

# *Escola Politécnica de Saúde: uma utopia em construção*

*André Paulo Malhão*

*Bianca Antunes Cortes*

*Júlio César França Lima*

Documento-base elaborado pela Comissão de Redação do Politécnico, composta por André Paulo Malhão, Bianca Antunes Cortes e Júlio César França Lima, distribuído previamente aos expositores Dermeval Saviani, Mirian Jorge Warde, Nilda Alves e Zaia Brandão, e aos participantes do seminário Choque Teórico I, realizado no Politécnico da Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, nos dias 2, 3 e 4 de dezembro de 1987.

15	<i>Introdução</i>
16	<i>Falando sobre saúde</i>
25	<i>Buscando uma alternativa</i>
31	<i>Construindo o caminho</i>
36	<i>Referências bibliográficas</i>

## *Introdução*

O Politécnico de Saúde Joaquim Venâncio (PSJV) foi instituído em agosto de 1985, sendo o órgão da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) responsável pela formação de profissionais de nível médio e elementar na área de saúde.

Desde a sua criação, o Politécnico dedicou-se à elaboração de programas e projetos com o intuito de aperfeiçoar, treinar e/ou qualificar profissionais que atuam ou venham a atuar em serviços de saúde, principalmente da rede pública (municipal, estadual ou federal).

Dentre os vários programas e projetos criados e já em andamento, destacamos, neste documento, o projeto de criação da Escola Politécnica, que corresponde ao estabelecimento do curso regular de segundo grau, com o objetivo de qualificar técnicos em determinadas especialidades do setor saúde.

O conjunto de profissionais do Politécnico vem se dedicando intensamente a esse projeto, cuja implantação, acreditamos, consolidará plenamente o Politécnico como uma escola politécnica de saúde, assegurando seu espaço de atuação internamente na Fiocruz, em particular, e na área da saúde, em geral.

A fim de elaborar o projeto e concretizar o seu objetivo, desenvolvemos estudos e discussões no decorrer deste ano. Nesse processo, dedicamo-nos, também, à leitura de questões afins, especialmente sobre a articulação entre escola e trabalho – o que foi uma experiência nova, visto que a maioria dos profissionais do Politécnico tem formação profissional no setor saúde. As dificuldades foram surgindo – e ainda surgem – e sentimos necessidade de buscar a ajuda de educadores para compreendê-las e, se possível, superá-las, conforme procuramos registrar aqui.

Para debater com especialistas da área de educação o nosso projeto, ou seja, suas propostas teórico-metodológicas, preparamos o seminário Choque Teórico. Com vistas ao sucesso do seminário, elaboramos o presente documento, que servirá de eixo para os debates. De maneira nenhuma o consideramos completo, sem lacunas, muito pelo contrário. Porém acreditamos que as questões centrais que desejamos debater estão minimamente, às vezes talvez implicitamente, apresentadas, de modo que o documento nos pode servir como um bom roteiro para nortear as discussões.

Em sua primeira parte, há uma caracterização do setor saúde hoje, assim como um breve histórico ressaltando a política de recursos humanos para o setor. Também estão descritos os objetivos e o processo de desenvolvimento do Politécnico.

Na segunda parte é sintetizada a história do ensino profissionalizante no Brasil, particularmente no que se refere à dicotomia entre as disciplinas de formação geral e específica. Nessa mesma parte, apresentamos as bases com as quais acreditamos conseguir construir a Escola Politécnica de Saúde.

Por fim, na terceira parte, abordamos os passos que, em nossa visão, devem ser observados na construção desta escola, ou seja, nossa reflexão sobre as orientações metodológicas a serem seguidas.

Gostaríamos de manifestar aqui nossos agradecimentos a três pessoas que, de diferentes formas, ajudaram-nos a pensar e a elaborar este documento: Gaudêncio Frigotto, Marisa Barbieri e Joaquim Alberto Cardoso de Melo. Ressaltamos, porém, que as falhas ou as lacunas são de responsabilidade da comissão de redação.

## *Falando sobre saúde*

As diretrizes políticas adotadas pelo modelo socioeconômico do período pós-1964 contribuíram decisivamente para delinear o atual sistema de saúde no Brasil. O setor sofreu grandes modificações que o tornaram, rapidamente, um campo atraente para os investimentos capitalistas.<sup>1</sup>

A fragmentação do ato médico em diversas especialidades e a sofisticação dos instrumentos de diagnóstico e dos meios terapêuticos foram mudanças fundamentais que colaboraram para substituir a prática médico-liberal anterior por uma prática médico-hospitalar, sustentada na formação das empresas médicas, as quais assumiram a hegemonia do setor.

A criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1969, unificando os antigos institutos de aposentadoria e pensões, significou uma intervenção do Estado visando enfrentar, de um lado, o encarecimento do ato médico e, de outro, a crescente pressão da população economicamente ativa no sentido de ampliar e melhorar os serviços de saúde. Isso, porém, longe de representar maior presença dos

<sup>1</sup> O modelo socioeconômico pós-1964 se caracterizou pela penetração e expansão do capital estrangeiro e pela concentração de renda nas classes sociais hegemônicas. Tal modelo determina, para o setor saúde, um distanciamento entre “assistência médica” e “saúde pública”, priorizando a primeira e articulando-a com a expansão do mercado externo, voltado para a sofisticação da prática médica, principalmente mediante o desenvolvimento de indústrias de equipamentos e medicamentos e de uma rede privada de assistência. Para maiores detalhes, ver Bodstein, 1987 e, principalmente, o trabalho de Oliveira e Teixeira, 1986.

interesses públicos, traduziu-se de fato numa ampliação da participação das empresas privadas de saúde nacionais e estrangeiras, beneficiando diretamente as indústrias multinacionais de medicamentos e equipamentos, interessadas na ampliação do mercado consumidor.

A centralização num único instituto permitiu maiores recursos financeiros e definiu o poder de decisão na área da saúde, fortalecendo a previdência e, em contrapartida, fragilizando o Ministério da Saúde, que ao longo do tempo teve sua participação no orçamento da união cada vez mais reduzida. A expansão da previdência social culmina com a criação, em 1974, do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), estando já nesse momento bem assentados os rumos que o setor saúde veio assumindo, ou seja, capitalização acelerada, expansão do setor empresarial privado com privilégio da assistência médico-hospitalar e uso intensivo de tecnologia.

A Lei do Sistema Nacional de Saúde (lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975) formalizou os limites entre a atenção à saúde dos indivíduos em: ações lucrativas, capitaneadas pelo setor privado, destinadas às populações economicamente ativas; e ações de saúde coletiva, não lucrativas, destinadas às populações marginalizadas, executadas diretamente pelo Estado, por meio do complexo formado pelo Ministério da Saúde/secretarias de Saúde.

Mendes (1986) diz que tal sistema, fundado na lógica do lucro, mostra-se hoje ineficiente, ineficaz e desigual, apresentando como consequências:

- desigualdade no acesso aos serviços;
- inadequação à estrutura de necessidades da população;
- baixa produtividade dos recursos;
- crescimento incontrolável dos custos;
- qualidade insatisfatória dos serviços;
- inadequada estrutura de financiamento;
- ausência de integralidade da atenção;
- multiplicidade e desintegração institucionais;
- excessiva centralização;
- ineficiência social:
  - 7 milhões de chagásicos;
  - 6 milhões de esquistossomóticos;

- 500 mil hansenianos;
- 1.200 mil acidentes de trabalho por ano;
- 400 mil casos/ano de malária;
- 40 milhões de desnutridos.

No caso específico da formação de recursos humanos, esse sistema contribuiu para que a década de 1970 tenha-se notabilizado pela maciça participação de categorias polares, como médico e atendente. De acordo com Médici, em 1977, essas duas categorias representaram 67,5% do total de postos de trabalho em saúde, conforme dados expostos abaixo na tabela 1. Avalia-se que a utilização em massa do atendente como um dos polos da pirâmide ocupacional do setor inibiu o desenvolvimento de estratégias mais arrojadas de formação de mão de obra específica (auxiliares e técnicos) em nível de segundo grau. Dado que, em média, 70% dos recursos públicos para a assistência médica foram repassados ao setor privado na década de 1970, não havia nenhum estímulo à formação de um grande contingente de profissionais qualificados de nível médio, com vistas a integrar as equipes hospitalares e para-hospitalares. A lógica do setor privado foi sempre rebaixar os salários dos profissionais de menor qualificação. Daí, a ênfase na utilização dos atendentes e o descaso pelos profissionais qualificados de nível médio (Médici, 1986).

**TABELA 1**  
Distribuição e crescimento anual\* do emprego  
em saúde para categorias típicas: Brasil 1977-1984

CATEGORIAS PROFISSIONAIS	1977		1978		1979		1980	
	ABS	Δ%	ABS	Δ%	ABS	Δ%	ABS	Δ%
Médicos	116.460	10,2	127.305	9,3	132.882	4,3	146.091	9,9
Odontólogos	12.794	9,0	14.082	10,0	15.526	10,2	16.696	7,5
Enfermeiros	12.107	-1,0	13.104	8,2	13.342	1,8	15.158	13,6
Téc. Laboratórios	5.412	7,2	7.509	38,7	8.092	7,8	9.458	16,9
Aux. Enfermagem	49.485	12,0	53.583	8,3	59.257	10,6	64.227	8,4
Atendentes	140.273	13,1	158.241	11,3	166.660	5,3	176.891	6,1
Total de empregos **	380.189	9,7	418.387	10,0	444.763	6,3	482.105	8,4

(cont.)

CATEGORIAS PROFISSIONAIS	1981		1982		1983		1984	
	ABS	Δ%	ABS	Δ%	ABS	Δ%	ABS	Δ%
Médicos	155.877	6,7	171.649	10,1	180.399	5,1	194.152	7,6
Odontólogos	19.464	16,5	22.212	14,1	23.053	3,7	25.078	8,8
Enfermeiros	16.144	6,5	18.047	11,8	19.592	8,5	21.766	11,1
Téc. Laboratórios	12.508	32,2	14.660	17,2	15.242	3,9	15.997	5,0
Aux. Enfermagem	73.739	14,8	85.210	15,5	89.899	5,5	100.034	11,3
Atendentes	175.544	-1,0	179.818	2,4	177.935	-1,0	184.723	3,8
Total de empregos **	512.299	6,3	555.140	8,4	576.127	3,7	646.713	12,2

Fonte: IBGE, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, 1977 a 1984. Texto extraído de: MÉDICI, A. Cezar. Emprego em saúde na conjuntura recente: lições para a reforma sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, out.-dez. 1986.

\* Excluí os empregos das categorias não identificadas, que aparecem como “outros”, de nível superior, médio e elementar. Não corresponde à soma das categorias especificadas acima.

\*\* O crescimento anual (Δ%) é dado em relação ao ano anterior.

No entanto, a partir de 1984, começaram a se esboçar modificações na composição interna das equipes de saúde, seja em função das necessidades de expansão da rede ambulatorial, seja em decorrência do baixo nível de qualidade do atendimento prestado nos hospitais. Os médicos e atendentes representavam, naquele ano, 58,4% dos empregos definidos, mas a principal alteração ocorrida no período de 1973 a 1984 foi o aumento da participação dos profissionais de nível médio, que passaram a representar 27,3% do total de empregos das equipes de saúde em 1984, enquanto em 1978 representavam apenas 18,4%. No entanto, é importante chamar atenção para o fato de que essas mudanças ocorreram, fundamentalmente, no setor público. Os estabelecimentos privados com internação, especialmente os não lucrativos (benéficos e filantrópicos), continuaram empregando mais da metade de seu contingente em empregos/postos de nível elementar, conforme os dados da tabela 2.

**TABELA 2**  
 Distribuição percentual dos empregos de profissionais de saúde por  
 natureza e regime de internação, segundo o tipo de profissionais:  
 Brasil 1978-1984

ANO E TIPO DE PROFISSIONAL	COM INTERNAÇÃO			SEM INTERNAÇÃO			TOTAL
	Público	Privado LUCRAT.	Privado NÃO LUCRAT.	Público	Privado LUCRAT.	Privado NÃO LUCRAT.	
1978							
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
nível superior	32,9	31,8	26,0	42,7	61,5	61,5	34,5
nível médio	25,8	16,1	16,9	14,5	16,6	12,3	18,4
nível elementar	41,3	52,1	57,1	42,8	21,9	26,2	47,1
1982							
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
nível superior	25,7	25,7	20,5	53,1	53,1	53,1	28,5
nível médio	28,5	23,9	24,7	21,2	21,2	21,2	25,2
nível elementar	44,6	62,2	54,8	25,7	25,7	25,7	46,3
1984							
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
nível superior	26,6	27,6	21,9	36,4	52,8	51,3	29,8
nível médio	31,5	25,6	26,3	25,1	26,0	25,3	27,3
nível elementar	41,9	47,1	51,8	38,5	21,2	23,4	42,9

Fonte: IBGE, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, 1977 a 1984. Texto extraído de: MÉDICI, A. Cezar. Emprego em saúde na conjuntura recente: lições para a reforma sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, out.-dez. 1986.

A formação dos recursos humanos de nível médio e elementar sempre esteve a cargo das instituições responsáveis pela prestação de serviços, via treinamento, a partir de suas necessidades específicas, e por intermédio de iniciativas isoladas, não pressupondo, por isso mesmo, a profissionalização integral. Historicamente, os profissionais formados pelo sistema educacional não atendem às reais necessidades do setor saúde, visto que a formação é distorcida e divorciada da prática desenvolvida nos serviços. Isso resulta do fato de que

[...] o ensino profissionalizante de segundo grau, universalizado pela lei nº 5.692/71, tem proporcionado, na maioria das vezes, qualificação insatisfatória em face das competências exigidas de tais categorias para a assistência à saúde. A inadequação decorre de uma séria de dificuldades encontradas na aplicação daquela lei, consideradas insuperáveis por alguns educadores. De um lado, verifica-se uma persistente desarticulação entre as unidades de formação e as de prestação de serviço [...] e por outra parte, muitas escolas têm enfrentado inúmeros obstáculos na adoção de algumas habilitações mais agudamente exigidas pelas instituições de serviço, em razão da magnitude dos investimentos em recursos físicos, da escassez de pessoal docente qualificado e da multiplicidade de experiências práticas necessárias à integralização do currículo. (Brasil, 1982)

O aumento na participação de profissionais de nível médio nas equipes de saúde contou com a contribuição do Projeto Larga Escala (por acordo interministerial entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação, o Ministério da Previdência e Assistência Social, e a Organização Pan-Americana da Saúde), que implantou um programa de qualificação profissional, por via supletiva, para esses quadros já absorvidos pela rede de serviços do país.

No final da década de 1970 e início da década de 1980, a organização do atual sistema de saúde começou a ser duramente combatida pelas forças oposicionistas, explicitando a falência financeira da Previdência Social na época, o baixo nível de saúde da população brasileira e a incompetência da rede de serviços básicos de saúde em termos de resolutividade.

Alternativas para a reorganização do setor começam a ser apontadas, fundamentando-se principalmente na expansão da cobertura por meio dos serviços básicos de saúde e da participação comunitária. Dentre essas experiências, podemos destacar o Programa de Interiorização de Ações de Saúde (Piass), implantado em algumas regiões do país; o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), que não chegou a ser implantado, mas que funcionou como agilizador das discussões sobre saúde; a criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp), que propôs a implantação das Ações Integradas de Saúde; e, atualmente, a proposta da Reforma Sanitária.

Essa proposta, segundo Mendes (1986), admite três referenciais doutrinários:

- o termo saúde expressa a qualidade de vida de uma população, num dado espaço e num dado momento;
- a saúde é um direito de cidadania e dever do Estado;
- a atenção primária tida como estratégia de reordenamento do setor saúde.

Se a saúde expressa as condições objetivas de vida de uma população, ela não pode ser reduzida a um conjunto de intervenções de natureza médica – preventivas, curativas ou reabilitadoras –, ofertadas pelos serviços de saúde. Deve ser entendida articuladamente com outros setores sociais, como os da educação, meio ambiente, previdência, emprego, habitação, alimentação e nutrição, lazer, esporte, terra e transporte.

Abriga, não se pode negar, um componente de serviços médicos, o qual deve ser tratado em suas especificidades, de modo a contribuir, com as necessárias modificações, para o incremento da qualidade de vida da população.

A Reforma Sanitária propugna a reformulação do atual Sistema Nacional de Saúde – voltado para a reprodução da força de trabalho e a mercantilização dos bens e serviços – mediante a criação de um Sistema Único de Saúde, que se estruturará exclusivamente em função da essencialidade de seus objetivos, qual seja, a melhoria da saúde de nossa população.

Defender que a saúde é um direito de cidadania significa reconhecer tacitamente o acesso de todos, em todas as regiões e sem discriminações, a um mesmo sistema de saúde, e como dever do Estado; significa a exigência dele como gestor público, o que requer, na prática, a aceitação do exercício pleno dos seus poderes normativos, fiscalizador, regulador, extrativo e coercitivo sobre o conjunto do Sistema Nacional de Saúde, de modo a redirecioná-lo para a melhoria da saúde do povo.

Por sua vez, entender a atenção primária como uma estratégia de reordenamento do setor saúde significa afetar todo o sistema de saúde e toda a população a que esse sistema supõe servir. Nega-se, assim, a concepção da atenção primária como um atendimento simples, de complexidade tecnológica e custos mínimos, voltado para setores marginais da sociedade.

Mendes (1986) diz que, alicerçada nesses pressupostos, a Reforma Sanitária dever-se-á fazer segundo o seguinte conjunto de princípios:

- unidade administrativa nas diversas instâncias governamentais;
- regionalização e hierarquização dos serviços;
- integralidade da atenção à saúde;
- descentralização das ações de saúde;
- redefinição das relações entre os setores público e privado;
- reorientação das políticas científicas e tecnológicas;
- controle social do sistema;
- reorientação das políticas de recursos humanos.

Foi com base nessas considerações que, em agosto de 1985, criou-se o Politécnico da Saúde Joaquim Venâncio, como unidade catalisadora do potencial existente na Fundação Oswaldo Cruz, pretendendo, de forma sistematizada e programada, formar e qualificar profissionais técnicos nas áreas de produção tecnológica, pesquisa biológica e serviços de saúde pública. A partir disso, esboçaram-se três modalidades de cursos:

- cursos voltados para o pessoal já absorvido pela rede de saúde, facultados por força de convênios com instituições do setor, que ofereceriam qualificações e, eventualmente, habilitações nas áreas acima referidas;
- cursos oferecidos segundo a demanda dos próprios serviços de saúde que em determinado momento enfrentem problemas específicos, necessitando respostas específicas;
- implantação do sistema formal de ensino (profissionalizante de segundo grau).

As duas primeiras modalidades de cursos compõem uma estratégia considerada emergencial ou alternativa, em face do reconhecimento da necessidade de reciclagem e treinamento do pessoal de nível médio e elementar – pessoal esse responsável, em última análise, por parte significativa do total das ações de saúde –, e principalmente diante do compromisso de extensão de cobertura dos serviços básicos de saúde e de implantação do sistema unificado de saúde (ver Fundação Oswaldo Cruz, 1985).

Assim é que, durante estes dois anos de atuação do Politécnico (1985-1987), várias frentes de trabalho foram desenvolvidas, tanto pela própria instituição – como os cursos de Manutenção de Equipamentos Básicos de Laboratório, Experi-

mental de Agente de Saúde em Alcoolismo, Auxiliar de Creche e o Projeto Fazendo e Aprendendo – quanto a partir de convênios com instituições nacionais e internacionais, entre os quais podemos citar o Curso de Formação de Agentes de Saúde Pública, junto da Secretaria Estadual de Saúde e Higiene (SESH/RJ) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef); o Curso de Registros Médicos e Estatística de Saúde, com a Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, do Ministério da Saúde, e a Organização Pan-Americana de Saúde (SNPES/MS/Opas); o Programa de Vocação Científica, com o Colégio de Aplicação da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (Uerj); o Curso Supletivo de Primeiro Grau, conveniado com o Centro de Capacitação da Fundação Centro Educacional de Niterói (Cecap/CEN); e o Projeto Educar, com a Fundação Educar e o Ministério da Educação e Cultura (MEC).

Deve-se registrar também que, logo no início de suas atividades, o Politécnico buscou responder à demanda interna da Fiocruz – com os cursos de Desenvolvimento de Secretárias, Iniciação Técnica em Processamento de Dados, Treinamento em Processamento de Textos/SPP e Supletivo de Primeiro Grau – e da comunidade de Mangueiras – Supletivo de Primeiro Grau –, ampliando assim a sua atuação.

Essas atividades, na realidade, serviram não só para consolidar o Politécnico enquanto unidade institucional, como também para identificar e fortalecer os seus vínculos com os setores da Fiocruz que potencialmente são campos de prática da Escola Politécnica de Saúde – vide o projeto Fazendo e Aprendendo, o Programa de Vocação Científica e o Supletivo de Primeiro Grau.

Durante esse período, sempre esteve presente o movimento para a estruturação da Escola Politécnica, para a construção de um novo projeto pedagógico que redefinisse a atual prática tecnicista, mecânica, a-histórica e acrítica, substituindo-a por uma prática que veja o homem em sua realidade concreta e histórica. Isso se materializou em dois sentidos: o primeiro, a partir dessa “entrada” nos diversos setores da Fiocruz; e o segundo, na criação de um espaço de discussão sobre educação (grupo de estudos) no interior do Politécnico, a partir de março de 1987, e nos contatos realizados com profissionais da área que refletem sobre o ensino de nível médio e elementar.

Em outras palavras, sempre esteve presente uma perspectiva de futuro em que as novas gerações de técnicos de nível médio não precisarão de ações emergenciais de capacitação, pois que sua formação será digna de um profissional, acoplando-se ao novo sistema formador, um programa eficiente de educação continuada, para sua permanente atualização (ver Fundação Oswaldo Cruz, 1985).

Esse processo de discussão interna e com os profissionais ratificou a preocupação de aprofundar a relação entre educação e trabalho e o significado de uma escola politécnica, o que culminou na realização de uma semana de estudos em julho de 1987. Essa semana de estudos permitiu ao grupo um salto qualitativo, pela identificação de uma série de deficiências conceituais e teóricas, gerando a necessidade de melhor se apreenderem categorias como “trabalho”, “homem”, “Estado”, “hegemonia” etc., a fim de que se pudesse avançar na discussão da formação politécnica.

Não se trata apenas de criar mais uma escola profissional, nem de dar conta da incapacidade do sistema formal de educação aproveitando o potencial e a tradição da Fiocruz, mas, fundamentalmente, de construir um espaço de criação, de questionamentos, de crítica e de produção intelectual e material, espaço esse que permita ultrapassar a visão reificante do trabalho – o trabalho tido como coisa, objeto, mercadoria –, percepção que o iguala à mera ocupação, emprego, função, tarefa. Antes, é preciso vê-lo como

[...] uma relação social fundamental que define o modo humano de existência, e que enquanto tal não se reduz à atividade de produção material para responder à reprodução físico-biológica (mundo da necessidade), mas envolve as dimensões sociais, estéticas, culturais, artísticas, de lazer etc. (mundo da liberdade). (Frigotto, 1987, p. 80)

## *Buscando uma alternativa*

Antes de explicitar os fundamentos em que se baseia o projeto da Escola Politécnica de Saúde na Fiocruz, consideramos importante relatar sinteticamente o desenvolvimento histórico do ensino profissionalizante no Brasil. Ressaltamos que

este diminuto histórico está apoiado principalmente no ensino técnico industrial, que é considerado o de maior influência na determinação de ações governamentais e legislativas.

Em quase todos os ramos da economia, o ensino profissional/técnico começou a se realizar de maneira formal e regulamentada a partir da década de 1940. Por um lado, o processo de aceleração da industrialização no país – em grande parte decorrente da Segunda Guerra Mundial – e, por outro lado, as peculiares características centralizadoras do Estado Novo foram fatores determinantes da crescente criação e regulamentação de cursos regulares profissionalizantes, que tomam grande impulso na época. Anteriormente, o aprendizado profissional de nível técnico se dava basicamente mediante a relação mestre–aprendiz. Tratava-se de uma educação não formal, que ocorria nos locais de trabalho, em praticamente todos os setores da economia.

Até a década de 1960, o número de alunos matriculados em cursos técnicos, como também o número de cursos existentes, cresceu enormemente, *grosso modo* acompanhando o processo de industrialização do país. Em grande parte desses cursos, o ensino era considerado como de excelente qualidade, e a maioria dos alunos que os procurava pretendia uma boa preparação para o ingresso no sistema universitário. Uma característica fundamental desses cursos técnicos era o ensino de qualidade nas disciplinas de formação geral (propedêutica), pois sem isso não seria possível aos alunos obter êxito nas provas de seleção para o ingresso no ensino superior. A demanda para o sistema universitário foi progressivamente aumentando, os segmentos médios da sociedade almejando o diploma de graduação como forma de ascensão e/ou manutenção do *status* social.

O movimento golpista vitorioso em 1964, apoiado em grande parte pela camada média da sociedade brasileira, modificou a orientação econômica do país. A necessidade de obtenção de graduação em nível superior de ensino para ascensão social tornou-se imprescindível, pois a monopolização da economia fez que as profissões mais cobiçadas fossem as que demandavam especialização, no mínimo, em nível superior. No campo educacional verificaram-se contundentes modificações em decorrência desses fatores.

Em 1968, quando a lei nº 5.540 instaurou a reforma universitária, conseguiu-se, em certa medida, ampliar o número de vagas no sistema universitário. Essa ampliação deveu-se mais à criação de instituições de ensino superior privadas (IESs), do que ao aumento de vagas em IESs públicas.

Porém o aumento de vagas no sistema universitário não seria suficiente para atender à demanda cada vez maior, e mesmo que o fosse, não se resolveria o problema da ocupação do enorme contingente saído das universidades no mercado do trabalho. O regime militar procurou, então, solucionar essa questão, promovendo uma reforma no primeiro e segundo grau com a lei nº 5.692/1971. A preocupação estava presente na lei, como nos relata Luiz Antônio Cunha:

Imaginava-se que a crescente demanda de ensino superior fosse devida ao conteúdo “geral” (isto é, não profissionalizante) do ensino médio, o que obrigava seus concluintes a procurarem naquele uma habilitação profissional. De modo que, se o ensino médio passasse a ter um conteúdo profissional, muitos estudantes não seriam obrigados a demandar escolas superiores (pois já teriam uma habilitação), enquanto outros, já trabalhando, teriam seu ímpeto diminuído pelo fato de poderem com mais tranquilidade financiar novas tentativas. Deste modo, a política educacional passou a atribuir ao novo ensino médio profissional uma função contenedora. (Cunha, 1980, p. 246)

A lei nº 5.692/1971 instituiu a universalização do ensino profissionalizante no segundo grau, tornando-o obrigatório em todas as instituições de ensino médio. Na citação acima podemos observar que a lei pretendia imprimir um caráter de terminalidade ao ensino de segundo grau.

No entanto, as escolas que atendiam ao segmento médio da sociedade brasileira não aderiram ao caráter profissionalizante em seus cursos de segundo grau. Como a lei favorecia a organização de cursos mais ou menos profissionalizantes, a maioria dos estabelecimentos de ensino privados “ajustou” seus currículos às exigências legais quanto à obrigatoriedade do ensino profissionalizante. Porém, essas escolas atendiam de fato aos desejos de seus alunos de uma preparação adequada ao ingresso no sistema universitário, privilegiando a formação geral em detrimento da formação específica.

As escolas públicas – que atendiam principalmente a segmentos de menor poder aquisitivo, inclusive os filhos da classe trabalhadora – tiveram que aderir integralmente às exigências legais, devido ao fato de estarem diretamente subordinadas ao Poder Executivo. Dessa forma, seus currículos privilegiaram as disciplinas de formação específica (ou especial), minimizando a importância da formação geral (ou propedêutica).

Com essa legislação se aprofunda a dicotomia entre a formação geral e a específica. Além do mais, atingiram-se somente os setores de menor poder aquisitivo, a clientela das escolas públicas, uma vez que as escolas particulares não efetivaram a obrigatoriedade do curso profissionalizante. Como uma das consequências desses fatos, podemos verificar que os alunos das escolas particulares conquistam vagas nas universidades públicas, e os das escolas públicas conseguem, quando muito, ingresso em instituições de ensino superior privadas. Ao lado disso, por não mais se privilegiar a formação geral, os alunos das escolas públicas de segundo grau apresentam-se cada vez mais despreparados em relação aos alunos oriundos das escolas privadas. Com a lei nº 7.044/1982, a obrigatoriedade de qualificação profissional no nível secundário deixa de existir, de fato já não existia, em quase todas as escolas privadas.

No cotidiano de nosso trabalho na Fiocruz com a formação de profissionais de nível médio e elementar para o setor saúde, podemos constatar que a qualificação profissional é desejo da classe trabalhadora, mas não intencionamos reproduzir o modelo de ensino profissionalizante existente na maioria das escolas médias do país. Acreditamos ser possível superar a dicotomia existente entre a formação específica e a geral, e é nesse sentido que desejamos construir uma escola politécnica de saúde na instituição, proporcionando ao aluno uma formação globalizante, em que ele se aproprie de conhecimentos específicos necessários ao trabalho técnico em saúde, como também dos demais conhecimentos sistematizados historicamente produzidos pela humanidade.

Consideramos que a dicotomia entre a formação especial e a formação geral é um falso dilema,

[...] partindo do pressuposto de que todas as formas de ação do homem (através das quais ele transforma a natureza, desenvolve-se

enquanto homem e, neste processo, cria a sociedade e faz a história, ao mesmo tempo em que é feito por ela) são trabalho, é possível afirmar que toda educação é educação para o trabalho e contém uma dimensão intelectual, teórica, e outra instrumental, prática. Ou seja, qualquer educação é educação para o trabalho, na medida em que ela interfere de algum modo nas formas de interação do homem com a natureza, com os outros homens e consigo mesmo. (Conselho Nacional de Pesquisa, 1985)

Entendemos que essa dicotomia existente no sistema educacional é mais um instrumento necessário à manutenção das atuais relações sociais em nossa sociedade. Ou seja, é uma dicotomia derivada da concepção ideológica da classe dominante em busca de se manter enquanto tal. Por esse motivo, a organização do sistema escolar reflete e reproduz o modo pelo qual se dá a divisão social e técnica do trabalho: uns são somente trabalhadores intelectuais, e outros, somente trabalhadores manuais.

Essa visão e concepção de organização escolar não interessa à classe trabalhadora, pois é a por meio dela que a classe dominante efetiva o controle da distribuição do saber. É assim que a classe dominante determina quem deve adquirir conteúdos do saber científico e tecnológico e quem só deve adquirir os conhecimentos necessários à instrumentalização profissional.

O que interessa à classe trabalhadora é uma educação integral, que efetue sua instrumentalização profissional e capacitação intelectual. Com essa formação educacional, o homem terá oportunidade de exercer o trabalho como condição de humanização e de transformação da sociedade.

Não se trata de negar a formação técnica do trabalhador. Pelo contrário, trata-se de não reduzir essa formação técnico-profissional a um esquema de adaptação à parcialização do processo trabalho, e de desenvolver de forma gradativa uma formação politécnica, formação que, ao mesmo tempo, prepare o aluno técnica e cientificamente para o domínio da *societas rerum* e capacite-o como cidadão para participar ativa e criativamente na construção da *societas hominum* (Frigotto, 1984, p. 211).

Essa formação politécnica nos parece a única forma pela qual poderemos superar a dicotomia ente formação geral e especial, superação imprescindível ao sucesso dos objetivos por nós almejados. Desse modo, acreditamos estar educando o

trabalhador como é de seu direito, e não o adestrando para o trabalho, como desejam as instituições empregadoras. A apropriação do saber científico e tecnológico pelo conjunto dos trabalhadores é uma conquista de sua classe que contribuirá para a transformação da sociedade em favor de seus interesses, portanto contrária aos interesses do capital.

Compreendemos que é o trabalho humano o eixo em torno do qual devemos pensar e construir a Escola Politécnica porque é pelo trabalho que o homem produz o conhecimento científico e tecnológico. É pelo trabalho que o homem propiciou o desenvolvimento econômico, social e político das sociedades, num processo que, ao mesmo tempo, o modifica e é por ele modificado.

Entendemos, assim, que politecnicia significa a formação integral do indivíduo, propiciando-lhe a apropriação do saber historicamente elaborado pela humanidade por meio do trabalho, a competência técnico-instrumental necessária ao cumprimento de funções no trabalho e a possibilidade de construir uma visão crítica e engajada na transformação das relações sociais do mundo em que está inserido.

As características do setor saúde, para o qual a escola propõe formar técnicos, são favoráveis à obtenção de resultados positivos quanto aos objetivos traçados. Isso se deve ao caráter eminentemente social do setor, mesmo que esse seja na maioria das vezes reduzido ao assistencialismo. Tal caráter é ainda mais significativo quando observamos que a proposta da Reforma Sanitária traz no bojo de suas formulações a ampliação do conceito de saúde, concebendo-a, conforme já dito, como um processo resultante das condições de vida, no qual a atenção à saúde, por sua vez, não se restringe à assistência médica, mas diz respeito a todas as ações de promoção, prevenção e recuperação.

O caráter abrangente do que entendemos por saúde nos permitirá trabalhar, a partir desse aspecto, o estudo da sociedade como um todo. Certamente isso será uma necessidade programática em nosso curso técnico-profissionalizante, e deverá estar presente em todas as disciplinas componentes do currículo da Escola Politécnica de Saúde.

A qualidade de vida da população é certamente uma questão na ordem do dia e, de mais a mais, polêmica. Casos recentes, como a contaminação por radioatividade em Goiânia, ou os problemas permanentes, como a poluição dos rios e

a contaminação dos alimentos por agrotóxicos, ou ainda a existência de doenças incuráveis e transmissíveis, como a Aids, estão inquietando a população. Um técnico que trabalhe no setor saúde não pode ficar alheio a essas questões (e mesmo que quisesse, não conseguiria), como também não deve entendê-las como dissociadas entre si, nem das demais dimensões da realidade social. Tais questões estão diretamente associadas ao modo de produzir a sociedade, a cultura, a política etc.; trabalhar com elas requer que se procure entender o conjunto das relações sociais, que se estudem os determinantes dos problemas existentes.

Outra característica do setor saúde que nos parece favorecer a consolidação da proposta de politecnicidade em nosso futuro curso regular é a sua diversificação de atividades, abrangendo diversos setores da economia. E nesse sentido a Fundação Oswaldo Cruz é um excelente exemplo. Na Fiocruz, encontramos órgãos responsáveis por produção (medicamentos e vacinas), outros responsáveis por pesquisa (científica e tecnológica), e outros pela prestação de serviços à população (medicina preventiva e curativa), além de órgãos destinados ao ensino (pós-graduação e nível médio). Por meio do próprio trabalho em saúde conseguimos observar as engrenagens e relações no modo de produção capitalista, resguardando-se as especificidades do setor saúde e da Fiocruz.

Na próxima parte, tentaremos esboçar alguns passos que consideramos necessários à consecução dos objetivos aqui apresentados – e que foram traçados sem qualquer pretensão de neutralidade.

## *Construindo o caminho*

Vale frisar que a ideia de implantar o Politécnico da Saúde Joaquim Venâncio na Fundação Oswaldo Cruz, como foi dito, não surgiu da preocupação de substituir ou suprir as deficiências da rede formal de ensino, embora tenhamos a pretensão de nos apresentar como modelo de organização e realização de uma escola pública de segundo grau, exitosa e destinada às camadas populares. O princípio primeiro era que, aquilo que fazemos bem feito, temos condições de reproduzir. Soma-se a isso o fato de que, no Brasil, raros são os cursos que se propõem a formar técnicos de alto nível na área de saúde, sendo esse um filão com o qual poderíamos contribuir.

Embora uma das áreas de atuação da Fiocruz seja o ensino, esse só tem ocorrido de forma sistematizada em termos de pós-graduação, visto que os ensinos médio e elementar se dão mais informalmente, desde os tempos do Oswaldo, mediante o que convencionamos chamar de relação mestre–aprendiz. Como resultado, frequentemente nos defrontamos com críticas e questionamentos em relação ao fato de que ora os cursos privilegiam o enfoque teórico-social, em detrimento das técnicas, ora privilegiam as técnicas, sem a reflexão sobre o contexto social em que se inserem.

Organizar e sistematizar um curso regular de nível médio, que capacite os alunos a executar determinada técnica com competência e que, durante o processo de formação, ofereça-lhes condições de adquirir uma compreensão crítica da organização do setor em que irão atuar tornou-se o nosso desafio. Quais os caminhos para construirmos uma escola de segundo grau na qual a prática não seja vista como uma atividade estanque, divorciada das aulas teóricas; em que não ocorra desvinculação entre o saber e a prática, entre o trabalho manual e o trabalho intelectual? Como construir uma escola que privilegie o acesso das camadas populares e que permita aos alunos terem, ao final do curso, o domínio do acervo de conhecimentos historicamente sistematizado, da mesma forma que os filhos das classes dirigentes, tendo condições de competir no mercado de trabalho e de questionar a ordem social estabelecida? Que critérios utilizar para selecionar os profissionais que atuarão nesta escola? Como organizá-la administrativamente? Como elaborar seu segmento? O que privilegiar no currículo? Como construir os critérios de avaliação? Etc., etc.

As tantas interrogações e a consciência das dificuldades advindas de outras experiências mostram-nos que nem sempre é muito fácil passar adiante aquilo que sabemos, ou imaginamos saber. Por conta disso, acreditamos que a estratégia mais correta a ser utilizada é a construção de um caminho entre as condições dadas e a escola imaginada, esperando ter sabedoria suficiente para distinguir os momentos certos de escolher os atalhos ou os percursos mais longos. Hoje, dadas as características da atual presidência da Fiocruz, contamos com aquilo que consideramos o primeiro dos compromissos para a execução de um projeto desse porte: vontade e condições políticas.

Imaginamos uma escola funcionando em horário integral, na qual o aluno terá liberdade de circular pelo *campus* da Fiocruz, frequentar as oficinas, laboratórios e

bibliotecas, bem como participar das atividades desenvolvidas pelo núcleo cultural da fundação. Pretendemos trabalhar com a infraestrutura já existente, seja no que diz respeito a recursos materiais (refeitório, laboratórios, oficinas etc.), ou a recursos humanos (professores, pesquisadores e outros).

Entendemos que a formação de profissionais em nível de segundo grau será uma das atividades desta instituição, mas não a única e principal. Assim, propomo-nos a oferecer um número de vagas que não seja superior a trinta por turma.

O *campus* da Fiocruz será o espaço de trabalho dos alunos, visto entendermos que a relação entre ensino e trabalho, entre conhecimento e atividade prática, deve ser tratada de modo mais explícito no segundo grau (Saviani, 1986a). Nesse sentido, estamos apostando num caminho em que a articulação entre os conteúdos específicos e os conteúdos gerais aconteça de forma mais dirigida, ou seja, que a partir dos conteúdos específicos se chegue aos gerais e à correlação entre ambos. Que não se limite o significado de trabalho à execução de tarefas para o desempenho desta ou daquela profissão, mas que ele seja concebido como um processo que traduz e/ou determina a relação do homem com a natureza e com os outros homens, que o trabalho seja compreendido como fundamento do conhecimento e da conscientização, e, conseqüentemente, como *possibilidade* de transformação daquelas relações. Conseguir na prática tais articulações entre geral e específico, educação e trabalho implica operar com um universo de variáveis, que apresenta no mínimo três pontas: professores da educação geral, professores dos conhecimentos específicos e alunos – o que certamente irá demandar um esforço, cujo resultado não poderá ser aferido em curto espaço de tempo.

Por não existirem nos quadros da Fiocruz profissionais habilitados a ministrar aulas de segundo grau, e em decorrência do decreto federal que proíbe a contratação de novos profissionais, estamos neste momento firmando um convênio com a Secretaria de Estado da Educação do Rio de Janeiro pelo qual ela se dispõe a ceder professores dos seus quadros para atuarem no Politécnico, a partir de março do próximo ano. O convênio nos permite, assim, responder pela educação geral. Importa ressaltar que o Politécnico participará do processo de seleção desses profissionais.

Entretanto, por desconhecermos a existência de outras tentativas de construção desse tipo de proposta no âmbito das escolas públicas (pelo menos no Rio de

Janeiro), e por considerarmos que não é suficiente a apresentação dessas intenções para que elas aconteçam na prática, imaginamos que os passos para a organização do currículo e para a articulação entre as disciplinas deverão ser dados no dia a dia da escola. Partindo do princípio de que os professores são suficientemente competentes no que concerne ao domínio de suas disciplinas e que tenham aceito o desafio de participar da construção desta escola, questionamos o seguinte:

- a realização de reuniões e seminários com o conjunto de professores para discutir metodologias de ensino é o caminho adequado para garantir a articulação entre as disciplinas?
- uma disciplina como a filosofia seria um instrumento eficaz para fazer essa “costura”?

Os profissionais do Politécnico hoje empenhados na implantação da escola não conseguiram chegar a um consenso a respeito dessas interrogações e suas respostas.

Como pretendemos trabalhar com as unidades e departamentos existentes na Fiocruz, iniciamos uma série de contratos a fim de “vendermos” a ideia e verificarmos as possibilidades de viabilização da proposta. Procuramos observar o interesse das diversas unidades em preparar um determinado tipo de profissional; a disponibilidade e o interesse dos profissionais em ministrar aulas e acompanhar os alunos; e a capacidade física do setor no que se refere ao número de alunos. Os contatos e as observações ainda não foram concluídos, mas já temos uma relação de cursos possíveis, como os de Técnico de Laboratório, Técnico em Administração Hospitalar, Técnico em Biotecnologia e Técnico de Produção de Vacinas.

Contudo, neste primeiro momento, não temos a intenção de fortalecer uma variedade muito grande de especialidades, porque isso dificultaria a execução da proposta nesta sua fase inicial. Além do mais, pelo fato de estarmos trabalhando com profissionais cuja atividade principal não é – nem pretendemos que seja – a docência, certamente não poderemos contar com a sua dedicação integral ao Politécnico e a seus alunos.

Temos a impressão de que, em sua maioria, esses profissionais não estão interessados em discutir filosofias educacionais, métodos de ensino ou a relação aluno–professor. Estão interessados, sim, em passar adiante aquilo que sabem e

fazem com competência, e, quem sabe, identificar durante o curso aqueles alunos que terão condições de trabalhar em sua linha de produção ou pesquisa. Isso nos remete à seguinte interrogação: para que os objetivos estipulados sejam alcançados, é fundamental o envolvimento desses profissionais nas discussões sobre a filosofia da escola?

No que se refere aos alunos, a primeira questão a ser abordada não pode ser outra senão a seleção. Como já foi dito anteriormente, pretendemos trabalhar com um grupo determinado da nossa sociedade: as camadas populares, não por defendermos a organização e a divisão das escolas em classes sociais, mas por constatarmos que essa divisão existe na prática e acreditarmos que o discurso da escola única no sistema capitalista, quando apropriado pelas classes dirigentes, é falacioso.

Por causa das características do papel institucional da Fiocruz, os limites da nossa atuação são bastante claros. Não pretendemos, nem poderíamos ser um modelo para o funcionamento da escola única no país em que sejam atendidas as reivindicações das classes trabalhadoras, o acesso ao ensino público, gratuito e de qualidade. Nossa pretensão é provar, na prática, que é possível oferecer um ensino de boa qualidade e formar profissionais oriundos dessas camadas, com competência e compromisso, técnico e político.

Como no atual sistema de educação, os filhos das camadas populares frequentam (quando conseguem) as escolas públicas, estamos estudando a possibilidade de oferecer as vagas aos alunos da rede pública municipal, por meio de um convênio com a Secretaria Municipal de Educação do Rio de Janeiro. Por ser de fundamental importância o êxito do projeto, e por não termos condições de, em curto espaço de tempo, suprir as deficiências do primeiro grau, não poderemos receber alunos cuja deficiência de conteúdos e conceitos seja tal que os impeça de acompanhar o curso. Assim, serão selecionados aqueles que no último ano do primeiro grau tenham alcançado o conceito mais alto.

De qualquer forma, para que os objetivos da escola sejam cumpridos, imaginamos que será necessário, no primeiro ano do curso, reforçar os conceitos aprendidos no primeiro grau. Não se reduz a isso, naturalmente, o objetivo desse primeiro ano, quando os alunos já deverão ter contato com as disciplinas (incluindo as atividades práticas) próprias às especialidades oferecidas – cuja opção deverá ser feita

a partir do segundo ano. O fato de que a turma estará dividida, em algumas aulas e atividades, durante o segundo e terceiro anos – neste último mais intensamente –, de acordo com a especialidade escolhida, não significa que ela será desmembrada, pois existirá um núcleo comum que perpassará os três anos do curso.

Será oferecida aos alunos uma bolsa de estudos, cujo valor não está estipulado, e que terá por objetivo facilitar o deslocamento dos mesmos até a escola e a manutenção do uniforme. Quanto à alimentação, até o início do próximo ano a Fiocruz terá um bandejão com capacidade suficiente para atender a seus funcionários e a esse novo grupo.

As pretensões estão lançadas. Mesmo conscientes de que o presente documento não poderia aprofundar todos os aspectos que envolvem o projeto, esperamos ter apresentado de forma clara nossas intenções, nossas dúvidas e a direção do caminho que pretendemos trilhar.

## *Referências bibliográficas*

ARROYO, Miguel G. A reforma na prática (a experiência pedagógica do mestrado da FAE/UFMG). *Educação e Sociedade*, São Paulo, n. 11, p. 106-132, jan. 1982.

\_\_\_\_\_. A escola possível é possível? In: \_\_\_\_\_ et al. *Da escola carente à escola possível*. São Paulo: Loyola, 1986. p. 11-53.

BODSTEIN, Regina C. de A. (org.). *História e saúde pública: a política de controle do câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: PEC/Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, 1982.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Recursos humanos para serviços básicos de saúde: formação de pessoal de níveis médio e elementar pelas instituições de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1982.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. *Relatório final*. Brasília, 13 a 17 de outubro de 1986. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

CONSELHO NACIONAL DE PESQUISA (CNPq). *Programa integrado de educação para o trabalho*. Brasília, 19 de novembro de 1985. (Mimeo.).

CUNHA, Luiz ANTÔNIO. *Política educacional no Brasil: a profissionalização no ensino médio*. 2. ed. Rio de Janeiro. Eldorado, 1977.

\_\_\_\_\_. *Educação e desenvolvimento social no Brasil*. 8. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1980.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). *Politécnico da Saúde Joaquim Venâncio*: documento preliminar. Rio de Janeiro, agosto de 1985. (Mimeo.).

FRANCO, Maria Laura Puglisi B. et al. Áreas críticas e distorções do ensino de segundo grau no município de São Paulo. *Educação e Sociedade*, São Paulo, v. 5, n. 14, p. 35-59, maio 1983.

FREITAS, Luiz C. de. Projeto histórico, ciência pedagógica e “dialética”. *Educação e Sociedade*, São Paulo, v. 9, n. 27, p. 122-139, set. 1987.

FRIGOTTO, Gaudêncio. Fazendo pelas mãos a cabeça do trabalhador: trabalho como elemento pedagógico na formação profissional. In: CONFERÊNCIA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO, 2. *Anais...* Belo Horizonte, 1982. Rio de Janeiro: Senac/Diplan, 1983.

\_\_\_\_\_. *A produtividade da escola improdutiva: um (re)exame das relações entre educação e estrutura econômico-social capitalista*. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1984.

\_\_\_\_\_. Trabalho, conhecimento, consciência e a educação do trabalhador: impasses teóricos e práticos. In: GOMES, Carlos Minayo et al. *Trabalho e conhecimento: dilemas na educação do trabalhador*. São Paulo: Cortez, 1987.

GARCIA, Regina Leite. Um currículo a favor dos alunos das classes populares. *Cadernos Cedes*, São Paulo, n. 13, p. 45-52, 1984.

MÉDICI, André Cezar. *A força de trabalho em saúde no Brasil dos anos 70: percalços e tendências*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, 1984. (Mimeo.). Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/10019/9021>. Acesso em: 18 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Emprego em saúde na conjuntura recente: lições para a Reforma Sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, out.-dez. 1986.

MENDES, Eugênio Vilaça. A Reforma Sanitária e a educação odontológica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, out.-dez. 1986.

NOSELLA, Paolo. Compromisso político como horizonte da competência técnica. *Educação e Saúde*, São Paulo, v. 5, n. 14, p. 91-97, maio 1983.

OLIVEIRA, Jaime A. de; TEIXEIRA, Sonia M. Fleury. *(Im)previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1986.

PANTANO FILHO, Rubens et al. *Quem sabe, ensina; quem não sabe, aprende: a educação em Cuba*. 2. ed. Campinas: Papirus, 1986.

SAVIANI, Dermeval. Competência política e compromisso técnico (ou o pomo da discórdia e o fruto proibido). *Educação e Sociedade*, São Paulo, v. 5, n. 14, p. 111-143, ago. 1983.

\_\_\_\_\_. *Escola e democracia*. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1986a.

\_\_\_\_\_. O nó do ensino do segundo grau. (Entrevista.). *Bimestre – Revista do Segundo Grau*, Brasília, v. 1, n. 1, p. 13-15, out. 1986b.

SILVA, Maria Aparecida da. O currículo de segundo grau e a estrutura social brasileira. *Educação e Saúde*, São Paulo, v. 5, n. 16, p. 27-41, dez. 1983.

SIMÕES, Anete Pereira. Os núcleos de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 553-560, out.-dez. 1986.

SNYDERS, Georges. *Escola, classe e luta de classes*. 2. ed. Lisboa: Moraes Editores, 1981.