tendo o método – o aprender a aprender e o aprender com todos - a centralidade na concepção pedagógico-curricular. Neste sentido, este discurso nos remete ao tecnicismo (RAMOS, 2010), pautado pela ênfase nos comportamentos observáveis em detrimento dos conteúdos e processos de aprendizagem.

Ao analisar os cadernos, observamos também que o individualismo é incentivado na execução dos cursos:

Cada participante analisa **individualmente** o contexto ou os materiais indicados para um estudo prévio. Após esse estudo, eles respondem a um conjunto de testes que abordam a tomada de decisão diante do contexto em questão. Após compartilharem suas **escolhas individuais**, cada equipe discute as alternativas e busca um consenso ou pacto para a discussão dos resultados por equipe (EGC, p.33; EGE, p.35; EGP, p.33; EPrep, p.36; ERS, p.32; EVS, p.35 – grifo nosso).

Nesse sentido, o individualismo pressupõe que o conhecimento é prévio ao coletivo, ou seja, o conhecimento individual é valorizado e no coletivo esse conhecimento deve ser colocado em discussão, negociado, devendo-se chegar a um denominador comum, ideia ou conhecimento pactuado no coletivo. Assim, o ser humano é visto como um negociador e, no coletivo, o objetivo é negociar para chegar a um resultado pactuado nesse coletivo.

Podemos inferir que o material apresenta uma heterogeneidade de concepções pedagógicas, pois afirmam que são orientados pelo construtivismo - que valoriza a aprendizagem individual, na qual os indivíduos continuamente vivem um processo de construção e reconstrução de estruturas cognitivas que os tornam mais aptos (RAMOS, 2006) -, e, ao mesmo tempo, mencionam diálogo e troca de experiências conforme defendido por Paulo Freire, cujo pensamento pedagógico já discutimos no capítulo da formação para a saúde.

Ainda na década de 1960, vale ressaltar a contribuição de **Paulo Freire** discutindo a aprendizagem de adultos e a educação como prática de liberdade e de autonomia, especialmente construída por meio do desenvolvimento da consciência crítica dos educandos. A pedagogia de Paulo Freire reconhece o homem em permanente construção e a produção de conhecimento como resultado das relações do homem com o mundo, ou seja, da problematização de sua experiência (**FREIRE**, 2008) (EGC, p.26; EGE, p.27; EGP, p.26; EPrep, p.29; ERS, p.25; EVS, p.27 – grifo nosso).

Tal referência denota um viés progressista da concepção pedagógica dos cursos, demonstrando esse misto de concepções. Entretanto, ao eleger o construtivismo como

norteador de suas práticas educativas, o material acaba por não defender uma visão crítica da educação, na qual tanto discentes quanto docentes, têm compromisso com a mudança social através de um processo de ensino-aprendizagem participativo, na qual a mediação é fundamental (RAMOS, 2017). Freire (2013) corrobora tal ideia ao dizer que “não há que considerar perdido o tempo do diálogo que, problematizando, critica e, criticando, insere o homem em sua realidade com verdadeiro sujeito da transformação (FREIRE, 2013, p.63-64). Assim, podemos inferir que adotar o construtivismo como concepção pedagógica de suas ações educacionais significa que o importante é valorizar o “aprender a aprender” em detrimento de se modificar a realidade social, que seria objeto propriamente da pedagogia freiriana.

B. Concepção de Formação

A categoria ora analisada evidencia a concepção de processo formativo da instituição formadora. Como já dissemos no capítulo anterior, os modelos de formação retratam o tipo de sociedade e de profissional que se objetiva ter. Essa formação pode ser com uma visão de adaptação à sociedade e ao mercado ou de compreensão e possibilidades de mudanças na realidade social. Assim, a partir da análise do material e a concepção de educação construtivista apresentada, observamos que a formação preconizada pela instituição é baseada em adquirir competências para o trabalho.

O programa MGTIS foi organizado com base no perfil de competência construído para **uma prática de excelência** nos processos de gestão da atenção, do trabalho e da educação, no campo da saúde. Esse perfil orienta todo o processo educacional, o desenvolvimento de capacidades e a **avaliação de desempenho** dos futuros mestres (MPG, p.10 – grifo nosso).

o perfil de competência inclui a excelência técnica e os valores na produção das ações de saúde [...]. Nesse sentido, destaca-se a valorização do cuidado centrado/focado nas necessidades das pessoas como diretriz orientadora da organização das respostas para produção da saúde, do trabalho em equipe, a responsabilidade pela integralidade do cuidado e a **agregação de valor** à saúde (EGC, p.11; EGE, p.11; EGP, p.10; EPrep, p.10; ERS, p.11; EVS, p.10 – grifo nosso).

A concepção utilizada para definir competência a considera de modo **holístico** como sendo a capacidade de mobilizar diferentes recursos para solucionar, com **pertinência e sucesso**, os problemas da prática profissional, em diferentes contextos. Assim, a combinação das capacidades cognitivas, atitudinais e psicomotoras mobilizadas para a realização de uma ação

profissional foi traduzida em desempenhos que refletem a qualidade de uma prática de gestão da clínica considerada competente (EGC, p.21; ERS, p.21 – grifo nosso).

O referencial teórico utilizado na construção desse perfil está baseado na **abordagem dialógica de competência**, segundo uma concepção considerada **holística** (EGH, p.11; EVS, p.22 – grifo nosso)

Nos trechos destacados, observamos palavras que remetem à obtenção de competências como algo que garante ao trabalhador a realização de tarefas e atividades da maneira que foram previamente definidas. Tais atividades devem ser avaliadas externamente de modo a garantir excelência de desempenho, e, conseqüentemente, a realização de um trabalho bem feito.

Destaque-se também o uso da expressão “abordagem dialógica de competência”. Num primeiro momento, pode denotar que a competência seria algo construído por meio do diálogo entre os atores envolvidos no processo educativo, especificamente docentes e discentes; entretanto, como já discutimos no Capítulo 2, a conjugação da ideologia de competência com ideias mais progressistas da educação, pela inserção da palavra “diálogo”, não apaga o objetivo central da pedagogia das competências. Tal fato parece ser uma tentativa de transformar a ideia de competência em algo inovador, mas, que, no entanto, não altera seu real significado: como Frigotto (2011) afirma, na pedagogia das competências o que se objetiva é que os indivíduos participem de diversas formações para se tornarem competitivos e empregáveis, desenvolvendo habilidades nos campos cognitivo, técnico e de gestão e se adaptando às necessidades de mercado.

Outra palavra relevante à análise é “holístico”. Como analisamos no Capítulo 2, para Lima (2005), a concepção dialógica de competência é considerada “holística” pela necessidade de ser construída através do diálogo entre os processos formativos e o mercado. Contudo, observamos que essa palavra não demonstra nenhum atributo especial quando utilizada. Assim, utilizá-la não acrescenta significado algum para a noção de competência observada pelo curso. Busca-se ultrapassar uma perspectiva tecnicista, entretanto, como já discutimos, os pressupostos ideológicos centrais da pedagogia das competências se mantêm. Para Ramos (2011), se as competências se baseiam em técnicas, procedimentos e desempenhos observáveis, com vistas a possibilitar que o trabalhador se atualize ou se requalifique a partir das imprevisibilidades do mercado, elas não superaram as questões tecnicistas e, na verdade, despertam para um (neo) tecnicismo.

Ao eleger a competência como objetivo a ser alcançado, podemos inferir que a formação está baseada na teoria do capital humano, na qual, conforme já discutimos, a educação tem o objetivo de preparar para o mercado de trabalho, sem, no entanto, buscar a formação de cidadãos críticos, capazes de pensar seu trabalho e modificá-lo. Observamos que sempre se tem como norte do processo educativo a valorização das competências a serem adquiridas, reforçando que elas sejam adquiridas de maneira crítica, como podemos ver no trecho a seguir:

considerando a melhora da qualidade das respostas dos sistemas de saúde, um importante investimento precisa ser feito tanto na mudança do arranjo ou modelagem do sistema como, também, na qualificação e ampliação da potência dos encontros entre profissionais e usuários e entre os próprios profissionais. A singularidade desses encontros **requer do profissional de saúde muito mais do que o domínio específico dos conteúdos relativos a sua profissão ou especialidade**. Requer o desenvolvimento **das capacidades crítica e criativa e de abertura de recursos para aprenderem ao longo da vida, buscando informações e analisando-as criticamente**. Esses profissionais devem ser capazes de promover uma identificação ampliada de necessidades de saúde e de construir planos terapêuticos junto com pacientes, familiares e equipe de saúde, dialogando com protocolos diante das particularidades e do contexto de uma dada situação, **ao invés de apenas reproduzir normas e padronizações, sem crítica** (EGC, p.15; EGE, p.15; EGP, p.15; EPrep, p.15; ERS, p.15; EVS, p.15 – grifo nosso).

No trecho, opera-se uma paráfrase entre o que seria uma “pedagogia de conteúdos” – não mencionada explicitamente no trecho –, um “domínio específico dos conteúdos relativos a uma profissão ou especialidade” e uma reprodução de “normas e padronizações, sem crítica”. Sendo o material baseado na concepção da pedagogia das competências, o efeito discursivo-ideológico é da pedagogia das competências como uma superação, de caráter superior, destes limites que seriam característicos de outras pedagogias.

Nesse trecho, observamos também a valorização do discente como um ser crítico. Entretanto, não se refere à criticidade defendida por Paulo Freire, como já discutimos no Capítulo 2. Podemos observar que, no caso dos Cadernos de Curso analisados, se refere à uma crítica voltada para o desenvolvimento pessoal enquanto habilidade a ser desenvolvida individualmente, com o objetivo de mobilizar capacidades para que o profissional observe o mercado e a partir dele se capacite. Além disso, também apresenta o sentido de criticar procedimentos e normas com vistas a melhorar o processo de trabalho.

Mais uma vez podemos verificar a valorização do “aprender a aprender”, demonstrado especialmente com a utilização da expressão “aprenderem ao longo da vida”. Tal fato indica a noção de que é responsabilidade do discente-trabalhador buscar se adaptar às necessidades de mercado, conforme preconizado pela teoria do capital humano, divergindo completamente da crítica defendida por Freire (2013), na qual a criticidade deve ser desenvolvida para que se compreenda, explique e transforme toda a realidade concreta.

A partir das análises dos materiais, constatamos que os profissionais devem adquirir competências para o trabalho em saúde a partir dos macroproblemas elaborados por especialistas, que, de acordo com os Cadernos de Curso, são profissionais referência no seu campo de atuação.

Os especialistas participam da elaboração de atividades e materiais didáticos, sendo referência, no seu campo de atuação, para gestores de aprendizagem, facilitadores de aprendizagem e especializandos (EVS, p.12).

Em muitos Cadernos, como o dos cursos de EGP e MPG, a vinculação com o SUS não aparece nos objetivos gerais e específicos dos cursos (EGP, p.21; MPG, p.11), o que pode denotar o distanciamento entre a realidade dos serviços e a formação.

Por serem cursos de pós-graduação *lato e stricto sensu*, a categoria profissional pode não ser considerada relevante, uma vez que os públicos são variados no que se refere à graduação desses profissionais; inclusive nos materiais não são definidos os públicos específicos dos cursos, definindo-os somente como profissionais de saúde.

O envolvimento, nas regiões, do maior número possível de **profissionais de saúde** nos Projetos de Apoio ao **SUS** visa favorecer a disseminação de novos conhecimentos e práticas; mas, principalmente, promover a ampliação da consciência **crítica** dos trabalhadores do SUS com autonomia e responsabilização, no sentido do compromisso com a melhoria da qualidade da atenção à saúde das pessoas sob cuidado. Esses profissionais são indicados pelos gestores locais e selecionados pelo IEP/HSL a partir de um processo que inclui a análise do memorial profissional e uma declaração de disponibilidade e interesse (EGC, EGE, EGP, EPrep, ERS, EVS – grifo nosso).

Observamos também a presença da ideia de “crítico” como algo a ser necessário para o trabalhador ser autônomo e responsável, entretanto, com a finalidade somente em melhorar a atuação profissional nos processos de trabalho, sem criticar a própria realidade e problemas sociais no qual o SUS se insere. Nesse sentido, podemos dizer que, a partir dos materiais, ser “crítico” é colocado como sinônimo de “bom profissional”, um profissional que está atendo às

necessidades de mercado, o profissional flexível preconizado pelo do capital humano, responsabilizando o trabalhador pela necessidade de ter consciência crítica quanto às necessidades impostas pelo mercado. Assim, compreendemos que diverge da ideia de uma “crítica” emancipatória (FREIRE, 2013) que efetivamente transforme a realidade (PEREIRA, 2008).

C. Pressupostos da Educação Permanente em Saúde

Discutir essa categoria significa evidenciar a existência nos cursos dos pressupostos orientadores da formação em saúde do SUS. Como discutimos no Capítulo 2, atualmente a formação de trabalhadores do SUS está orientada pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que tem como objetivo a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do sistema numa articulação constante entre ensino, serviço e comunidade.

Assim, a participação de trabalhadores, gestores, controle social e instituição formadora na discussão e elaboração de ações educacionais são importantes para a adequação do curso à realidade dos territórios.

Ao analisar os cadernos, observamos que a Educação Permanente é citada na parte denominada “Projetos de apoio ao SUS” nos cursos EGC, EGE, EGP, EPrep, ERS, EVS.

Na perspectiva de uma **educação permanente** para os trabalhadores do Sistema Único de Saúde – SUS, a ampliação da capacidade crítica, visando à transformação das próprias práticas, com foco na melhoria da qualidade da atenção à saúde, tem sido o eixo na construção de propostas educacionais com abordagem emancipadora e utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem (EGC, p.8; EGE, p.8; EGP, p.8; EPrep, p.8; ERS, p.8; EVS, p.8 – grifo nosso).

No caderno de ERS ela também é citada nos objetivos específicos do curso:

Promover a disseminação e utilização de conceitos e estratégias de educação na saúde, voltadas à **educação permanente** no âmbito da Regulação em Saúde (ERS, p.20 – grifo nosso).

A Educação Permanente também aparece em alguns desempenhos do perfil de competência dos cursos ERS, EGC, EGE, EGP, EVS e EGH:

Promove o pensamento científico e a produção de conhecimentos em regulação em saúde: Estimula a busca por atualização de conhecimentos, considerando os avanços científicos produzidos e as melhores evidências. Incentiva a capacidade de investigação e análise, disponibilizando fontes e valorizando a avaliação crítica das informações encontradas. Apoiar a

construção coletiva de conhecimento, utilizando espaços de **educação permanente** para a socialização de informações (ERS, p.23 - grifo nosso).

Acompanha e avalia o desenvolvimento do trabalho em saúde e os resultados alcançados: Favorece a oferta e formalização de espaços para **educação permanente**, avaliação formativa, apresentação dos resultados alcançados e prestação de conta (EGC, p.22 - grifo nosso).

Promove a produção e disseminação de conhecimento nas situações de Emergências em Saúde Pública: Estimula a construção de conhecimento no cotidiano do processo de trabalho e apoia a utilização da **educação permanente** como dispositivo formal para a socialização de informações e troca de saberes (EGE, p.25 - grifo nosso).

Identifica necessidades de aprendizagem no uso de evidências científicas: Promove o desenvolvimento de estratégias educacionais que mobilizem equipes de saúde e usuários e favoreçam a compreensão dos fatores que interferem e conformam a agenda decisória e as evidências em políticas de saúde. Favorece a participação da equipe em espaços de **educação permanente** e valoriza o uso de evidências científicas por meio da reflexão sobre as práticas de gestão e atenção à saúde, tendo como eixo orientador os problemas identificados. Promove a formação de novas lideranças locais e nacionais em tradução de conhecimento (EGP, p.24 - grifo nosso).

Promove e avalia ações educacionais e de comunicação em vigilância em saúde: Utiliza os espaços de **educação permanente** para promover a socialização de conhecimentos e a transformação de práticas de vigilância em saúde (EVS, p.25 - grifo nosso).

Propõe e avalia ações educacionais: Promove o desenvolvimento de ações educacionais voltadas às necessidades de aprendizagem identificadas, valorizando os saberes prévios dos participantes. Incentiva e favorece o desenvolvimento de novas capacidades voltadas à superação de limitações e dificuldades. Estimula a atualização de conhecimentos e a busca por inovações. Incentiva e desenvolve a capacidade de investigação, incluindo a busca por evidências científicas e melhores práticas. Realiza a avaliação crítica das informações encontradas. Estimula e valoriza as trocas de conhecimentos e perspectivas entre trabalhadores e destes com usuários, nas diversas oportunidades do trabalho. Promove e participa de espaços de **educação permanente** voltados à reflexão e transformação das práticas. Monitora e avalia processos, produtos e resultados relacionados às atividades educacionais realizadas. Utiliza acertos e erros como insumo para a aprendizagem profissional e organizacional (EGH, p.13 - grifo nosso).

A Educação Permanente também aparece relacionada à formação dos docentes dos cursos de EGC, EGE, EGP, EPrep, ERS, EVS:

A **educação permanente** é destinada aos docentes do curso para a discussão dos percursos singulares de cada grupo, de modo a considerar as especificidades e, paralelamente, garantir o alcance dos objetivos pelo coletivo. Possibilita agilidade no reconhecimento de limitações ou

dificuldades e na formulação de planos de melhoria, quer na trajetória específica de um grupo, equipe ou participante. O trabalho de planejamento contextualizado do curso de Regulação em Saúde no SUS deve ser baseado na identificação de conquistas e fortalezas visando à melhoria da qualidade do curso e da prática dos docentes (EGC, p.36; EGE, p.38; EGP, p.36; EPrep, p.39; ERS, p.36; EVS, p.38 - grifo nosso)

No MPG, a Educação Permanente aparece como uma disciplina optativa para os discentes e, no curso de EPS, ela não aparece nem como objetivo, e nem relacionada ao perfil de competência. Tal ausência é digna de nota, já que o objetivo do curso é a formação de profissionais para atuar como facilitadores do processo ensino-aprendizagem “em cenários reais de cuidado à saúde, visando à reorientação articulada dos modelos de atenção e de formação, no sentido da ampliação da qualidade, do acesso e da integralidade do cuidado em redes de atenção à saúde” (PETTA, 2015, p.23), ou seja, os profissionais que deveriam atuar tendo como base a Educação Permanente em Saúde não estão submetidos a uma formação que considere, pelo menos explicitamente entre os objetivos, os conteúdos relacionados a esta política.

Outra questão diz respeito ao fato de não se ter clareza quanto ao que o material entende por “Educação Permanente em Saúde”, pois, como já demonstramos, ela é mencionada em determinadas partes dos textos, sem, no entanto, ser discutida ou definida. Pela análise do discurso, a evidência de sentido pode denotar que existe que a ideia da EPS é algo dado, de conhecimento geral, sem divergências de visões e interpretações. Podemos compreender a EPS como está na PNPES (BRASIL, 2009c), que a entende como norteador das ações de formação para trabalhadores do SUS, através de processos participativos envolvendo todos os atores do sistema – quadrilátero da formação (CECCIM; FEUERWERKER, 2004) na discussão dos processos educativos e valorizando o SUS também como um espaço na qual a formação acontece. Também podemos compreender a EPS como algo processual, se aproximando da noção de educação continuada, na qual os trabalhadores se qualificam dentro de modelos escolares/acadêmicos, em ambiente didático (BRASIL, 2009c), dentre outras características.

Nesse sentido, diante das diversas noções de EPS, nos pautamos na que está definida na PNEPS, e, a partir dessa compreensão, observamos que, mesmo sendo uma ação educacional voltada para a formação de trabalhadores do SUS, ela não é orientada pela PNEPS que norteia a formação na saúde desde 2004.

D. Papel social do "futuro" profissional

Pretende-se com esta categoria de análise verificar qual o perfil de egresso e de atuação no SUS são desejados pela instituição em seu processo formativo. Neste ponto, observamos que, em alguns cursos, vislumbra-se um papel para o profissional formado aproximado aos preceitos da EPS (projetos de intervenção contextualizados aos seus territórios de atuação; consciência crítica; autonomia; responsabilização), bem como a marca da pedagogia das competências (desenvolvimento de capacidades, proatividade), como nos exemplos a seguir:

promover a ampliação da **consciência crítica** dos trabalhadores do SUS com **autonomia e responsabilização**, no sentido do compromisso com a melhoria da qualidade da atenção à saúde das pessoas sob seu cuidado (EGC, p.11; EGE, p.11; EGP, p.10; EPrep, p.10; ERS, p.10; EVS, p.10 – grifo nosso)

desenvolvimento de capacidades para a construção de projetos de intervenção na **realidade**, com ênfase na melhoria da qualidade da atenção à saúde, gestão e/ou educação na saúde, **contextualizados segundo região de saúde** (EGC, p.12; EGE, p.12; EGP, p.11; EPrep, p.11; ERS, p.11; EVS, p.11 – grifo nosso)

Requer o desenvolvimento das capacidades **crítica** e criativa voltadas à transformação e à inovação, visando à produção de soluções qualificadas e seguras. Requer, ainda, abertura para aprender ao longo da vida e para buscar informações, analisando-as criticamente. Para que, além da **proatividade** na ampliação de seus próprios saberes, os gestores e profissionais de saúde aprendam a constituir equipes voltadas à transformação da realidade (EGH, p.10)

Podemos observar nos trechos destacados a valorização de uma formação voltada para atuação profissional no SUS, entretanto, essa atuação parece ser pautada nos preceitos do capital humano, no qual palavras como “qualidade”, “eficiência”, “eficácia” e “proatividade”, são constantemente utilizadas para definir processos e modos de trabalho. Na análise do caderno do MPG, essa questão é mais evidente, inclusive apresentando uma concepção de formação voltada para o mercado.

Capacitar profissionais inseridos no trabalho em saúde para uma prática: a. **orientada às necessidades sociais e às demandas organizacionais e do mercado de trabalho** locorregional e nacional; b. investigativa e científica na produção de conhecimento, de tecnologia e de inovação na gestão da atenção à saúde, do trabalho em saúde e do conhecimento e da educação na

saúde; c. **transformadora**, pela busca de melhorias na **eficiência, efetividade, eficácia e qualidade** no cuidado à saúde (MPG, p.11 – grifo nosso)

No trecho acima, observamos que o curso tem como objetivo capacitar profissionais para uma prática “transformadora”. Entretanto, ao definir prática transformadora com as palavras “eficiência, efetividade, eficácia e qualidade”, podemos denotar que a “transformação” vislumbrada está relacionada ao gerencialismo: busca-se transformar processos de trabalho para torná-los mais adequados às novas ferramentas e técnicas adaptadas da iniciativa privada e seu projeto social.

Dessa maneira, podemos inferir que o papel social das formações em saúde analisadas, mesmo apresentando questões relacionadas às práticas de construção coletiva de conhecimento e de exercício de criticidade, estão pautadas na lógica do capital humano, já que tem como norte seus pressupostos. Assim, o profissional formado a partir dessa lógica, tem como perfil a busca incessante pela qualificação de acordo com as necessidades de mercado e não orientada pelas necessidades de saúde da população.

3.4.3 Dimensão 3 – Currículo

A. Construído a partir do perfil epidemiológico e demográfico do território

Ao analisar esta categoria, procuramos compreender como as questões relacionadas à saúde pública influenciam na construção do currículo dos cursos analisados. Observamos que a construção dos currículos se deu a partir da análise de macroproblemas elaborados por especialistas e na construção de competências. Assim, podemos inferir que eles foram construídos sem levar em conta as especificidades epidemiológicas, demográficas e territoriais, se adequando ao local em que o curso é realizado através do trabalho dos docentes dos cursos e das atividades de problematização, como podemos ver no trecho a seguir:

Num currículo com a aprendizagem baseada em problemas, os educandos passaram a construir novos conhecimentos a partir de problemas elaborados pelos docentes. Em confronto com esses problemas, os estudantes, em pequenos grupos e com o apoio de um tutor, deveriam identificar seus saberes prévios e a fronteira de sua aprendizagem para buscar novas informações. Esse movimento, traduzido pela formulação de perguntas a serem investigadas, promove o desenvolvimento de capacidades para a aprendizagem ao longo da vida e dialoga com a metodologia científica, que

requer a análise crítica de fontes e informações (EGC, p.26; EGE, p.27; EGP, p.16; EPrep, p.29; ERS, p.25; EVS, p.27)

Como discutimos no Capítulo 2, compreender sobre o território e sobre os aspectos epidemiológicos da população na qual o profissional de saúde a ser qualificado atua é imprescindível para a transformação de uma prática que realmente atenda às necessidades dessa população. Assim, como nos afirma Godim e Monken (2017), localizar as pessoas e grupos em tempos e lugares, ou seja, em seus territórios, e, dessa maneira, compreender o ser humano como um ser histórico que modifica realidade e que, conseqüentemente, também se modifica, é importante para se aprimore os modos de agir dos profissionais de saúde.

Neste contexto, a formação dos trabalhadores da saúde, especificamente do SUS, deve ter como base a compreensão das questões referentes ao território e à epidemiologia - entender a dinâmica, regras e leis dos territórios, utilizar os estudos da epidemiologia na análise -, o que favorece uma ação mais efetiva dos serviços de saúde. Assim, não apresentar elementos relacionados à essas questões, dificulta o entendimento dos discentes de que as populações têm singularidades e particularidades, inclusive em seu processo de saúde-doença.

Nesse sentido, observamos um distanciamento da concepção ampliada de saúde, ou seja, ela não é trabalhada como uma produção social, resultante de várias dimensões como discutido no Capítulo 1. Basear a formação de profissionais da saúde somente na eficácia e efetividade dos serviços de saúde, nos aponta que a saúde seja entendida apenas no seu aspecto clínico, o que reforça a lógica já discutida no item da “Concepção de Formação”, na qual analisamos a questão da formação crítica somente para processos de trabalho e não para a realidade social.

B. Relação trabalho-educação

Esta dimensão denota as concepções de formação à luz da relação trabalho-educação. Assim, ao analisar os cadernos, observamos o emprego de diversos termos que dizem respeito à teoria do capital humano. Como já discutimos no Capítulo 2, nessa teoria, o homem é visto como um recurso no qual se deve promover um investimento – ou um auto investimento: uma formação por competências vinculadas ao mercado.

Um dos termos muito utilizado por essa teoria diz respeito à qualidade total, que, para Frigotto (2011, p.27), “deriva da nova base científica-técnica da produção e da organização e

gerência do trabalho” com vista a produzir uma mercadoria ou serviço com menor custo e com vantagens competitivas, conforme já discutimos no capítulo anterior. A qualidade total pode ser operacionalizada através de palavras como “efetividade”, “eficiência”, “padrões de qualidade”, entre outras. Nos trechos destacados a seguir podemos observar a utilização dessas palavras:

grande parte das definições sobre Gestão da Clínica, ao longo da última década, tiveram como temas-chave a **melhoria da efetividade, eficiência e eficácia, a responsabilização dos profissionais e serviços, o estabelecimento de padrões e sistemas de qualidade e a articulação e regulação** de ações e serviços de saúde (EGC, p.15; EGE, p.15; EGP, p.14; EPrep, p.14; ERS, p.14; EVS, p.14).

Capacitar profissionais inseridos no trabalho em saúde para uma prática: [...] c. transformadora, pela busca de melhorias **na eficiência, efetividade, eficácia e qualidade** no cuidado à saúde (MPG, p.11).

[...] focalizando o desenvolvimento de maior **eficiência, eficácia e efetividade** do cuidado com segurança para usuários e profissionais de saúde (MPG, p.7).

Outro termo que está relacionado à teoria do capital humano é empregabilidade. Reiterando o discutido no capítulo 2 da presente dissertação, para Frigotto (2011), empregabilidade diz respeito à ideia de que os trabalhadores devem ser proativos, com competência para se adaptar à diferentes contextos do trabalho, o que possibilitaria ao trabalhador se inserir ou se manter no mercado de trabalho. Essa noção pode ser observada nos trechos a seguir:

Para além da **proatividade na ampliação de seus próprios saberes e crítica na ampliação de conhecimentos e práticas** (EGC, p.16; EGE, p.16; EGP, p.15; EPrep, p.15; ERS, p. 15; EVS, p.15 – grifo nosso).

Para que, além da **proatividade na ampliação de seus próprios saberes**, os gestores e profissionais de saúde aprendam a constituir equipes voltadas à transformação da realidade (EGH, p.10).

A ideia de proatividade nos remete ao “aprender a aprender”, atendendo à concepção construtivista dos cadernos. Compreendendo a proatividade como a capacidade de buscar antecipadamente soluções para problemas, o “aprender a aprender” se faz presente, já que, para ser proativo, pressupõe-se a capacidade de construir novas competências para antecipação de problemas, em um movimento solitário e individualizante, típico do capital

humano, e adaptativa às demandas do mercado. Em última instância, consiste em ser gestor de sua própria capacidade cognitiva-intelectual com vistas a configurá-la como mercadoria.

No curso de MPG, encontramos elementos referente à noção de gestão de conhecimento, que, para Frigotto (2011), seria a tentativa de se fazer acreditar que a tecnologia é a solução dos problemas relacionados às desigualdades, sem, no entanto, levar em conta que a tecnologia é muito mais acessível para algumas pessoas do que para outras. Entretanto, no caderno desse curso, tal problema não é apontado.

A utilização de competência como diretriz para a organização do programa coloca maior ênfase nos resultados, transferindo a centralidade do processo para as necessidades de aprendizagem de cada participante, no sentido do desenvolvimento **da gestão do conhecimento** (MPG, p.10 – grifo nosso).

O IEP/HSL acumulou relevantes experiências nesse formato de intervenção educacional que valoriza a **gestão do conhecimento**, com destaque para a capacidade de aprender ao longo da vida. Selecionamos as tecnologias educacionais que mais favorecem a articulação entre teoria e prática e a proatividade do mestrando na construção de sua trajetória de desenvolvimento no programa (MPG, p.10 – grifo nosso).

No segundo trecho destacado acima, podemos observar a ideia de gestão do conhecimento relacionando-se à de “aprender a aprender”, bem como a de proatividade. Mais uma vez, percebemos a ideia da construção individual de uma trajetória profissional, na qual a capacidade de aprender ao longo da vida, ou da adaptação às mudanças constantes do mercado, são necessárias e exigidas dos discentes em curso. Aprender a aprender, proatividade, gestão do conhecimento e articulação teoria-prática compõem, portanto, este discurso sobre a relação trabalho-educação.

Outro conceito advindo da teoria do capital humano é a de “competência”. Como já discutimos no Capítulo 2, noção está relacionada à pedagogia das competências, que reforça a ideia do individualismo. Entendida como algo a ser “mobilizado” com a finalidade de solucionar questões em diversos contextos, com vistas a desempenhos de qualidade (RAMOS, 2008), a concepção de competência se apresenta como eixo norteador da ação pedagógica dos cursos.

A concepção utilizada para definir competência a considera de modo holístico como sendo a **capacidade de mobilizar diferentes recursos para solucionar, com pertinência e sucesso, os problemas da prática profissional, em diferentes contextos**. Assim, a combinação das capacidades cognitivas, atitudinais e psicomotoras mobilizadas para a realização de uma ação profissional foi traduzida em **desempenhos que**

refletem a qualidade de uma prática de gestão da clínica considerada competente (EGC, p.21; ERS, p.21 – grifo nosso).

Competência é aqui compreendida como sendo a **capacidade de mobilizar diferentes recursos para solucionar, com pertinência e sucesso, os problemas da prática profissional, em diferentes contextos** (EPrep, p.24 - grifo nosso).

Observamos, nos trechos destacados, a polissemia da palavra “competência”. Nos trechos, ela é entendida como “capacidade” e não como uma construção cognitiva, que é promovida pela sistematização das ações com os objetos através da construção de estruturas mentais - assimilação e acomodação (RAMOS, 2010). Neste caso, a “competência” é compreendida como algo inerente ao discente trabalhador e não como algo a ser desenvolvido.

No caderno do curso MPG, a competência é entendida como dependente dos processos históricos, sociais e científicos. Na lógica da teoria do capital humano, isso pode ser traduzido como a necessidade do profissional se adaptar às necessidades de mercado. Isso atende aos anseios da sociedade para a qual o curso está formando profissionais para atuarem, que, como discutiremos no item “Concepção de sociedade”, é uma sociedade orientada pela mercadoria, que precisa de trabalhadores eficientes, eficazes e com proatividade para aprender ao longo da vida. Nesse sentido, o aprender ao longo da vida significa de adequar às necessidades do mundo do trabalho capitalista, por meio de uma busca individual.

Cabe destacar que os resultados esperados e os critérios de excelência são dependentes do contexto histórico, social e científico da sociedade em questão. **O perfil de competência depende daquilo que a sociedade valoriza – o que indivíduos, grupos e instituições que compõem a sociedade consideram e fundamentam como melhores práticas e das condições existentes para o desenvolvimento dessa prática profissional.** Assim, a competência profissional deve ser continuamente desenvolvida, não sendo uma referência permanente ou estática (MPG, p.13 – grifo nosso).

Há também, no trecho anterior, uma perspectiva de que o trabalhador nunca é “competente”, está sempre em falta, denotando uma culpabilização pela sua incompetência sendo este discurso a materialidade da ideologia do capital humano. Assim, o desempenho individual do trabalho é mais uma vez valorizado, sendo um processo que não tem fim: o trabalhador deve ter “consciência crítica” para saber o que o mercado necessita e em que momento ele deve se qualificar para atender tais necessidades. Para o capital humano, é sinônimo de um trabalhador eficiente, eficaz e empregável.

Observamos também que, nos Cadernos dos Cursos, as competências desejadas para os egressos foram construídas sem a participação de trabalhadores, que podem vir a ser discentes dos cursos, mas sim por parceiros da instituição formadora e por especialistas. Em um dos trechos abaixo, faz-se referência a existência de “diferentes atores envolvidos e interessados na iniciativa educacional”. Como discutimos na “Concepção de Formação”, os especialistas são pessoas referências no seu campo de atuação, entretanto, não podemos precisar se também são trabalhadores do SUS.

construção do perfil de competência para o profissional a ser capacitado e a pactuação dessa orientação com os **parceiros da iniciativa** (EGC, p.11; EGE, p.11; EGP, p.10; EPrep, p.10; ERS, p.10; EVS, p.10 – grifo nosso).

O perfil de competência proposto pelo IEP/HSL para a capacitação de mestres em Saúde Coletiva, na área de concentração em Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde, foi construído pelos **autores do programa** (MPG, p.13 – grifo nosso).

cada iniciativa educacional é orientada por um perfil de competência [...] construído por meio de uma investigação das práticas de profissionais **considerados competentes pelos diferentes atores envolvidos** e interessados na iniciativa educacional (EGC, p.11; EGE, p.10; EGP, p.10; EPrep, p.10; ERS, p.10; EVS, p.10 – grifo nosso).

O perfil de competência utilizado como referência nesse curso foi o resultado do trabalho desenvolvido pelos seus autores, que buscaram traduzir o conjunto de capacidades necessárias para a qualificação do processo decisório informada por evidências. A combinação das capacidades requeridas e de seus resultados foi traduzida em desempenhos que refletem a qualidade da prática profissional, num determinado contexto (EGP, p.22 – grifo nosso)

A construção do perfil de competência resultou de um processo investigativo da prática dos autores visando identificar as capacidades requeridas. O perfil do especialista em políticas públicas informadas por evidências está representado pela articulação de três áreas de competência que delimitam o escopo de trabalho da atuação profissional. Gestão de Políticas Públicas de Saúde; Atenção à Saúde; Educação em saúde: construção do conhecimento para a ação política (EGP, p.22 – grifo nosso)

Outra questão apresentada no caderno do EGH é o reforço ao aprendizado técnico e, ao mesmo tempo, a valorização de uma abordagem mais “humana” nas relações estabelecidas. Pereira e Barros (2008) entendem a humanização como um tema transversal na produção de saúde, que se dá através do aumento da comunicação entre usuários e equipes de saúde, bem como a inseparabilidade entre atenção e gestão. “Este movimento se faz com sujeitos que possam exercer sua autonomia de modo acolhedor, corresponsável, resolutivo e

de gestão compartilhada dos processos de trabalho” (PEREIRA; BASTOS, 2008, p.247). A partir dessa perspectiva de humanização, denota-se uma tentativa de aproximação do curso a palavras que são caras ao SUS, como é o caso da humanização. Entretanto, não há como inferir que o conceito de humanização da instituição formadora é a mesma do SUS.

O perfil valoriza a **excelência técnica e a humanização nas relações** com pacientes, familiares, profissionais e estudantes, destacando-se o cuidado centrado/focado nas necessidades das pessoas, o trabalho em equipe, a responsabilidade pela integralidade do cuidado e a agregação de valor à saúde (EGH, p.6)

Chama mais uma vez a relação estabelecida entre “humanização das relações” e a questão “de agregar valor à saúde”. Como discutiremos mais adiante no item “Concepção de sociedade”, agregar valor remete à ideia de saúde como mercadoria a ser constantemente valorada e consumida pela população, reforçando a concepção hegemônica capitalista.

Ainda sobre a relação trabalho-educação, não foi possível realizar uma análise mais profunda quanto aos conteúdos dos cursos, uma vez que os Cadernos não apresentam as matrizes curriculares das ações educacionais, o que inviabiliza a análise em seu contexto mais ampliado. O que podemos observar é que não está explícita a utilização de conteúdos conforme defendidos por Pereira (2008), expostos no Capítulo 2 da presente dissertação - conteúdos relativos à Economia Política, Políticas de Saúde, Políticas de C&T em Saúde, Sociologia do Trabalho. Para a autora, apresentar esses conteúdos evidenciaria uma preocupação da instituição formadora em basear seus currículos nas realidades dos territórios e nas necessidades reais de formação dos trabalhadores do SUS.

Observamos também que os objetivos dos cursos são voltados para que o trabalhador adquira competências técnicas, baseadas em instrumentos de gestão, não favorecendo a criticidade dos trabalhadores nos diversos territórios do SUS, como podemos verificar nos trechos abaixo:

Construir, disseminar e favorecer a utilização de conceitos, arranjos, ferramentas e dispositivos de regulação em saúde no SUS (ERS, p.20 – grifo nosso).

Promover a **construção e disseminação de práticas, ferramentas e dispositivos de gestão** de emergências em saúde pública orientadas pelo perfil de competência desse especialista (EGE, p.21 – grifo nosso).

Promover a **construção, a disseminação e o desenvolvimento dos conceitos, das ferramentas e dos dispositivos de gestão**, de atenção à

saúde e educação na saúde, segundo melhores práticas e diretrizes de referência (EGH, p.15).

Do exposto, podemos inferir que a teoria do capital humano permeia todos os Cadernos de Curso. Vale lembrar que essa teoria é orientadora de muitas formações, de várias instituições, inclusive públicas. Além disso, os cursos apresentam temas específicos para cada área de formação de maneira isolada do contexto social do qual o sistema faz parte. Assim, os cursos apresentam alguns temas que são importantes para o SUS, sem, no entanto, aprofundar discussões sobre seu funcionamento e sobre suas implicações junto à população.

C. Concepção de sociedade

Com esta categoria procuramos compreender a concepção de sociedade defendida pela instituição formadora, ou seja, para qual tipo de sociedade suas ações educacionais procuram atender.

No caderno do MPG, é exposto que o perfil de competência é construído a partir do que a sociedade valoriza, o que a sociedade entende como boas práticas para o desenvolvimento profissional.

Cabe destacar que os resultados esperados e os critérios de excelência são dependentes do contexto histórico, social e científico da sociedade em questão. **O perfil de competência depende daquilo que a sociedade valoriza – o que indivíduos, grupos e instituições que compõem a sociedade consideram e fundamentam como melhores práticas e das condições existentes para o desenvolvimento dessa prática profissional.** Assim, a competência profissional deve ser continuamente desenvolvida, não sendo uma referência permanente ou estática (MPG, p.13 – grifo nosso).

Pelo trecho destacado acima, pressupõe-se que o perfil de competências seja elaborado a partir do que a sociedade valoriza. A seguir, o texto apresenta o que essa sociedade deve valorizar: o desenvolvimento profissional como sinônimo de desenvolvimento de “competência”, por sua vez, conforme a chave da pedagogia das competências. Assim, mais uma vez, o profissional deve estar atento às necessidades de mercado para poder se qualificar.

Além disso, com as leituras dos Cadernos de Curso, observamos que o discurso remete ao gerencialismo ou à Nova Gestão Pública (NGP), o que denota um tecnicismo das formações, uma vez que, para o gerencialismo, palavras como efetividade, eficácia, eficiência, qualidade e o alcance de resultados são primordiais para o sucesso dos serviços de saúde.

Grande parte das definições sobre Gestão Clínica, ao longo da última década, tiveram como temas-chave a melhoria da **efetividade, eficiência e eficácia**, a responsabilização dos profissionais e serviços, o estabelecimento de padrões e sistemas de qualidade e a articulação e regulação de ações e serviços de saúde (EGC, p.15; EGE, p.15; EGP, p.14; ERS, p.14; EVS, p.14 – grifo nosso).

Identifica oportunidades para aplicação das melhores práticas, processos e produtos na gestão em saúde voltados à **eficiência, efetividade, eficácia e resultados** que agreguem valor à saúde (MPG, p.14 – grifo nosso).

Assim, com vistas aos resultados desejados, a gestão da clínica coloca processos e produtos da macro e micro gestão em saúde em análise, focalizando: (i) **efetividade, eficiência e eficácia**; (ii) responsabilização dos profissionais e serviços; (iii) padrões de qualidade; e (iv) articulação e regulação de ações e serviços de saúde (EGH – p.9).

Outra expressão que nos aponta qual o tipo de sociedade o curso pretende atender é “agregar valor à saúde”. Podemos observar que a questão de valorar a saúde é um aspecto presente em todos os cadernos, como verificamos nos trechos a seguir.

A expressão de uma ética democrática e cidadã na saúde brasileira, cujos princípios são a universalidade e equidade de acesso, a integralidade com qualidade do cuidado e a descentralização com participação da comunidade podem encontrar na gestão da clínica, orientada à **agregação de valor à saúde e à vida das pessoas**, diretrizes que podem contribuir para o enfrentamento dos desafios contemporâneos do SUS (EGC, p.17; EGE, p.17; EGH, p.9; EGP, p.16; ERS, p.16; EVS, p.16 – grifo nosso).

Ao reorientar a modelagem da atenção à saúde para sistemas integrados, a articulação da promoção, preservação e recuperação da saúde, a partir de uma concepção ampliada do processo saúde-doença, coloca em foco os resultados que **agregam valor à saúde das pessoas**, ao invés da produção de atendimentos (EPrep, p.18 – grifo nosso).

Promove uma cultura de avaliação comprometida com a melhoria dos processos, produtos e resultados, estimulando o compromisso de todos com a transformação das práticas e da cultura instituídas, de modo a orientá-las por resultados que **agregam valor à saúde**, à qualidade de vida das pessoas e à excelência da formação em serviço (EPrep, p.26 – grifo nosso).

Identifica oportunidades para aplicação das melhores práticas, processos e produtos na gestão em saúde voltados à eficiência, efetividade, eficácia e resultados que **agreguem valor à saúde** (MPG, p.14 – grifo nosso).

Essa orientação visa estimular e promover a valorização por resultados que **agreguem valor à saúde**, buscando um impacto regressivo nos perfis de morbidade e mortalidade da população brasileira (EGH, p.7 – grifo nosso).

Nos trechos destacados, observamos a recorrência da utilização de uma oração subordinada adjetiva com a expressão “agregar valor”. Inclusive observamos que o verbo “agregar” é transformado em substantivo no primeiro trecho destacado, consolidando este processo social à produção em saúde. A seguir, apresentamos a série de ocorrências da expressão:

agreguem valor à saúde (EGH, p.7; MPG, p.14).

agregam valor à saúde das pessoas (EPrep, p.18).

agregam valor à saúde, à qualidade de vida das pessoas e à excelência da formação em serviço (EPrep, p.26).

agregação de valor à saúde e à vida das pessoas (EGC, p.17; EGE, p.17; EGH, p.9; EGP, p.16; ERS, p.16; EVS, p.16; EVS p.10)

valor agregado à vida e à saúde das pessoas (EVS, p.13).

agregação de valor na área da saúde (MPG, p.11).

valor agregado à qualidade de vida e à saúde dos usuários (EGC, p.23).

Como já discutimos no Capítulo 1, utilizar a expressão “agregar valor”, especialmente à saúde, pode apresentar diversas interpretações. Se tomarmos como referência o conceito de Pedro (2014), de que atribuir valor a alguma coisa não é uma ação neutra e que depende das relações que o sujeito estabelece com o objeto, com o mundo e com a realidade, “agregar valor à saúde” seria uma ação individual, estabelecida entre quem lê os Cadernos e as relações que ele estabelece com a realidade social. Como não é especificado nos materiais analisados qual o sentido dessa expressão, podemos inferir diversas interpretações a respeito.

Retomando as discussões do Capítulo 1, lembramos que valorar no sentido filosófico, é entender que o ser humano sempre atribui valores, de maneira relacional e subjetiva. Assim, o termo “agregar valor à saúde” poderia se referir a tornar a saúde algo importante para que os usuários tenham, algo bom e que deve ser buscado por todos. Já no sentido econômico, valorar a saúde se referiria a compreendê-la como uma mercadoria, ou seja, que pode ter valor de uso ou troca (MARX, 2011), e dessa maneira, a saúde seria algo a ser comprado pelos usuários.

Lembramos que a expressão “agregar valor” vem do campo da economia, e “valorar”, de acordo com SANDRONI (1999), é consequência de intervenções no mercado, seja por

retenção de estoques, seja acrescentando inovações e tecnologias para chamar a atenção dos clientes, bem como satisfazê-los em necessidades geradas pelo próprio mercado.

Outra questão expressão na qual a evidência de sentido se faz presente é “as necessidades da sociedade”. Podemos denotar que as necessidades são compreendidas e pactuadas em um coletivo sem que haja conflito de interesse. Além disso, deve-se perguntar que sociedade é essa para qual as necessidades devem ser atingidas. Considerando a sociedade capitalista, necessidade significaria gerar lucro. O efeito discursivo-ideológico, neste ponto, reside em projetar uma evidência sobre o que seriam as necessidades sociais, sem de fato tematizá-las.

A quase totalidade dos cursos do Projeto de Apoio ao SUS utiliza metodologias ativas de ensino-aprendizagem, buscando estimular a capacidade de aprender a aprender, o trabalho em equipe, a postura ética, colaborativa e compromissada com **as necessidades da sociedade** (EPrep, p.7).

A partir da análise dos cadernos, podemos indicar que não há uma definição da expressão “agregar valor à saúde”. Entretanto, ao considerarmos o conjunto de concepções de saúde e de educação mobilizado pelo discurso dos Cadernos e ao relacionarmos esta expressão com a ideologia da mercadoria, podemos concluir que esta expressão projeta a saúde como uma mercadoria a ser adquirida pelos usuários, por isso deve ser desejada, valorada e, conseqüentemente, comprada.

D. Relação da matriz curricular com os objetivos do curso

Esta categoria tinha como objetivo verificar se os conteúdos estudados possibilitariam a formação de acordo com o proposto nos objetivos do curso. Entretanto, ela não pode ser verificada uma vez que os Cadernos dos Cursos analisados não apresentam matrizes curriculares que orientariam a formação. Acreditamos que tal informação seria extremamente relevante para os discentes, pois, mesmo seguindo uma linha construtivista, o curso deveria apresentar quais são os conteúdos mínimos para atingir a competência esperada. Os Cadernos apresentam somente quadros com os perfis de competência, sem relacioná-los a conteúdos ou áreas de conhecimentos necessários para que se adquira as competências almeçadas para cada curso.

Ao seguir como concepção pedagógica o construtivismo, a instituição formadora tem como pressuposto que “os conteúdos disciplinares deixariam de ser fins em si mesmos para se constituírem em insumos para o desenvolvimento de competências” (RAMOS, 2010, p.237). Assim, os conteúdos que deveriam constituir as matrizes curriculares deixam de adquirir centralidade ou importância para o processo educativo proposto, valorizando-se a elaboração de “problemas e projetos desafiadores, reais ou simulados, que desencadeariam ações resolutivas, identificados com as situações típicas a serem vivenciadas” (RAMOS, 2010, p.237). Tal fato pode ser comprovado no trecho a seguir:

Ao dispararmos a aprendizagem a partir do enfrentamento de problemas, promovemos a integração da teoria e prática e **colocamos as disciplinas como um meio para melhor entendermos e vivermos no mundo, e não como a finalidade do processo educacional. Os problemas, além de promoverem pontes entre o ensino e a prática cotidiana, impregnam de sentido a atuação profissional e mobilizam uma combinação de saberes**, no sentido de uma melhor intervenção nas situações estudadas (ERS, p.25 – grifo nosso).

Acreditamos que tal procedimento mais uma vez reforça a ideia do “aprender a aprender”, uma vez que, a partir dos problemas elaborados pelos autores do material, os discentes devem individualmente e depois no coletivo, procurar os conhecimentos para resolução deles e, conseqüentemente, adquirir a competência, sem, no entanto, um norte sobre quais áreas de conhecimentos podem e devem ser mobilizadas para auxiliá-los no processo educativo.

E. Adequação das ementas e das disciplinas

Com esta categoria procuraríamos denotar a articulação entre currículo e perfil do futuro profissional, na qual o conteúdo programático do curso visa à formação de acordo com a atuação vislumbrada para o profissional em formação. Entretanto, bem como na categoria anterior, ela não pode ser analisada uma vez que não são apresentadas as matrizes curriculares dos cursos.

3.4.4 Dimensão 4 – Didático-Pedagógica

A. Papel docente

Esta categoria procura evidenciar a percepção da instituição formadora para o papel docente nos cursos analisados. Podemos observar que os docentes são chamados de “facilitadores de aprendizagem” e cabe a eles dominarem as metodologias pedagógicas.

Os docentes que atuam diretamente com os especializandos são chamados de facilitadores de aprendizagem e devem dominar as estratégias e metodologias pedagógicas empregadas na iniciativa educacional (EGC, p.13; EGE, p.13; EGP, p.12; EPrep, p.12; ERS, p.12; EVS, p.12).

O papel desse docente é o de mediar a interação do sujeito que aprende com os objetos/conteúdos apresentados por meio dos materiais e das atividades educacionais. Para exercer esse papel, o facilitador precisa mostrar respeito aos saberes dos especializandos, ética e estética, reflexão crítica sobre a prática, aceitação do novo, criticidade e capacidade para produzir e construir novos saberes (EGC, EGE, EGP, EPrep, ERS, EVS).

Observamos, conforme já apontado no Capítulo 2, que essa forma de compreender os docentes está pautada no construtivismo, na qual eles são vistos como mediadores entre os conhecimentos e os discentes. De acordo com RAMOS (2010, p.236), nessa concepção pedagógica “a interação com o meio físico é muito mais relevante do que o papel do docente”. Ainda de acordo com a autora, o construtivismo defende que nenhum conhecimento deve ser imposto ao discente de maneira pronta e acabada, “deve-se deixar que ele o descubra sozinho através da ação, levando em consideração os seus interesses, o que deixa clara a predominância da prática em relação à teoria” (RAMOS, 2010, p.236). Aqui novamente observamos que o “aprender a aprender” norteia a ação educativa.

Para Oliveira (2009), esse deslocamento do centro da aprendizagem do professor para o discente apresenta como consequência a desvalorização do trabalho docente, e, conseqüentemente, uma valorização extrema da capacidade do discente em ser autossuficiente. Nessa concepção, ele deve buscar informações e conhecimentos sozinho, utilizando, muitas vezes os recursos tecnológicos como ferramenta (OLIVEIRA, 2009).

Nos cadernos, podemos observar essas questões:

Cada participante analisa individualmente o contexto ou os materiais indicados para estudo prévio. Após esse estudo, eles respondem a um conjunto de testes que abordam a tomada de decisão diante do contexto em questão. Após compartilharem suas escolhas individuais, cada equipe discute alternativas e busca um consenso ou pacto para a discussão dos resultados pela equipe. As alternativas definidas são debatidas por um ou mais especialistas (EGC, p.33; EGP, p.33; EPrep, p.36; ERS, p.32; EVS, p.35).

Esse movimento de busca solitária em alguns momentos se torna coletivo entre os discentes. Nesse momento, aparece um outro ator: o especialista. Esse profissional apresenta domínio específico dos conteúdos do curso.

Facilitadores e especialistas atuam de forma articulada e complementar, uma vez que, para além dos conteúdos cognitivos, o desenvolvimento de competência requer a inclusão de atributos psicomotores e atitudinais. A expressão mais concreta das habilidades e atitudes dos participantes ocorre na vivência das atividades educacionais e, nesse sentido, os facilitadores têm uma participação privilegiada no desenvolvimento de capacidades nesses domínios (EGC, p. 30; EGE, p.31; EGP, p.30; EPrep, p.33; ERS, p.29; EVS, p.31).

No eixo baseado na simulação da realidade, **os autores e especialistas articulam os conteúdos selecionados a partir do perfil de competência e as estratégias e os recursos educacionais a serem utilizados. Os especialistas também elaboram os textos utilizados como estímulos ou disparadores da aprendizagem dos participantes** (EGC, p.31; EGE, p.33; EGP, p.31; EPrep, p.34; ERS, p.30; EVS, p.33).

Os docentes e **especialistas**, vinculados ao curso, **elaboram os disparadores de aprendizagem**, contextualizados num município simulado, denominado POLIS. Os **facilitadores têm o papel de apoiar e mediar a construção de conhecimento dos especializandos**, que participam ativamente desse processo (EGC, p.32; EGE, p.34; EGP, p.32; EPrep, p.35; ERS, p.31; EVS, p.34).

Podemos inferir que conhecimento e didática estão separados na prática educativa, uma vez que cada dimensão é dominada por um ator diferente e, retomando a ideia da Educação Permanente, ter docentes que conheçam o conteúdo e que não sejam meros fomentadores de metodologias é muito importante para que se consiga mudar práticas e realidades. Professores que realmente conheçam tanto a prática profissional quanto os territórios, favorecem que as discussões sejam mais próximas das vivências dos discentes.

Como vimos no Capítulo 2, para Freire (2013), é papel dos docentes problematizar com seus discentes, tirando de suas próprias interpretações o porquê dos fatos. Assim, é papel dos docentes problematizar as vivências e experiências, mas para isso, de acordo com Ramos (2017), é importante que ele também conheça os conteúdos de ensino.

Compreendemos que o papel do docente junto aos discentes deve ser superior a de um mero agitador ou aplicador de metodologias. Ele deve auxiliar seus discentes a problematizar as práticas sociais e, com isso, auxiliá-los a se tornarem profissionais críticos, que discutam

com seus pares e com os usuários tanto os problemas quanto as possíveis soluções para os serviços de saúde.

Nesse sentido, docentes que atuem em uma perspectiva progressista da educação tendem a superar o (neo) tecnicismo (RAMOS, 2011) que a pedagogia das competências apresenta em sua essência, uma vez que eles conseguem ultrapassar a questão de conhecimento útil, prático e aplicável. Tal ação evidencia uma mudança de conceitual do que é uma educação com vista à uma formação crítica.

Além disso, a dimensão do conhecimento apresentada pelos Cadernos denota uma oposição entre “conteudista” e “metodológico”, sendo este último relacionado à atividade docente. Podemos apontar, assim, uma divisão técnica presente nos Cadernos: um grupo produz o conhecimento e um outro é responsável pela aplicação do conhecimento junto aos alunos.”

B. Metodologias utilizadas

Discutir sobre as metodologias utilizadas nos cadernos dos cursos significa compreender quais são os meios propostos para ministrar os conteúdos para os discentes.

Como já analisamos, os cursos são orientados pela concepção construtivista, utilizando como referência a “espiral construtivista”.

Apoiados nas experiências e na fundamentação teórica da aprendizagem baseada em problemas, da problematização, da metodologia científica, da aprendizagem significativa e da dialogia, o processo ensino-aprendizagem nos cursos do IEP/HSL utiliza como **referência a espiral construtivista** (EGC, p.27; EGE, p.28; EGP, p.27; EPrep, p.30; ERS, p.26; EVS, p.28).

Os movimentos da espiral construtivista são desencadeados por disparadores que simulam ou retratam problemas da realidade. O processamento de cada disparador é singularizado conforme os saberes prévios e as necessidades de aprendizagem dos participantes. A representação do processo ensino-aprendizagem na forma de uma espiral traduz a relevância das diferentes etapas educacionais desse processo como movimentos articulados que se retroalimentam (EGC, p.27; EGE, p.28; EGP, p. 27; EPrep, p. 30; ERS, p.26; EVS, p.28 – grifo nosso).

A espiral construtivista é inspirada no Arco de Maguerez, de Juan Diaz Bordenave e Adair Martins Pereira, e que fundamentam a metodologia da problematização (VILLARDI et al, 2015). Tanto o arco quanto a espiral partem de problemas da realidade para construção do conhecimento, cada um com suas etapas e processos.

Também é valorizada a necessidade de que as aprendizagens sejam significativas, compreendendo que, se o processo educativo for desencadeado por questões do cotidiano do trabalho, os discentes ficam mais motivados a procurar compreender, questionar e propor soluções para os problemas previamente elaborados pelos autores do conteúdo.

Para o adulto, esse significado é construído em função de sua motivação para aprender e do valor potencial que os novos saberes têm em relação a sua utilização na vida pessoal e profissional. O processo favorece a **aprendizagem significativa** requer uma postura ativa e crítica por parte daqueles envolvidos na aprendizagem (EGC, p.26; EGE, p.27; EGP, p.26; EPrep, p.29; ERS, p.25; EVS, p. 28 – grifo nosso).

A reflexão sobre a prática do trabalho cotidiano da atenção à saúde e o estudo das teorias que explicam nossas ações visam promover **aprendizagens significativas** e uma consciência crítica, voltada à possibilidade de transformar as próprias práticas (EGC, p.12; EGE, p.12; EGP, p.11; EPrep, p.11; ERS, p.11; EVS, p.11 – grifo nosso).

Como já discutido no Capítulo 2, a teoria da “Aprendizagem Significativa” tem um caráter mais psicológico, à medida que o discente aprende e modifica sua estrutura cognitiva. Para Ramos (2017), independente da metodologia utilizada, pode-se ter uma aprendizagem significativa se existirem condições para o discente transformar o conhecimento em significados psicológicos, ou seja, “transformar significados lógicos de determinado conteúdo potencialmente significativo em significados psicológicos” (RAMOS, 2017, p.56).

Outra expressão que os Cadernos de Curso também dão ênfase se refere às chamadas “Metodologias Ativas”, que, como ponderamos no Capítulo 2, Ramos (2017) acredita ser uma redundância serem denominadas assim práticas pedagógicas pautadas na problematização. Entretanto, ela está presente como podemos observar, nos seguintes trechos:

A partir dos princípios que fundamentam a educação de adultos e o processo ensino-aprendizagem construtivista foram definidas ações educacionais visando ao desenvolvimento das capacidades delineadas no perfil de competência, segundo os eixos do currículo e as atividades curriculares. Essas ações são: centradas nas necessidades de aprendizagem dos educandos; baseadas em situações da prática profissional; orientadas pela integração teoria e prática; e focadas no uso de **metodologias ativas** de ensino-aprendizagem (EGC, p.33; EGE, p.35; EGP, p.33; ERS, p.32; EVS, p.35 – grifo nosso).

Um dos diferenciais das propostas educacionais do IEP/HSL é a utilização de uma abordagem construtivista da educação de adultos, traduzida numa combinação de **metodologias ativas** de ensino-aprendizagem (EGP, p.7).

A quase totalidade dos cursos do Projeto de Apoio ao SUS utiliza **metodologias ativas** de ensino-aprendizagem, buscando estimular a capacidade de aprender a aprender, o trabalho em equipe, a postura ética, colaborativa e compromissada com as necessidades da sociedade (EPrep, p.7)

O programa do Mestrado em Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde é orientado por competência e utiliza **metodologias ativas** de ensino-aprendizagem para potencializar e construir capacidades voltadas à produção de novos conhecimentos, tecnologias e inovação em saúde (MPG, p.12)

Aprendizagem autodirigida – AAD: representa espaços protegidos na agenda dos participantes para que realizem suas buscas e análise de informações e construam seus portfólios. Esse é um período estratégico para o desenvolvimento de **metodologias ativas** de ensino-aprendizagem (EGH, p.26).

Retomando a discussão do Capítulo 2, defender a ideia de que existam “Metodologias Ativas”, de acordo com Ramos (2017), ou é incoerente quando se diz que uma instituição utiliza o diálogo como parte do processo educativo, uma vez que dialogar pretende problematizar o próprio conhecimento em relação à realidade concreta afim de compreender, explicar e transformar tal realidade (FREIRE, 2013).

Assim, observamos que a ideia das “Metodologias Ativas” está intimamente ligada à “pedagogia das competências”, pois ela substitui o ensino, a partir de conteúdos e diálogo entre docentes e discentes, pelo “aprender a aprender”, uma vez que o sentido do processo educativo nessa concepção é a capacidade de gerar resultados, mas não compreender a realidade ou as determinações que ocasionaram os problemas, ou seja, se restringe ao metodologismo (RAMOS, 2017), podendo, neste sentido, contribuir para os processos meramente adaptativos ao mercado de trabalho.

A partir dessas discussões, concordamos com Ramos (2017) que não se faz necessário enunciar que determinada metodologia é ativa ou não. O importante é ter clareza de qual concepção pedagógica está orientando a prática educativa dos cursos. Se ela segue concepções que tenham como premissa o diálogo entre docentes e discentes, entre discentes e sociedade e seu contexto histórico, se ela problematiza a partir das realidades sociais e das vivências dos trabalhadores, não será necessário denominá-la como ativa, ela por si já fomenta a participação ativa dos discentes no processo educativo.

A análise dos Cadernos de Curso revela diversas paráfrases, sinonímias e deslizes de sentido que articulam discursivamente o “aprender a aprender” e “aprender ao longo da vida”; a “espiral construtivista” e “metodologia ativa”; a “consciência crítica” e “responsabilização do trabalhador”. Tais processos também tem como efeito a projeção de uma novidade em torno das concepções educacionais defendidas pelo material, apontando um viés progressista para a concepção pedagógica adotada. Entretanto, mesmo utilizando expressões como “espiral construtivista” ou “diálogo”, e o uso do nome de Paulo Freire, o discurso é pautado no individualismo e no “aprender a aprender”, na qual o papel do docente é somente garantir que a metodologia proposta seja utilizada, sem necessariamente conhecimento real dos conteúdos de aprendizagem.

Outra sinonímia encontrada se refere ao uso das palavras “pessoa”, “paciente” e “usuário”. Elas denotam que o objeto “usuário”, como é comumente chamado no SUS, pode ser entendido ora como detentor de direitos, ora como alguém que mantém uma relação passiva com o SUS, ora como alguém que tem necessidades individuais.

As competências são entendidas como preconizado pela teoria do capital humano, entretanto, apontamos um deslize de significado quando ela é definida em alguns momentos como uma capacidade e não como construção cognitiva, o que denota que ela seja compreendida como inerente ao discente que participa do curso, que precisa somente ser estimulada. Tal fato reforça a ideia de culpabilização do trabalhador pelo sucesso ou insucesso no mercado de trabalho.

“Agregar valor” é outra expressão muito presente no material. Como já discutimos, ela pode denotar diversas interpretações, entretanto, no contexto analisado, ela aponta para que a saúde seja compreendida como mercadoria a ser almejada por consumidores.

Observamos também que os Cadernos apresentam algumas expressões e palavras que são caras ao SUS; entretanto, elas são desarticuladas da realidade social na qual o SUS se insere. Ao apontar, como soluções para os problemas do sistema, instrumentos do gerencialismo com foco na eficiência, eficácia e qualidade, ocorre a transposição de técnicas da iniciativa privada para o público, sem, no entanto, considerar de fato as necessidades da sociedade – cujo sentido aparece como um efeito de evidência, impedindo sua real problematização e discussão. Dessa maneira, temos uma gestão tecnicista, voltada para e focada em resultados e metas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo discutir o material educacional produzido por uma entidade beneficente na formação de trabalhadores do SUS, considerando os processos de privatização da saúde. Para tal, voltamos nosso olhar para os Cadernos de Cursos de uma entidade beneficente participante do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS), buscando compreender que concepções de formação norteavam as ações educacionais dessa instituição.

Inicialmente, no Capítulo 1, discutimos as concepções de Estado no projeto neoliberal, sobretudo no que diz respeito às políticas sociais e à utilização dos fundos públicos. A partir do ideário neoliberal, analisamos o processo de privatização da saúde, que, de acordo com seus defensores, tem como objetivo uma gestão eficiente e eficaz dos serviços públicos, difundindo a ideia da saúde como mercadoria e não como direito garantido pela Constituição Federal de 1988.

Ainda sobre o financiamento do SUS, este capítulo discorreu sobre os seus diversos processos, inclusive aquele que sustenta a participação ou contratação de empresas privadas. Tal fato se configura como uma forma de privatização da saúde, mascarada pelo incentivo do Estado mediante políticas sociais que favorecem o privado em detrimento ao público, especialmente com a participação de entidades beneficentes.

É nesse cenário que a formação de profissionais para o SUS acontece e também é condicionada por esse tipo de privatização, principalmente através das Entidades Benéficas de Excelência participantes do PROADI SUS. Ao participar do programa, essas instituições são habilitadas a contribuir em ações diversas junto ao SUS, sem, no entanto, cumprir o mínimo constitucional de 60% de atendimento a pacientes do sistema. Assim, essas entidades participam de ações de formação de trabalhadores já atuantes no SUS, na gestão de serviços de saúde, em pesquisas e novas tecnologias em saúde.

A partir deste contexto, no Capítulo 2, discutimos as determinações da educação sob o capital - expressa na categoria de dualidade estrutural - assim como as concepções hegemônicas da educação e da formação dos trabalhadores de saúde. Assim, analisamos a teoria do capital humano, que, a partir das noções de empregabilidade, sociedade do conhecimento, qualidade total, empreendedorismo e pedagogia das competências, fomenta ações educacionais que favorecem o capitalismo. Ao formar trabalhadores individualistas e

flexíveis – no sentido de adaptabilidade às necessidades do mercado -, a educação humana pelo mercado não qualifica os trabalhadores para compreender a realidade social, mas, ao contrário, culpabiliza-os por sua incapacidade de empregabilidade.

Ainda neste Capítulo 2, traçamos um panorama histórico sobre a formação de trabalhadores do SUS a partir de documentos relacionados às Conferências Nacionais de Saúde e à Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, apontando as lutas, os avanços e os retrocessos vivenciados ao longo dos quase 30 anos de SUS. Observamos que, no decorrer desse período, a privatização da formação se apresentou de diversas formas e em todos os níveis educacionais, como, por exemplo, na Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae) na década de 2000 e nos cursos de especialização *lato sensu* financiados pelo PROADI SUS, objeto específico da dissertação.

Por fim, ainda no capítulo 2, demonstramos como tais determinações, concepções e processos históricos confluem na atual formação em saúde, pautada por um cenário de intensa privatização, inclusive a partir do uso de fundos públicos. Neo-tecnicismos e neo-pragmatismos caracterizam estas formações hoje, colocando sob questão conceitos e práticas estruturantes da saúde pública e coletiva, como a noção de territorialidade e o próprio campo da epidemiologia.

No Capítulo 3, realizamos a análise de Cadernos de Cursos de uma entidade beneficente que oferta ações educacionais por ser participante do PROADI SUS. O objetivo dessa análise foi lançar um olhar sobre quais concepções orientariam as formações ofertadas por esta instituição, ou seja, compreendemos que, a partir da análise do material educacional, poderíamos inferir como a instituição formadora produz e reproduz concepções de saúde, educação, ser humano e sociedade.

A partir da análise de discurso de matriz franco-brasileira, procuramos discutir as contradições sociais trabalhadas materialmente pelo discurso e utilizadas nos Cadernos de Curso. Assim, analisamos o *corpus* a partir de quatro dimensões: “Sistema Único de Saúde”; “Formação para a Saúde”; “Currículo”; e “Aspectos Didático-Pedagógicos”.

Observamos no material analisado diversas sinonímias, paráfrases e polissemias envolvendo os conceitos de “espiral construtivista”, “metodologia ativa”; “pessoa”, “paciente”, “usuário”; “aprender ao longo da vida”, “aprender a aprender”; “consciência crítica”, “responsabilização do trabalhador”; “agregar valor”, “agregação de valor”; “construtivista”, “diálogo”; “proatividade”, “postura proativa”; “competência”, “abordagem

dialógica de competência”, “consciência crítica”, “autonomia e responsabilização”. Elas confluem para uma visão de sociedade, ser humano e formação baseada no neoliberalismo e suas derivações, como, por exemplo, a teoria do capital humano.

Podemos afirmar que existem quatro processos discursivos e ideológicos presentes nos cadernos. Em primeiro lugar, observamos a legitimação da pedagogia das competências, com seus aspectos individualizantes, (neo) pragmatista e (neo) tecnicista, que orientam toda a formação dos cursos analisados. Entretanto, existe a tendência de tentar aproximá-la das concepções pedagógicas progressistas, o que podemos comprovar com a utilização de palavras como “competência dialógica” e “Paulo Freire”, dentre outras. Entretanto, fica a questão do quanto esta aproximação se reflete na operacionalização da ação pedagógica, ou seja, o quanto, na prática, esta aproximação produz uma reflexão transformadora da sociedade, como propõe as teorias educacionais progressistas.

O segundo processo discursivo e ideológico se refere à concepção mercantil da saúde. Através da utilização da expressão “agregar valor” e derivações, observamos a tendência de objetivar a saúde como um bem a ser valorado e comprado. Como discutimos, a palavra “valor” denota diversas interpretações. Entretanto, na sociedade capitalista, ele é entendido no sentido econômico e, nesse entendimento, a saúde se torna um bem material e, conseqüentemente, em um bem econômico.

O terceiro processo identificado na análise diz respeito à questão do gerencialismo na solução dos problemas do SUS. Observamos que, ao serem elaborados os macroproblemas orientadores das formações, não foram consideradas as diferenças territoriais e as diferentes necessidades de saúde. Assim, a proposta dos cursos é que, com ferramentas da NGP, esses problemas podem vislumbrar soluções. A questão que se coloca para esse “fetiche” pelo gerencialismo é que tais ferramentas, processos e procedimentos são transpostos do privado para o público, através de um discurso tecnicista, desenhados mais para oferecer números para os gestores do que para captar a realidade concreta, ou seja, acabam por não garantir a melhoria do SUS para a população. Além disso, observamos que as ferramentas do gerencialismo são propostas para solucionar problemas macro, com a pressuposição de que o trabalhador transfira esses conhecimentos para resolver os problemas locais de saúde.

O quarto e último processo discursivo-ideológico relaciona-se ao apagamento do SUS em sua forma social. Por serem cursos financiados pelo Estado, através do PROADI SUS, era esperado que o sistema e a realidade social na qual eles se inserem fossem o fio condutor dos

Cadernos de Curso. Mesmo apontando alguns termos que são caros ao SUS, como, por exemplo, integralidade, ética democrática e cidadã, e participação da comunidade, os cursos não tomam como referência o contexto social no qual os trabalhadores vão atuar, indicando um uso meramente formal desses termos, já que o SUS é o sistema brasileiro instituído pela Constituição Federal.

Em suma, considerando a análise realizada ao longo da pesquisa, podemos observar que os Cadernos utilizam metodologias e concepções consideradas inovadoras, mas que, no entanto, são reapropriações de pressupostos da teoria do capital humano. Neste sentido, mesmo sendo voltado para trabalhadores do SUS, os conteúdos trabalhados pelos cursos atendem mais às demandas de mercado do que às necessidades de saúde da população, já que eles não discutem a realidade social, o contexto social do qual o SUS faz parte.

Observamos a reprodução ideológica de conceitos e ideias hegemônicas, através de evidências de sentidos, esquecimentos e processos linguísticos, que fazem com que as significações e (re) significações sejam feitas pelos sujeitos de acordo com tal discurso. Nesse sentido, temos o discurso hegemônico de um SUS sem qualidade, ineficiente, ineficaz e que precisa ser privatizado nas mais diversas formas, seja com novos processos de gestão, seja com a participação de instituições beneficentes na oferta de seus serviços, inclusive na formação de trabalhadores para o SUS. É importante ressaltar que, conforme a revisão da literatura indica, a privatização não parece constituir o caminho para o acesso democrático e equânime, com participação e controle social de serviços e direitos sociais.

Além disso, é importante destacar que, nas privatizações ocorridas em outras áreas, como nas telecomunicações, energia e na gestão de serviços de assistenciais, os resultados não foram tão positivos para os usuários dos serviços. De acordo com Biondi (2003), o processo de privatização no Brasil “não foi feito para ‘beneficiar o consumidor’, a população, e sim levando em conta os interesses – e a busca de grandes lucros – dos grupos que compraram as estatais, sejam eles brasileiros ou multinacionais” (Biondi, 2003, p.9). Dessa maneira, a privatização da formação pode não trazer benefícios reais para a população no atendimento às necessidades de saúde da realidade social no qual o SUS se insere. Ao contrário, esse movimento pode vir a enfraquecer o sistema, uma vez que os trabalhadores têm uma formação distante dessa realidade, voltada para o atendimento das necessidades impostas pelo capitalismo

Assim, na presente dissertação, concluímos que, na privatização materializada na formação, inclusive naquela financiada pelo Estado, os benefícios concretos tendem a não ser direcionados à população, tanto por esta não ser atendida em hospitais considerados de ponta, quanto por não receber, nos serviços de saúde, profissionais realmente qualificados e engajados com a saúde pública - com o SUS.

5 REFERÊNCIAS

- ABRAMIDES, Maria Beatriz Costa; CABRAL, Maria do Socorro Reis. **Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador**. São Paulo Perspec., São Paulo, v. 17, n.1, p.3-10, mar. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 set. 2018.
- ALMEIDA, Célia. **O Banco Mundial e as reformas contemporâneas do setor saúde**. IN: PEREIRA, João Márcio Mendes; PRONKO, Marcela (org.). **A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2014.
- ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; BRAVO, Maria Inês Souza. **Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde**. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 12 n. 3, p. 499-518, set./dez. 2014.
- ARAÚJO, Isabelle Maria Mendes de. **Direito à saúde: perspectivas do modelo neodesenvolvimentista brasileiro, privatização da saúde e a questão social**. Serv. Soc. Rev., Londrina, v. 16, n.2, p. 62-79, jan./jun. 2014
- AQUINO, Manuela. **O projeto Agronegócio na escola: dominação e pedagogia**. IN: STAUFFER, Anakeila de Barros (Org.). **Hegemonia burguesa na educação pública: problematizações no curso TEMS (EPSJV/PRONERA)**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2018. (p.133-158). Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/tems_site.pdf>. Acesso em 14 fev.2019.
- ALTHUSSER, Louis. **Ideologia e aparelhos ideológicos do Estado**. Lisboa: Editorial Presença, 1970. Disponível em: <<https://politica210.files.wordpress.com/2014/11/althusser-louis-ideologia-e-aparelhos-ideolc3b3gicos-do-estado.pdf>>. Acesso em 18 fev.2019.
- BAHIA, Lígia. **A Démarche do Privado e Público no Sistema de Atenção à Saúde no Brasil e tempos de democracia e ajuste fiscal. 1988-2008**; IN: MATTA, Gustavo C.; LIMA, C.F. (orgs.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/195.pdf>>. Acesso em 25 ago.2017.
- _____, Lígia. **O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada**. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 753-762, junho, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 mar. 2018.
- _____, Lígia. **A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificção**. IN: SANTOS, Nelson Rodrigues dos; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (org). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2011. (p.115-128).
- BALL, Stephen. **Educação Global S.A.: novas redes políticas e o imaginário neoliberal**. Tradução: Janete Bridon. Ponta Grossa: UEPG, 2014.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARROSO, Helena Maria; FERNANDES, Ivanildo Ramos. **Mantenedoras educacionais privadas: Histórico, organização e situação jurídica**. Documento de Trabalho nº 67. 2007. Série Documentos de Trabalho do Observatório Universitário. Disponível em: <http://www.databrasil.org.br/Databrasil/..%5Cpdf_docs%5CDoctrab67.pdf>. Acesso em 19 abr.2018.

BIONDI, Aloysio. **O Brasil privatizado: um balanço do desmonte do Estado**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2003. (Coleção Brasil Urgente).

BATISTELLA, Carlos Eduardo Colpo. **Qualificação e Identidade Profissional dos Trabalhadores Técnicos da Vigilância em Saúde: entre ruínas, fronteiras e projetos**. IN: MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso et al (org). **Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013.

BEHRING, Elaine Rossetti. Rotação do capital e crise: fundamentos para compreender o fundo público e a política social. IN: BEHRING, Elaine Rossetti; et al. (Orgs). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012. (p.153-180)

BRAGA, Ialê Falleiros. **Empresariado e políticas públicas de saúde no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 16 mai. 2017.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em 25 ago.2017.

_____. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDBEN nº 9394, 20 de dezembro de 1996**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Leis/L9394.htm>. Acesso em 21 ago. 2018.

_____. **Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009**. 2009b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/12101.htm>. Acesso em 25 ago. 2017.

_____. **Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014**. 2014a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13019.htm>. Acesso em 15 fev. 2018.

_____. **Decreto nº 8.242, de 23 de maio de 2014**. 2014b Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Decreto/D8242.htm#art70>. Acesso em 19 mar. 2018.

_____. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **As Conferências Nacionais de Saúde:** Evolução e perspectivas. Brasília: CONASS, 2009a. (CONASS Documenta; 18). Disponível em: <http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf>. Acesso em 22 fev. 2018.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Anais da IV Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1967. (Anais). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_4_conferencia_nacional_saude.pdf>. Acesso em 04 set. 2018.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **VIII Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1986 a. (Anais). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em 22 fev. 2018.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde.** Relatório Final. Brasília. 1986 b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf_rh.pdf>. Acesso em 06 set.2018.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde:** relatório final. Cadernos de RH saúde. Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. v.1. n.1. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Rede Hospitalar Filantrópica no Brasil:** perfil histórico-institucional e oferta de serviços. Relatório de Pesquisa. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde - SIS/PROJETO REFORSUS REDE. 2001. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2465.pdf>>. Acesso em 29 jan.2018.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde.** 2014b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/401-secretaria-executiva-raiz/secretaria-se/desid-raiz/proadi-sus/11-proadi-sus/9963-conheca-o-proadi-sus>>. Acesso em 25 out.2017.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Glossário temático:** saúde suplementar. Agência Nacional de Saúde Suplementar. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_saude_suplementar_3ed.pdf>. Acesso em 01 fev.2018.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Entidades de Saúde de Reconhecida Excelência (ESRE).** PROADI-SUS. 2017b. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/proadi-sus/entidades-de-saude-de-reconhecida-excelencia-esre>>. Acesso em 01 fev.2018.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3.194, de novembro de 2017.** 2017c. Disponível em: <<http://www.cosemsrn.org.br/wp-content/uploads/2017/12/ok-portaria3194.pdf>>. Acesso em 12 fev.2019.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 3. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - Trabalhadores de Saúde e a Saúde de Todos os Brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação.** Documento Base. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Conselho Nacional de Saúde Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009c. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>>. Acesso em 12 fev.2019.

BRAVO, Maria Inês Souza. **A saúde no Brasil e em Portugal na atualidade: o desafio de concretizar direitos.** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 102, p. 205-221, junho, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 abr. 2018.

_____, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões.** IN: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (org.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade.** Cadernos de Saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. 76 p.

_____, Maria Inês Souza Bravo; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **As lutas pela saúde e os desafios da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde na atualidade.** IN: BRAVO, Maria Inês Souza Bravo; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (orgs.). **A Saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização.** 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014.

CAMPELLO, Ana Margarida. **Dualidade Educacional.** IN: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde.** 2.ed.rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. (p.136-141). Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>>. Acesso em 12 abr.2019.

CAMPOS, Francisco Eduardo de; et al. **Conferências de saúde, o trabalho e o trabalhador da saúde: a expectativa do debate.** IN: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos RH Saúde.** Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Vol. 3, n. 1 (mar. 2006). Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (p.9-11)

CARDOSO, Maria Lúcia de Macedo et al. **A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1489-1500, maio, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501489&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 fev. 2019.

CARNEIRO, Alexandre de Freitas; MENDES, Mirela. **O que se discute sobre a nova gestão pública após a lei de responsabilidade fiscal.** Revista de Administração da UEG, v.6, n.3, set./dez. 2015 (p. 1-15).

CARNEIRO, Ricardo; MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Gestão pública no século XXI: as reformas pendentes.** In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 -prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro:** desenvolvimento, Estado e políticas de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 1. pp. 135-194. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/895sg/pdf/noronha-9788581100159-06.pdf>>. Acesso em 26 dez. 2018.

CASTRO, Jorge Abrahão de; et al. **Gasto Social Federal:** prioridade macroeconômica no período 1995-2010. Nota técnica n.9. Brasília: Ipea, set.2012.

COELHO, Ana Paula Santana. **O público e o privado na regionalização da saúde:** processo decisório e condução da política no Estado do Espírito Santo. Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/23386/1/1037.pdf>>. Acesso em 09 abr.2019.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde:** ensino, gestão, atenção e controle social. Physis, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 dez. 2018.

COLL, César; et al. **Desenvolvimento psicológico e educação:** 2. Psicologia da educação escolar. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **EBSERH: lutas e resistências à lógica mercantil nas Universidades.** IN: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. (orgs). **A Saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais** contra a privatização. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014. 98 p. (p.46-52)

CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos. **Privatização da Saúde via novos modelos de gestão:** Organizações Sociais (Oss) em questão. IN: Bravo, Maria Inês Souza *et al* (org.). **A mercantilização da saúde em debate:** as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015.

COSTA, Aline de Carvalho; et al. **Privatização no Brasil:** um panorama histórico da privatização e os impactos sobre o modal rodoviário. AMPLIANDO Revista Científica da Facerb, v. 4. n. 1. jan/jun. 2017.

CHOPPIN, Alain. **História dos livros e das edições didáticas:** sobre o estado da arte. Educação e Pesquisa, São Paulo, v.30, n.3, p.549-566, set/dez, 2004.

CUNHA, Júlio Araújo Carneiro da; CORREA, Hamilton Luiz. **Avaliação de desempenho organizacional: um estudo aplicado em hospitais filantrópicos.** Rev. adm. empres., São Paulo, v. 53, n. 5, p. 485-499, out. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902013000500006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 13 mar. 2018.

DELUIZ, Neise. *Formação do trabalhador: produtividade e cidadania*. Rio de Janeiro: SHAPE, 1995.

FERNANDES, Rubem César. **Privado porém público: o terceiro setor na América Latina**. Rio de Janeiro: Relume-Dumar, 1994.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FRANCO, Maria Ciavatta. **Formação profissional para o trabalho incerto: um estudo comparativo Brasil, México e Itália**. IN: FRIGOTTO, Gaudêncio (org). **Educação e crise do trabalho: perspectivas de final de século**. 10. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011. (p.100-137).

FREIRE, Paulo. *Extensão e Comunicação?*. 16.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

FREITAS, Luiz Carlos de. **Os reformadores empresariais da educação: da desmoralização do magistério à destruição do sistema público de educação**. *Educ. Soc.*, Campinas, v. 33, n. 19, p. 379-404, junho, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302012000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 out. 2018.

FRIGOTTO, Gaudêncio. (org.). **Educação e crise do trabalho: perspectivas de final de século**. 10. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

_____, Gaudêncio. **Capital humano**. IN: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed.rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. (p.66-72). Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>>. Acesso em 08 fev.2019.

_____, Gaudêncio. **Novos fetiches mercantis da pseudoteoria do capital humano no contexto do capitalismo tardio**. IN: ANDRADE, Juarez de; PAIVA, Lauriana G. de. (orgs). **As políticas públicas para a educação no Brasil contemporâneo: limites e contradições**. Juiz de Fora: Ed.UFJF, 2011. (p.18-35).

_____, Gaudêncio. **A produtividade da escola improdutiva 30 anos depois: regressão social e hegemonia às avessas**. *Trabalho Necessário*. Rio de Janeiro, ano 13, n.20, 2015. Disponível em: <<http://periodicos.uff.br/trabalhonecessario/article/view/8619>>. Acesso em 08 fev. 2019.

_____, Gaudêncio. **Escola “sem” partido: esfinge que ameaça a educação e a sociedade brasileira**. Rio de Janeiro: UERJ, LPP, 2017. (p.17 - 34)

GADOTTI, Moacir. **Pensamento Pedagógico Brasileiro**. 8.ed.rev. e ampl. São Paulo: Ática, 2009. Série Fundamentos.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. 5. reimpr. São Paulo: Atlas, 2012.

GOMIDE, D.C. **O materialismo histórico-dialético como enfoque metodológico para a pesquisa sobre políticas educacionais**. Universidade Metodista de Piracicaba. Grupo de Estudos e Pesquisas em “História, Sociedade e Educação no Brasil” – GT da Região Oeste do Paraná – HISTEDOPR. XI Jornada do HISTEDOPR. Cascavel, 2013. Disponível em: <http://www.histedbr.fe.unicamp.br/acer_histedbr/jornada/jornada11/artigos/2/artigo_simposio_2_45_dcgomide@gmail.com.pdf> Acesso em 05 dez. 2018.

GONDIM, GMM E MONKEN, M. **Território e Territorialização**. In: GONDIM GMM, et al (orgs.). **Técnico em Vigilância em Saúde: Contexto e Identidade**. Programa de Formação Técnica de Nível Médio em Saúde-PROFAPS/Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Editora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2017.

GRAMSCI, Antônio. **Cadernos do cárcere** – volume 1: Introdução ao estudo da filosofia. A filosofia de Benedetto Croce. Tradução Carlos Nelson Coutinho. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

GRAMSCI, Antônio. **Cadernos do cárcere** – volume 3. Tradução Carlos Nelson Coutinho. 3.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

GRANEMANN, Sara. **Fundos de pensão e a metamorfose do “salário em capital”**. IN: BEHRING, Elaine Rossetti; et al. (Orgs). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012. (p.243-260).

GUERRA, Daniele Marie. **Descentralização e regionalização da assistência à saúde no estado de São Paulo: uma análise do índice de dependência**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2015. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-16112015-112549/publico/DanieleMarieGuerra_revisada.pdf>. Acesso em 08 fev. 2019.

HARVEY, David. **O Neoliberalismo** - história e implicações. Edições Loyola: São Paulo, 2008.

HEIMANN, Luiza Sterman; et al. **A relação público-privado e o pacto pela saúde: novos desafios para a gestão em saúde**. IN: SANTOS, Nelson Rodrigues dos; AMARANTE Paulo Duarte de Carvalho (Org). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2011. (p.208-219).

HOBSBAWM, Eric J. **Era dos Extremos: o breve século XX: 1914-1991**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

HOSPITAL SÍRIO LIBANES. **Sírio-Libanês - Conviver e compartilhar**. 2018. Disponível em: <<https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/institucional/Paginas/default.aspx>>. Acesso em 03 dez. 2018.

JÚNIOR, Francisco Batista. **Gestão do SUS: o que fazer?** IN: BRAVO, Maria Inês Souza Bravo; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (orgs.). **Saúde na atualidade: por um Sistema Único de Saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

JURCA, Ricardo de Lima. **O Sistema Privado de Saúde: A reconfiguração do Sistema de Saúde Brasileiro (1988 - 2010)**. II Conferência do Desenvolvimento - Code 2011 – Anais do I Circuito de Debates Acadêmicos. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Disponível em: <www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area5/area5-artigo8.pdf>. Acesso em 13 ago. 2017.

KUENZER, Acácia Zeneida. Dualidade estrutural: seguindo o fio da história. IN: KUENZER, Acácia. **Ensino médio e profissional: as políticas do Estado neoliberal**. São Paulo: Cortez, 1997, p. 9-28.

LAVINAS, Lena. **A financeirização da política social: o caso brasileiro**. Forthcoming at Politika, n. 2, jul 2015, Rio de Janeiro, Fundação João Mangabeira em colaboração com Humboldt - Viadrina Governance Platform, p.35-51. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/09/Lena-Lavinas-colet%C3%A2nea-Cesinha-Politika-2015.pdf>>. Acesso em 13 out. 2017.

LIBÂNEO, José Carlos. **Tendências pedagógicas na prática escolar**. Revista da ANDE, n° 6, 1982. Disponível em: <https://praxistecnologica.files.wordpress.com/2014/08/tendencias_pedagogicas_libaneo.pdf>. Acesso em: 12 abr.2019.

LIMA, Joseane Barbosa de; BRAVO, Maria Inês Souza. **O percurso do financiamento das organizações sociais no município do Rio de Janeiro**. IN: BRAVO, Maria Inês Souza *et al* (org.). **A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro**. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015.

LIMA, Júlio César França. **Neoliberalismo e Formação Profissional em Saúde**. Trabalho Necessário. Rio de Janeiro, ano 5, n.5, 2007. Disponível em: <<http://periodicos.uff.br/trabalhonecessario/article/view/4613/4249>>. Acesso em 23 ago. 2018.

_____, Júlio César França. **A política nacional de saúde nos anos 1990 e 2000: na contramão da história?**. In: Ponte, Carlos Fidélis; FALLEIROS, Ialê. **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/cap_9.pdf>. Acesso em 25 ago. 2017.

_____, Júlio César França. **O Banco Mundial, a Organização Mundial de Saúde e o “novo universalismo” ou a cobertura universal de saúde**. IN: PEREIRA, João Márcio Mendes; PRONKO, Marcela (org.). **A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a Educação e a Saúde (1980-2013)**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2014.

_____, Júlio César França. **Trabalho e Educação Profissional em Saúde no Brasil**. IN: BRAGA, Ialê Falleiros Braga (org.). **O trabalho e mundo contemporâneo: fundamentos e desafios para a saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2016. (p.219-266).

LIMA, Luciana Dias de Lima; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. **Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde**. IN: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de (org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. (p.39-63)

LIMA, Valéria Vernaschi. **Competência:** distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 369-379, ago, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 abr. 2019.

MARTINS, M. F. **Uma "catarsis" no conceito de cidadania:** do cidadão cliente à cidadania com valor ético-político. *Revista Ética*, Campinas, v. 2, n. 2, p. 106-118, jul./dez. 2000. Disponível em: <https://021239dd-a-62cb3a1a-s-sites.googlegroups.com/site/legislacaoeticaempsicologia/home/documentos/materialdeleiturasegundaunidadeeterceiraunidade/art_conceito_de_cidadania.pdf?attachauth=ANoY7codoAEAwf56PbtkuOohjhFchAXrOOZzKncU-TascelbfgMfyA778Pphlp5mN7o3O1GM_OySlFf3xinITlxM05GvW14f0dRXpygNqddYgEy-JTTapTWBAnpX-NLU2US5XBwQ35KUdDNdWj93DsFUVAE8-4Lj0g8NhQnUFLY5bsI5C8NekWV-CyblYO0D7fqIyox0p8ZrmhOqQ09L0vp1E1-tk73PXWWIGURy9CqpfNZrDu6u4omlZj5CeMG5xULNk1NMtKzEplcWrzzzRhkpN79DkJoNkk_a2rL-TWwg7Q30F-t6rukUPEAjtVUh2YdLLa2QjrmS7Qj6-PUjPamdnCNtqVoKA%3D%3D&attredirects=0>. Acesso em 18 dez. 2018.

MARQUES, Rita de Cássia Marques. **A Caridade criando hospitais em Minas Gerais (Brasil) – séculos XVIII-XX.** *Dynamis*, Granada, v. 31, n. 1, p. 107-129, 2011. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-95362011000100006&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 19 abr. 2018.

MARX, Karl. **O Capital.** Livro 1. 2.ed. São Paulo: Boitempo, 2011.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **Manifesto do Partido Comunista.** *Estud. av.*, São Paulo, v. 12, n. 34, p. 7-46, dez. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141998000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 mar. 2018.

MATTOS, Marcelo Badaró. **A classe trabalhadora através do materialismo histórico:** passado e presente de um debate aberto. *Relações Laborais em Portugal e no Mundo Lusófono: História e Demografia*. Lisboa: Colibri, 2014, p. 197-221.

MENDES, Aquilas. **O subfinanciamento e a mercantilização do SUS no contexto do capitalismo contemporâneo em crise.** IN: BRAVO, Maria Inês Souza *et al* (org.). **A mercantilização da saúde em debate:** as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015.

MENDES, Aquilas; MARQUES, Rosa Maria. **O financiamento do SUS sob os "ventos" da financeirização.** *Ciênc. Saúde Coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.3, pp.841-850. ISSN 1413-8123.

MENDES, Aquilas; CARNUT, Leonardo. **Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política:** o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 1105-1119, out. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000401105&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12 abr. 2019.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória.** Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, 2003.

_____, Telma Maria Gonçalves. **A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado.** IN: SANTOS, Nelson Rodrigues dos; AMARANTE Paulo Duarte de Carvalho (org). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde.** Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves; GOMES, Sandra. **Políticas Sociais: conceitos, trajetórias e a experiência brasileira.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

MICHAELIS. Dicionário Michaelis. São Paulo: Melhoramentos. 2018.

MINAS GERAIS. ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Curso de qualificação para conselheiras e conselheiros municipais de saúde do Estado de Minas Gerais: unidades 1, 2, 3 e 4 – guia do discente.** Belo Horizonte: ESP-MG; CES-MG, 2017.

MORAES, Katerine Gonçalves; DYTZ, Jane Lynn Garrison. Política de Educação Permanente em Saúde: análise de sua implementação. Rev. ABCS Health Sci. Santo André/SP, v. 40, n.3, p.263-269. 2015. Disponível em: <<https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/viewFile/806/701>>. Acesso em 12 fev.2019.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; et al. **Processo de Qualificação de Trabalhadores Técnicos em Saúde: a conformação de grupos profissionais -subproduto 2.** Relatório Final do Plano Diretor do Observatório dos Técnicos em Saúde 2011 – 2013. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://www.observatorio.epsjv.fiocruz.br/upload/ResultadoPesquisa/rp18.pdf>>. Acesso em 05 out.2018.

MOROSINI, Márcia Valéria; FONSECA, Angélica Ferreira. **Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios.** Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 261-274, set. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500261&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 abr. 2019.

NEVES, Lúcia Maria Wanderley. **A política educacional brasileira na sociedade do conhecimento.** IN: MATTA, Gustavo Corrêa (org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ EPSJV, 2008. (p.355-391).

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS: o desafio de ser único.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

OLIVEIRA, Dalila Andrade. **Nova gestão pública e governos democrático-populares: contradições entre a busca da eficiência e a ampliação do direito à educação.** Educ. Soc., Campinas, v. 36, n. 132, p. 625-646, set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302015000300625&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 dez. 2018.

OLIVEIRA, Maria Auxiliadora Monteiro. **A Concepção Crítico-Dialética: uma alternativa à Concepção do Aprender a Aprender**, priorizada pela “pós-modernidade”. IN: MENEZES Neto, Antônio J. et al. (Org.). Trabalho, política e formação humana: interlocuções com Marx e Gramsci. São Paulo: Xamã, 2009.

OLIVEIRA, Marilda Siriani de; et al. **Especialização em vigilância em saúde: caderno do curso 2015**. São Paulo: Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2015b. 50p (Projetos de Apoio ao SUS). Disponível em: <<https://iep.hospitalsiriolibanes.org.br/documents/66515/69212/Caderno+GVS/16b98634-7d8f-4a3e-9857-56a99039f728>>. Acesso em 27 març.2018.

OLIVEIRA, Ramon de. **Empregabilidade**. IN: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed.rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. (p.66-72). Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf> >. Acesso em 08 fev.2019.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **Análise de Discurso: princípios & procedimentos**. 8. ed. Campinas: Pontes, 2009. 100p.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **Análise de Discurso**. IN: ORLANDI, Eni Puccinelli; LAGAZZI-RODRIGUES, Suzy. **Introdução às ciências da linguagem – discurso e textualidade**. 3. ed. Campinas: Pontes Editores, 2017.

PADILHA, Paulo Roberto. Planejamento Dialógico: Como construir o projeto político-pedagógico da escola. São Paulo: Ed. Cortez, 2001.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

_____, Jairnilson Silva. **O que é SUS?**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PALMEIRA, G. **Epidemiologia**. In: ROZENFELD, S. (org). **Fundamentos da Vigilância Sanitária** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. (p.135-194). Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258-11.pdf>>. Acesso em 18 dez. 2018.

PEDRO, Ana Paula. **Ética, moral, axiologia e valores: confusões e ambiguidades em torno de um conceito comum**. Kriterion, Belo Horizonte, v.55, n.130, p.483-498, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-512X2014000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 fev. 2019.

PEDROSO, Marcelo Caldeira; MALIK, Ana Maria. **Cadeia de valor da saúde: um modelo para o sistema de saúde brasileiro**. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.17, n.10, p. 2757-2772, out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 dez. 2018.

PEREIRA, Isabel Brasil. **Tendências curriculares nas escolas de formação técnica para o SUS**. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 121-134, mar. 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462004000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 21 ago. 2018.

_____, Isabel Brasil. **A educação dos trabalhadores da saúde sob a égide da produtividade.** IN: MATTA, Gustavo Corrêa (org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ EPSJV, 2008. (p.393-420).

PEREIRA, Isabel Brasil; RAMOS, Marise Nogueira. **Educação profissional em saúde.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

PEREIRA, Eduardo Henrique Passos; BARROS, Regina Duarte Benevides de. **Humanização.** IN: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde.** 2.ed.rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. (p.299-305). Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>>. Acesso em 04 fev.2019.

PETTA, Helena Lemos; et al. **Preceptoría no SUS: caderno do curso 2015.** São Paulo: Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2015. 51p. (Projetos de Apoio ao SUS). Disponível em: <<https://iep.hospitalsiriolibanes.org.br/documents/66515/69212/Caderno+-+Especializa%C3%A7%C3%A3o+em+Preceptoría+no+SUS/5259a4d2-83d2-401a-8599-aec1c3ca2c0c>>. Acesso em 19 abri. 2018.

PIMENTA, Selma Garrido; ANASTASIOU, Léa das Graças Camargos. **Docência no Ensino Superior.** 4.ed. São Paulo: Cortez, 2010. (Coleção Docência em Formação).

PINHEIRO FILHO, Francisco Percival. **Hospitais Filantrópicos e sua relação com o Sistema de Saúde Brasileiro: dependência e limites para a expansão da rede pública de serviços de saúde.** I Seminário de Políticas Públicas e Desenvolvimento Territorial – SEPPU. Universidade de Araraquara, 2017.

PIOLA, Sergio; et al. **Estruturas de Financiamento e Gasto do Sistema Público de Saúde.** IN: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial.** v. 4 / Fundação Oswaldo Cruz [et al.] — Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. p.19-70.

PIRES-ALVES, Fernando; PAIVA, Carlos Henrique A. **Trabalho e Educação em saúde: uma agenda em construção.** IN: PONTE, Carlos Fidélis. (org.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história** – Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010, (p.313-323)

PRONKO, Marcela; et al. **A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e no Mercosul.** Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

PRONKO, Marcela; DANTAS, André. **Estado e dominação burguesa: revisitando alguns conceitos.** IN: STAUFFER, Anakeila de Barros (org.). **Hegemonia burguesa na educação pública: problematizações no curso TEMS (EPSJV/PRONERA).** Rio de Janeiro: EPSJV,

2018. (p.73-96). Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/tems_site.pdf>. Acesso em 14 fev. 2019.

RAMOS, Marise Nogueira. **A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2006.

_____, Marise Nogueira. **Pedagogia das Competências**. IN: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed.rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. (p.299-305). Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>>. Acesso em 20 dez.2018.

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

_____, Marise Nogueira. **A pedagogia das competências a partir das reformas educacionais dos anos de 1990: relações entre o (neo)pragmatismo e o (neo)tecnicismo**. IN: ANDRADE, Juarez de; PAIVA, Lauriana G. de. (orgs). **As políticas públicas para a educação no Brasil contemporâneo: limites e contradições**. Juiz de Fora: Ed.UFJF, 2011. (p.56-71).

_____, Marise Nogueira. **Projetos de desenvolvimento no Brasil contemporâneo e desafios para a educação profissional na saúde**. IN: BRAGA, Ialê Falleiros Braga (org.). **O trabalho e mundo contemporâneo: fundamentos e desafios para a saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2016. (p.201-217).

RICARDI, Luciani Martins; et al. **As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde**. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe3, p. 155-170, set. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000700155&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 set. 2018.

ROCHA, Décio; DEUSDARA, Bruno. **Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória**. Alea, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.305-322, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-106X2005000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 jan. 2019.

ROCHA, Flávia Rebecca Fernandes; MACÁRIO, Eptácio. **O impacto da EC 95/2016 e da PEC 287/2016 para a Previdência Social brasileira**. Revista SER Social, Brasília, v. 18, n. 39, p. 444-460, jul/dez./2016.

SADER, Emir. **Notas sobre a Globalização Neoliberal**. IN: MATTA, Gustavo Corrêa (org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ EPSJV, 2008. (p.35-47)

SAITO, Danielle Yuri Takauti et al. **Usuário, cliente ou paciente?: qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem?**. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 22, n.1, p. 175-183, mar. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 dez. 2018.

SANDRONI, Paulo. **Novíssimo Dicionário de Economia**. São Paulo: Editora Best Seller, 1999.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro. **A ordenação da formação de recursos humanos e a universalização do acesso às ações e serviços de saúde no SUS**. In: Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania. Biblioteca Virtual em Saúde – BVS. nov. 2012. Disponível em: <<http://blogs.bvsalud.org/ds/2012/11/12/a-ordenacao-da-formacao-de-recursos-humanos-e-a-universalizacao-do-acesso-as-aco-es-e-servicos-de-saude-no-sus/#1>>. Acesso em 25 ago. 2017.

SANTOS, Lenir. **A Dupla Porta no SUS**. Centro Brasileiro de Estudos da Saúde/CEBES. 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2014/04/a-dupla-porta-no-sus/>>. Acesso em 01 mar.2018.

_____, Lenir. **A natureza jurídica pública dos serviços de saúde e o regime de complementaridade dos serviços privados à rede pública do Sistema Único de Saúde**. Saúde debate [online]. 2015, vol.39, n.106, pp.815-829. ISSN 0103-1104.

SANTOS FILHO, João Ribeiro dos. **Financiamento da educação superior privado-mercantil: incentivos públicos e financeirização de grupos educacionais**. Belém, 2016. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Belém, 2016.

SANTOS, Isabela Soares; et al. **Mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: realidade e futuro do SUS**. IN: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial**. volume 4 / Fundação Oswaldo Cruz... [et al.] — Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. p.73-131.

SARRETA, Fernanda de Oliveira. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

SAVIANI, Demerval. **Escola e Democracia**. Campinas, São Paulo: Autores Associados, 2008.

SAYD, Jane Dutra; et al. **Recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992)**. Physis, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p. 165-195, dez. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311998000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 set. 2018.

SCOPINHO, Rosemeire Aparecida; ROSSI, Anadélia. **Entre a caridade, a filantropia e os direitos sociais: representações sociais de trabalhadoras do care**. Estud. psicol. (Campinas), Campinas, v. 34, n. 1, p. 75-85, mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2017000100075&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 abr. 2018.

SEIXAS, Pablo Sousa et al. **Projeto Pedagógico de Curso e formação do psicólogo: uma proposta de análise**. *Psicol. Esc. Educ.*, Maringá, v. 17, n. 1, p. 113-122, junho, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572013000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 mai. 2018.

SESTELO, José Antonio de Freitas et al. **Saúde suplementar no Brasil: revisão crítica da literatura de 2000 a 2010**. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v.38, n.102, p.607-623, set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000300607&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 fev. 2019.

SESTELO, José Antônio de Freitas et al. **A financeirização das políticas sociais e da saúde no Brasil do século XXI: elementos para uma aproximação inicial**. *Econ. soc.*, Campinas, v. 26, n. spe, p. 1097-1126, dec. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-06182017000401097&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 abr. 2018.

SHAMIR, Ronen. **The Age of Responsibilization: On Market-Embedded Morality**. *Economy and Society*, v.37, n.1, p.1-19, 2008.

SILVA, Hudson Pacífico; VIANA, Ana Luísa d'Ávila. **O financiamento do Sistema Único de Saúde no Brasil, gasto em saúde e as modalidades para sua racionalização**. IN: IBAÑEZ, Nelson et al. (org). **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011.

SINGER, André. **Os sentidos do lulismo: reforma gradual e pacto conservador**. São Paulo: Companhia das Letras, 2012, Kindle Edition (não paginado).

SINGER, Paul. **Poder, política e educação**. *Revista Brasileira de Educação*, 1: 5-15, 1996.

SOUZA, Celina. **Políticas públicas: uma revisão da literatura**. *Sociologias*, Porto Alegre, n.16, p.20-45, Dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222006000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 fev. 2019.

STHAL, Hellen Cristina; et al. **Concepções de homem, sociedade e mundo do trabalho em projetos de formação de cursos na área da saúde**. *Anais da 38ª Reunião Nacional da ANPED, 2017 – UFMA – São Luís/MA*. Disponível em: <http://anais.anped.org.br/sites/default/files/arquivos/trabalho_38anped_2017_GT09_556.pdf>. Acesso em 09 fev. 2019.

TEIXEIRA, Sandra Oliveira. **Por trás do fundo menos público, o que está em jogo é a democracia**. BEHRING, Elaine Rossetti; et al. (orgs). *Financeirização, fundo público e política social*. São Paulo: Cortez, 2012. (p.243-260).

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

UGÁ, Maria Alicia D.; MARQUES, Rosa Maria. **O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos**. IN: LIMA, Nísia Trindade (org). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. (p.193-233).

VARELLA, Thereza Christina Mó Y Mó Loureiro. **Formação Profissional**. LIMA, Júlio César França (org). Dicionário de empresas, grupos econômicos e financeirização na saúde. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2018. (p.209-213)

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. **Em torno do conceito de política social: notas introdutórias**. 2002. Disponível em: <<http://antigo.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fMariaLucia1.pdf>>. Acesso em 14 fev. 2019.

VICENTE, MM. História e comunicação na ordem internacional. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/b3rzk/pdf/vicente-9788598605968-08.pdf>>. Acesso em 22 jul.2019.

VIDAL, Marina Valéria. **Pressupostos políticos-ideológicos e características do “terceiro setor” no âmbito das Políticas Sociais na Argentina**. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Serviço Social, 2006.

VILLARDI, Marina et al. **A metodologia da problematização no ensino em saúde: suas etapas e possibilidades**. In: **A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e discentes** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015. (p. 45-52). Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/dgjm7/pdf/villardi-9788579836626-05.pdf>>. Acesso em 26 dez. 2018.

VIOLIN, Tarso Cabral. **A Sociedade Civil e o Estado Ampliado**, por Antonio Gramsci. Revista Eletrônica do CEJUR, [S.l.], dez. 2006. ISSN 1981-8386. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/ceju> ps://revistas.ufpr.br/cejur/article/view/14846/9966>. Acesso em: 14 fev. 2019.