



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Thayná Trindade da Silva de Andrade

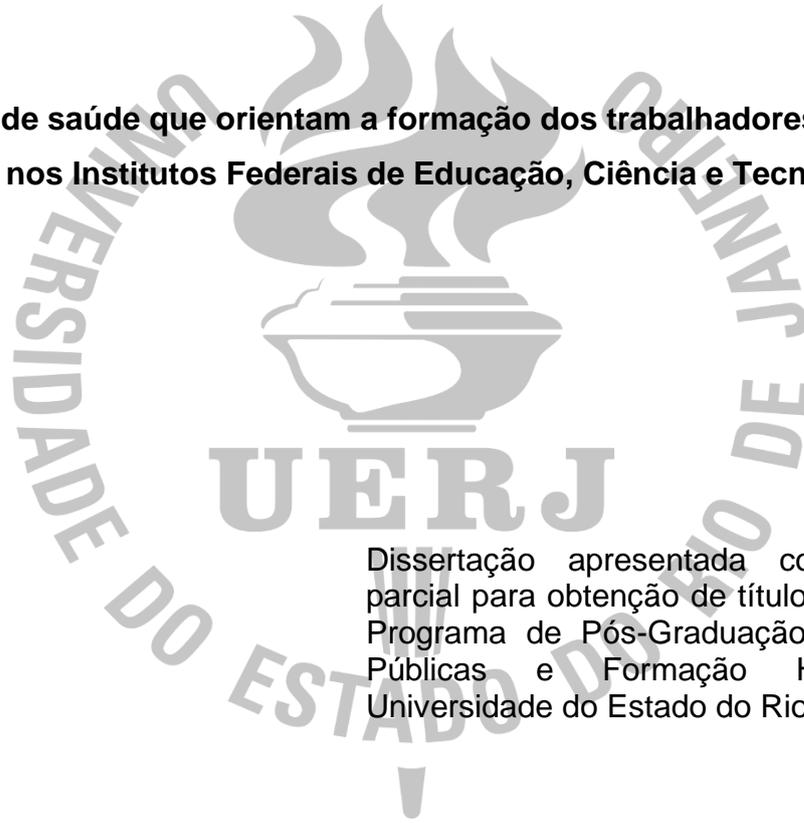
**Concepções de saúde que orientam a formação dos trabalhadores
técnicos da saúde nos Institutos Federais de Educação, Ciência e
Tecnologia**

Rio de Janeiro

2022

Thayná Trindade da Silva de Andrade

**Concepções de saúde que orientam a formação dos trabalhadores técnicos da
saúde nos Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia**



Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção de título de mestre do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.^a Dra. Marise N. Ramos

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

| |
|--|
| |
|--|

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Thayná Trindade da Silva de Andrade

**Concepções de saúde que orientam a formação dos trabalhadores técnicos da
saúde nos Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção de título de mestre do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Marise Nogueira Ramos (orientadora)
PPFH/UERJ

Prof. Dr. Gaudêncio Frigotto
PPFH/UERJ

Prof. Júlio França Lima
EPSJV/Fiocruz

Rio de Janeiro

2022

RESUMO

ANDRADE, T. T. S. **Concepções de saúde que orientam a formação dos trabalhadores técnicos da saúde nos Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia.** 2022. 134f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Formação Humana) – Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

Esta dissertação tem como objetivo discutir as concepções de saúde que orientam a oferta de educação profissional técnica de nível médio em saúde, realizada no âmbito dos institutos federais de educação. Busca tratar das relações dessas concepções no interior dos projetos históricos que propiciaram suas racionalidades, a presença dessas concepções nos projetos formativos, além de captar as mediações que promoveram a inserção das concepções na formação dos trabalhadores técnicos da saúde nos institutos federais. A pesquisa foi orientada teoricamente pelo materialismo histórico e realizada a partir do levantamento bibliográfico das concepções de saúde, da educação profissional em saúde. A empiria foi construída a partir de entrevistas semiestruturadas com coordenadores de cursos técnicos em saúde dos institutos federais, abarcando as cinco regiões do Brasil. Como justificativa de pesquisa, ancora-se na não tradicionalidade de estudos epistemológicos sobre as concepções de saúde na formação para o trabalho técnico e a consolidação da educação profissional em saúde nos institutos estudados, em comparação com as bases históricas de formação desses trabalhadores. Concluímos que a materialização da educação profissional nos institutos federais de educação se deu, de uma maneira geral – embora se identifique a presença de múltiplas concepções em relação – a partir da incorporação de uma concepção crítica de saúde na orientação de suas práticas formativas, dotando a perspectiva do trabalho em saúde como direcionado ao setor público e a concepção da saúde coletiva.

Palavras-chave: Educação Profissional em Saúde; Concepção de Saúde; Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia;

ABSTRACT

ANDRADE, T. T. S. **Health concepts that guide the training of technical health workers in the Federal Institutes of Education, Science and Technology.** 2022. 134f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Formação Humana) – Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

This dissertation aims to discuss the concepts of health that guide the provision of technical professional education at a secondary level in health, carried out within the scope of federal education institutes. It seeks to address the relationships of these conceptions within the historical projects that provided their rationalities, the presence of these conceptions in training projects in addition to capturing the mediations that promoted the insertion of conceptions in the training of technical health workers in federal institutes. The research was theoretically guided by historical materialism and carried out from the bibliographic survey of health concepts, professional health education. The empirical study was built from semi-structured interviews with coordinators of technical courses in health at federal institutes, covering the five regions of Brazil. As a research justification, it is anchored in the non-traditionality of epistemological studies on health conceptions in training for technical work and the consolidation of professional health education in the studied institutes, in comparison with the historical bases of training of these workers. We conclude that the materialization of professional education in federal education institutes took place, in general – although the presence of multiple conceptions in relation to the relationship – from the incorporation of a critical conception of health in the orientation of their training practices, providing the perspective of health work as directed to the public sector and the concept of collective health.

Keywords: Professional Education in Health; Health Conception; Federal Institutes of Education, Science and Technology

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO | 6 |
| 1 RECONSTRUÇÃO HISTÓRICA DAS CONCEPÇÕES DE SAÚDE | 17 |
| 1.1 Conceções de Saúde | 17 |
| 1.1.1 Visão Mágico-Religiosa | 19 |
| 1.1.2 Visão Médico-Racional (Hipocrática)..... | 22 |
| 1.1.3 Visão Biomédica | 25 |
| 1.1.4 Saúde Coletiva | 34 |
| 2 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE | 44 |
| 2.1 Formação dos trabalhadores da Saúde da Colônia a Primeira República... 44 | |
| 2.2 Políticas de formação de trabalhadores no campo da Educação | 49 |
| 2.3 Projeto Larga Escala e as Escolas Técnicas do SUS | 53 |
| 2.4 políticas de formação de trabalhadores no campo da saúde | 56 |
| 2.4.1 Movimento de construção da Saúde Pública Nacional | 57 |
| 2.4.2 Sistema Único de Saúde..... | 64 |
| 2.4.3 Retrato do trabalho em saúde 30 anos depois | 67 |
| 2.4.4 Atenção Básica e o trabalho em saúde | 68 |
| 2.4.5 Política Nacional de atenção Básica (PNAB) | 73 |
| 3 EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NO BRASIL DE 1999 A 2018 | 77 |
| 3.1 Rede de Escolas Técnicas Federais e sua consolidação | 77 |
| 3.2 Retrato da Educação Profissional em Saúde de 1999 a 2009 | 82 |
| 3.3 Retrato da Educação Profissional em Saúde de 2010 a 2018 | 85 |
| 3.4 Retrato da educação profissional tecnológica em saúde na rede federal ... 87 | |
| 4 CONCEPÇÃO DE SAÚDE NOS INSTITUTOS FEDERAIS: CONSTRUÇÃO A PARTIR DO ESTUDO EMPÍRICO | 91 |
| 4.1 A construção dos dados qualitativos e das categorias de análise | 91 |
| 4.2 Conceções de Saúde nos Institutos Federais | 96 |
| 4.3 Categoria Operacional Conceção de Saúde | 97 |
| 4.3.1 Saúde Ampliada | 100 |
| 4.3.2 OMS – Organização Mundial da Saúde..... | 101 |
| 4.3.3 Saúde Pública..... | 103 |

| | |
|--|------------|
| 4.3.4 Biomédica | 105 |
| 4.4. SUS – Sistema Único de Saúde | 106 |
| 4.4.1 Princípios e Diretrizes..... | 109 |
| 4.4.2 Defesa do SUS..... | 110 |
| 4.4.3 Curricularização do SUS..... | 111 |
| 4.4.4 Precarização do trabalho..... | 112 |
| CONCLUSÃO | 116 |
| REFERÊNCIAS | 123 |

INTRODUÇÃO

A definição de um objeto de estudo nunca é casual ou diletante, mas provocada pela experiência de quem se propõe a construí-lo. Tomamos contato com uma problemática e ela se apresenta a nós, primeiramente, de forma desagregada. Na medida em que nos aproximamos com uma postura mais atenta, percebemos a necessidade de analisá-la e isso nos leva a selecionar aspectos, a fim de construir um objeto de investigação. Nesse sentido, para ser conhecido, um fenômeno da realidade precisa ser “arrancado” do plano empírico e elevado ao plano do pensamento (KOSIK, 1976).

Ao fazer isso, o pesquisador carrega para sua análise elementos de sua concepção de mundo, pois além de não haver neutralidade na prática científica, sujeito e objeto não são dimensões mecanicamente separadas e distintas, como nos quiseram fazer crer os filósofos positivistas. Ao contrário, a objetividade possível do conhecimento nas ciências sociais implica, além do rigor metodológico, a explicitação, por parte do pesquisador, de aspectos de sua formação que ajudem a revelar dimensões subjetivas que podem estar implicadas no desenvolvimento do estudo. Por essas razões, apresento a seguir um pouco da trajetória que me levou ao tema de pesquisa e de que modo escolhi os enfoques pelos quais investiguei a concepção de saúde na oferta da educação profissional em saúde pelos Institutos Federais.

Mediante o que será exposto, será possível identificar e compreender que este estudo se origina no âmbito da pesquisa coordenada pela Prof^a. Marise Ramos, desenvolvida no Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz (Lateps/EPJSV/Fiocruz), intitulada: “A educação profissional técnica de nível médio em saúde na rede federal de educação profissional e tecnológica brasileira face ao Plano Nacional de Educação (2014/2024)”. Essa pesquisa foi desenvolvida de 2017 a 2020, da qual fui bolsista de iniciação científica de 2018 a 2019, permanecendo na equipe de pesquisa tanto por interesse quanto pela oportunidade de aprofundar estudos sobre o tema no mestrado.

A pesquisa tem por base a unidade trabalho, educação e saúde, sintetizada no conceito de educação profissional em saúde. A minha formação, entretanto, levou-nos a delimitar meu estudo à dimensão da saúde, para a qual meus estudos poderiam contribuir mais. Por essas razões, a educação será abordada nos estritos limites da

historicidade da educação profissional e da educação profissional em saúde no Brasil, necessários à compreensão do contexto em que esta última passa a ser oferecida também pelos institutos federais, cuja tradição esteve na oferta de cursos da área industrial. Portanto, não discutiremos teorias educacionais nem questões pedagógicas neste estudo, o que, por sua vez, está desenvolvido no relatório da pesquisa (RAMOS, 2021).

Assim, passo a apresentar, então, um pouco de minha trajetória formativa que motivou a construção do objeto de estudo.

Em 2010, iniciei os estudos na Escola Técnica Estadual Adolpho Bloch, no curso técnico em Produção Cultural e Eventos. Na época, antes de entrar para o ensino médio, recordo-me de que todos os meus colegas de classe se interessavam por prestar concurso para escolas, como o Centro Federal de Educação Tecnológica (CEFET) e o Colégio Pedro II. No meu bairro, quem entrasse para essas escolas tinha um belo futuro prometido, pois era de senso comum que estas ofertavam um ensino de excelência. Assim, conseguir entrar nessas instituições era motivo de orgulho dos pais, porque não estaríamos em escolas públicas comuns. Além disso, nossas famílias não tinham verba para manutenção dos filhos em escolas particulares.

Sempre fui uma boa aluna e também me esforcei para entrar nessas escolas. Porém, infelizmente a concorrência era grande e resolvi seguir para Fundação de Apoio à Escola Técnica (FAETEC). Ainda jovem, não tinha autonomia para escolher o que queria, porque não sabia tomar boas decisões ainda. Gosto de pensar sobre no que acarretam as nossas escolhas. Pensando em realizar esta dissertação para entender como cheguei a pesquisar sobre a educação profissional em saúde nos institutos federais de educação, lembro-me de que as escolas técnicas federais, na minha história, sempre se constituíram em um “lugar de desejo”.

A vida seguiu e, ao entrar para a escola técnica para cursar Produção Cultural e Eventos, tive a oportunidade de trabalhar como estagiária no setor de formação continuada dos profissionais da FAETEC, onde fui estagiária por dois anos e contratada por mais um ano. Promovíamos cursos e palestras, principalmente para professores e profissionais operacionais da instituição. Lá pude conhecer um pouco dos termos formação profissional, qualificação, formação continuada e pude aprender sobre o funcionamento da gestão das escolas técnicas. Em 2014, entrei para a Faculdade de Psicologia e ingressei como estagiária na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ), em 2015. Recordo-me de pensar que estava

em um espaço de excelência e, ao entrar em contato com as atividades, os alunos, os projetos, as pesquisas, as reuniões, tive certeza. Estagiei por dois anos no Laboratório de Gestão (Labgestão), fui assistente dos professores no curso de gestão em saúde, em três disciplinas diferentes, mas se identifico algo que me coloca aqui hoje escrevendo este texto, foi a experiência como auxiliar na pesquisa multicêntrica sobre os trabalhadores técnicos da saúde na América Latina e Caribe. Nessa experiência, aprendi: a trabalhar com dados quantitativos; a manipular tabelas, desenvolver relatórios; a compreender um pouco mais o universo da formação profissional dos trabalhadores da saúde no Brasil, as contradições da educação profissional na dualidade educacional; a visualizar o panorama da formação pública e privada, das modalidades de oferta, dos cursos disponibilizados, das capilaridades das instituições dentro do território nacional, além de uma compreensão da importância desses profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Desde então, não parei mais de pesquisar sobre isso. Em 2017, fui chamada para atuar no Laboratório do Trabalho e da Educação Profissional em Saúde (Lateps/Fiocruz) na pesquisa da Prof^a. Marise Nogueira Ramos – inspiração intelectual e emocional de muitos dias e atual orientadora desta dissertação – na pesquisa sobre a atuação da rede federal de educação profissional e tecnológica quanto suas concepções ético-políticas, pedagógicas e epistemológicas de educação que têm orientado a oferta de cursos técnicos de nível médio em saúde, à qual já me referi. Essa pesquisa foi realizada no âmbito da EPSJV/Fiocruz, com o financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), atuando em duas frentes: a quantitativa e a qualitativa. Objetivou identificar as redes que contribuem para a expansão, em termos quantitativos e qualitativos, da oferta pública da educação profissional técnica de nível médio e, particularmente, em saúde, aprofundando a análise sobre a participação da rede federal de educação profissional e tecnológica nesse processo.

Os dados e informações foram levantados mediante consulta aos relatórios do Censo Educacional, realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), e a documentos governamentais e das instituições pesquisadas, além da aplicação de questionários e entrevistas a coordenadores e gestores de cursos.

Na frente quantitativa, buscamos identificar dados sobre a oferta da educação profissional em todos os eixos e da educação profissional em saúde, nas esferas

administrativas públicas e privadas, realizando um panorama da oferta de educação profissional entre os anos de 2010 a 2018. Tendo concluído essa etapa em 2019, iniciamos a etapa qualitativa, que consistiu na realização de entrevistas com os coordenadores dos cursos técnicos em saúde, selecionados nos institutos federais.

Ao iniciar os estudos de mestrado em Políticas Públicas e Formação Humana na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), em 2020, objetivei dar prosseguimento às inquietações que fizeram parte de meu percurso de pesquisadora. Escolhi como tema as concepções de saúde que permeiam a formação dos profissionais técnicos em saúde. Como essas concepções chegaram até a presente formatação nos cursos? Como são consolidadas na formação? Estão alinhadas com as bases que orientam o SUS? Pensando objetivamente sobre o trabalho técnico da saúde como um lugar inferior na divisão social e técnica do trabalho, pela essencialidade da prática cindida com a produção de conhecimentos, como essas concepções materializam um trabalho em saúde? Que papel a rede federal vem desempenhando no seio do real, ao formar trabalhadores com uma determinada concepção de saúde?

Assim, reitero que este trabalho se insere como um desdobramento da pesquisa descrita e tem como **objetivo geral**: discutir as concepções de saúde que orientam a oferta de educação profissional técnica de nível médio em saúde, realizada no âmbito dos institutos federais de educação. A partir dos dados coletados, busca se orientar teoricamente pelo materialismo histórico. **De forma específica**, pretendemos: discutir as relações dessas concepções no interior dos projetos históricos que propiciaram suas racionalidades e a presença dessas concepções nos projetos formativos; além de captar as mediações que promoveram a inserção das concepções nos processos formativos dos institutos federais.

Depois de um sinuoso percurso para chegar até aqui, apresento-lhes uma dissertação de inquietações sobre a saúde e suas dimensões. Considerando as surpresas do real, no âmbito de um trabalho sobre saúde, gostaria de mencionar como uma das condições históricas de sua realização, a emergência de uma pandemia viral de SARS-COV-2 (Covid-19), que tem proporcionado à humanidade a maior tragédia sanitária do século XXI. Marcados pela pandemia – tanto de maneira subjetiva, na própria forma de execução do mestrado, as alterações familiares, vivendo a domesticidade à flor da pele e o medo da morte, quanto nas transformações sociais coletivas – fomos e estamos sendo modificados pelo invisível.

Os aspectos conjunturais, políticos, econômicos e sociais convergem com o fenômeno da pandemia, indicando que surtos, ondas e variações diferentes podem ser encontrados pelas diferentes classes sociais espalhadas pelo território nacional. Tal situação exige adoção de mudanças políticas, econômicas e sociais para sua contenção. Além disso, tem representado um desafio para o SUS, que se mantém sob regras instáveis e financiamento insuficiente. Conjugado a isso, o contexto político brasileiro regressivo tem matado tanto quanto o vírus. A pandemia apenas aprofundou uma crise extremamente grave, por si só.

Sendo assim, em um mundo novo¹, onde necessitamos reaprender a conviver a partir de novas regras e parâmetros seguros; a nos relacionar; a produzir saúde; a realizar processos formativos, sejam de ensino fundamental, médio, técnico ou superior; a realizar dissertações e teses; a participar de congressos; a produzir ciência, orgulho-me de continuar paralelamente no movimento de defesa da produção científica, de contribuir para a crítica das políticas públicas de educação e de saúde, na intenção de sua multiplicação e solidificação, como caminho para a consolidação de um projeto nacional democrático.

Nesse contexto, um dos primeiros questionamentos que podemos fazer sobre a saúde é sobre sua própria conceituação. O conceito de saúde não tem uma significação rigorosa e unívoca – como discutirei mais adiante –, um conteúdo definitivo aceito por todos que o examinam. Sendo assim, não é, pois, inútil interrogarmos sobre seu conceito ou sobre as ideias que fazem desta um conceito. Por exemplo, se quisermos conceituar saúde teremos que nos perguntar: o que faz a saúde? Quem, ou o que a tem? Como ela é produzida? Sobre o que se interessa? Quais são seus limites? Sobre o que ela se ocupa? Qual sua finalidade e usos?

No desenvolvimento do campo da saúde, diversas compreensões sobre o que seria saúde foram sendo adotadas pela sociedade e pela ciência, passando de concepções mágico-religiosas, miasmáticas, mecanicismo biológico, determinação social da saúde, etc. Essa multiplicidade epistemológica se manifesta na forma como

¹ Fui questionada por Júlio Lima, grande contribuinte desta dissertação, se estamos testemunhando de fato o nascimento de um novo mundo. Inquietante reflexão. Como resposta, penso que só podemos avaliar precisamente o movimento do fenômeno quando este já passou; enquanto isso, formulamos questões parciais. Dessa forma, as consequências da pandemia podem não engendrar totalmente o que o conceito de “novo” quer dizer, principalmente no que se refere à cisão das contradições do capital, mas como psicóloga, não posso deixar de observar que a morte de mais de 4 milhões de pessoas e a implementação de mudanças de hábitos sociais, como isolamento e uso de máscaras, e outros, tais como os próprios rituais de morte e luto, não podem passar enquadrados como uma novidade.

a sociedade concebe o que é saúde, como se desenvolve a ciência, como são adotadas políticas pelo Estado, como se configura a assistência à população e a formação de seus quadros de trabalhadores.

Estudar o campo saúde e seus conteúdos e mediações compõe um dos possíveis objetos de estudo do próprio processo de conhecimento da sociedade, considerando a saúde como uma dimensão que modula racionalidades nas relações sociais de produção – conhecimento, conceito, utilização e efeitos. Mas para isso é necessário circunscrever o objeto, realizar uma análise das bases sócio-históricas sobre as quais se estrutura esse conhecimento e seus elementos, além de descrever o campo filosófico interno e ter rigor metodológico.

O conhecimento científico está inscrito em uma determinada época histórica, e, portanto, sofre transformações no tempo, é dinâmico e contraditório. A ciência não é resultado de pessoas presas em um laboratório, debruçadas sobre uma bancada em busca de descobrir a solução para os problemas da humanidade, mas fruto de toda a atividade humana, suas necessidades e possibilidades em um dado momento histórico, com sua cultura, visões de mundo e estruturas ético-políticas. Tal como formulou Marx (2008, p. 48) “A humanidade não se propõe nunca senão os problemas que ela pode resolver, pois, aprofundando a análise, ver-se-á sempre que o próprio problema só se apresenta quando as condições materiais para resolvê-lo existem ou estão em vias de existir”.

Aqui temos como horizonte os processos educativos de profissionais técnicos da saúde, sua formação enquanto trabalhadores, que exercerão uma prática em serviços de saúde e como agentes sociais da transformação da realidade. Por isso, é necessário analisar e ter como claros os conceitos e concepções sobre o processo saúde-doença presentes na formação. Mais do que isso, é também fundamental criticar e superar as concepções de educação e de saúde tecnicistas e fragmentadoras, que reduzem o ensino e a saúde a competências necessárias para o trabalho e, conseqüentemente, os sujeitos a mercadorias para uso do capital.

Sob a perspectiva totalizante, portanto, qualquer objeto é parte de um fenômeno mais amplo, de modo que a apreensão de partes não determina a apreensão do todo. São as mediações constituintes do fenômeno que nos permitem compreender o objeto em sua especificidade e em sua relação com a totalidade. (RAMOS, 2003, p. 97).

Na década de 1990, houve uma mudança no padrão capitalista brasileiro, com

seu alinhamento a políticas neoliberais, introduzindo-se como um país de capitalismo dependente, com redução das indústrias, ampliação do setor terciário e diminuição da participação do Estado na economia. As qualificações profissionais foram se voltando, assim, para o terceiro setor e introduzindo-se na lógica das parcerias público-privadas. Nesse contexto é que se inicia a formação em saúde.

Com a criação do SUS, na década de 1990, a necessidade de qualificação de mão de obra para atender o setor público de saúde se ampliou. Um dos papéis fundamentais do SUS, descritos na Constituição Federal de 1988, é a formação dos seus recursos humanos, configurando-se uma diretriz para garantia da assistência à saúde e efetividade desta. Embora o movimento brasileiro fosse de redução das contratações pelo setor público, a saúde pública foi um importante ordenador das contratações, principalmente no que se refere a trabalhos de nível técnico e auxiliar, devido às políticas e programas implementados, com especial destaque à atenção básica em saúde. Considerando o trabalho técnico como fundamental no processo de cuidado, estudos sobre a formação e a qualificação desses trabalhadores, bem como análises epistemológicas sobre as concepções de saúde na formação de trabalhadores, pela ótica do materialismo histórico, ainda são minoritários.

Embora o sistema privado de educação se mostre o maior concentrador de cursos e matrículas em educação profissional em saúde, desde os anos 2000, as instituições públicas passam a realizar mais organicamente a formação de trabalhadores técnicos da saúde para atender às demandas do SUS de ampliação da assistência. Inicialmente, essa formação foi sendo desenvolvida nas Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) (PEREIRA; RAMOS, 2006), através de parcerias do Ministério da Saúde com os governos estaduais. A formação dos trabalhadores nessas escolas era supletiva e em serviço, com uma forma de trabalho que alinhava a prática desses profissionais – inseridos nos serviços de saúde, mas sem formação – com os conhecimentos técnico-científicos sistematizados.

Os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia (IFs) foram constituídos oficialmente em 2007 e regulamentados em uma rede com autonomia em 2008. Antes disso, porém, traziam na bagagem a história de serem instituições criadas em 1909, como escolas de aprendizes e artífices, transformadas em CEFETs (1994-1999), e finalmente em Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia, durante o governo Lula (2003-2010).

Além do Plano Nacional de Educação (PNE 2014-2024) prever o aumento da

oferta de cursos técnicos, especificamente quando trata da meta 11, que propõe: “triplicar as matrículas da educação profissional técnica de nível médio, assegurando a qualidade da oferta e pelo menos 50% (cinquenta por cento) da expansão no segmento público” (BRASIL, 2014), os IFs passam a ser um novo formador do campo da saúde, com a política de expansão dos institutos federais, e sua interiorização, presente em diversos estados e municípios do Brasil.

Nos IFs, a formação é majoritariamente organizada para o ensino médio, de forma integrada, concomitante ou subsequente, mas não necessariamente orientada para trabalhadores em serviço. A oferta visa a formação de mão de obra, cuja inserção seria dada posteriormente, de uma maneira geral, com exceção da EJA, com quadro de alunos formado por adolescentes, recém-saídos do ensino fundamental.

Diante da necessidade da formação qualificada em saúde, orientada para o trabalho no serviço público, seus programas e serviços; de as escolas federais terem ampliado sua formação na área de saúde, mas terem na sua história de formação uma maior experiência no setor industrial; da relevância do tema para adoção de políticas de formação de trabalhadores, da assistência à população e da gestão pública de saúde; e em face à multiplicidade de concepções de saúde e da não tradicionalidade de estudos sobre elas na formação de trabalhadores, ficam as questões:

- Quais os efeitos de uma concepção de saúde no ordenamento da sociedade?
- Quais as concepções de saúde que estão ordenando a formação nos institutos federais?
- As concepções presentes nas instituições federais de educação estão vinculadas às do SUS?
- Quais concepções de saúde ordenaram uma formação mais alinhada com a política do sistema único?
- Se as concepções estão vinculadas, como foram sendo introduzidas nos institutos?

Metodologicamente, o presente estudo acompanha as referências da pesquisa coordenada pela Prof^a. Marise Ramos, orientada pelas categorias do método materialista histórico-dialético, a saber: historicidade, totalidade, mediação e contradição. A categoria do objeto estruturante de todo o estudo é a determinação

social da saúde.

Os dados qualitativos foram produzidos no âmbito da referida pesquisa, de modo que já apresentaremos neste texto a discussão das concepções de saúde que foram possíveis identificar nos IFs. Entretanto, este estudo transcende o escopo daquela pesquisa quanto a esse tema em dois aspectos. O primeiro está na necessidade do aprofundamento teórico-conceitual e histórico sobre as concepções de saúde.

É preciso esclarecer que o volume de dados qualitativos obtidos pela pesquisa da qual se desdobra nosso estudo levou a coordenadora (RAMOS, 2021) a desenvolver um procedimento de tratamento de dados qualitativos, articulando o que a literatura sobre o assunto indica como “análise temática” e “análise de conteúdo” (BARDIN; RETO; PINHEIRO, 2000).

Em termos sintéticos, trata-se, primeiramente, de se definir “categorias operacionais”, que orientam a elaboração dos instrumentos de pesquisa – no nosso caso, os roteiros de entrevistas – e, posteriormente, a organização das informações obtidas por meio das entrevistas. Por isso, Ramos (2021) justifica utilizar o termo “operacional”, por se tratar de categorias ou temas que permitem “operacionalizar” a pesquisa empírica. “Concepções de saúde” foi uma categoria operacional da pesquisa inicial, cujo aprofundamento do estudo se mostrou necessário, ao ponto de justificar esta dissertação.

Em segundo lugar, constroem-se as “categorias empíricas” – procedimento possível somente após a transcrição e leitura do conteúdo produzido, que já implica a análise. Trata-se de uma maneira de ordenar os dados obtidos, identificando-se, nos depoimentos, a presença de ideias indicativas de concepções que interessam ao estudo. Esse tratamento implica outros procedimentos mais detalhados que serão explicados no quarto capítulo.

Uma vez apresentadas as motivações da pesquisa, os objetivos gerais e específicos, algumas questões da problemática e a perspectiva metodológica, partimos para a estrutura do texto.

No primeiro capítulo, a partir das referências teóricas, discutimos as concepções e conceitos de saúde que foram sendo desenvolvidos, estruturados, aplicados e produzindo efeitos na sociedade, compreendendo seus desenvolvimentos e consolidações em conjunto com os momentos históricos as quais lhe propiciaram racionalidade. Identificamos e destrinchamos teoricamente quatro concepções de

saúde: mágico-religiosa, médico-racional, biomédica e saúde ampliada. Cada visão foi dotada de subclassificações compostas pelas teorias de compreensão, explicação e gerenciamento da saúde que lhe são próprias, que surgiram no seu interior e compõem um campo de coerência.

No segundo capítulo, trazemos uma contextualização histórica da educação profissional brasileira e a constituição da saúde pública nacional, ressaltando o papel do SUS no ordenamento da formação do seu quadro de trabalhadores. Abordamos brevemente a história desse sistema, suas políticas e o desenvolvimento da saúde pública brasileira, compreendendo melhor o cenário da oferta de formação para trabalhadores técnicos como necessária à concretização do SUS e expansão da cobertura, em especial às políticas da atenção básica em saúde. Reiteramos que este movimento se fez nos limites necessários à nossa apreensão do contexto em que a educação profissional em saúde se torna uma ação dos IFs. Nesse sentido, não temos a apreensão de captar a complexidade de mediações que envolvem esse fenômeno. Temos também a clareza de que essa recuperação histórica – assim como a que será feita sobre a saúde – não corresponde exatamente à busca da sua historicidade, mas nos fornece mediações importantes para isso.

No terceiro capítulo, apresentaremos um panorama da educação profissional em saúde no Brasil, de 1999 a 2018, a partir da revisão de outros trabalhos no campo. Após isso, trazemos uma consolidação dos dados coletados pela pesquisa referida, sobretudo no que concerne à formação ofertada nos IFs a partir de 2010, captando quantitativamente o movimento de ampliação da oferta de cursos de educação profissional técnica em saúde, dos institutos que realizam a oferta, bem como de matrículas.

Finalmente, destinamos o quarto capítulo à discussão do estudo empírico, trazendo uma discussão sobre as concepções de saúde e de SUS encontradas nesta pesquisa. Analisamos os dados com base em teóricos que nos ajudam a compreender suas mediações. Na categoria concepção de saúde, foi possível identificar e discutir quatro categorias empíricas: saúde ampliada, saúde pública, OMS e biomédica. Na categoria concepção de SUS, outras quatro: princípios e diretrizes, defesa do SUS, curricularização do SUS e precarização do trabalho.

Como conclusões ou considerações finais, esperamos abordar as seguintes questões:

- as identificações teóricas das concepções de saúde não são excludentes

entre si, sendo, até certo ponto, confirmadas pelos achados das entrevistas, sobretudo no que fica demonstrado pelo estudo na presença concomitante das concepções em uma mesma instituição e curso;

- o viés das concepções é interdeterminado pelas relações ético-políticas e de produção existentes em uma sociedade em um determinado tempo histórico;
- o horizonte de que alguns aparelhos institucionais difundem concepções de maneira mais abrangente do que outros, estando esse processo vinculado aos modos de produção e reprodução adotados;
- as concepções referentes à saúde aparecem quando há uma determinada conformação evolutiva histórica que lhes propicia inteligibilidade;
- as concepções de saúde estão presentes nos IFs de maneira irrefletida;
- o movimento de construção da concepção de saúde que orienta a oferta de cursos de educação profissional da rede federal se deu pela problemática da saúde coletiva, desenvolvida através da incorporação de quadros profissionais com alguma veiculação à saúde pública, coletiva;
- as concepções presentes na sociedade, e especificamente no objeto de pesquisa referido, os IFs, com seus movimentos dialéticos e práticos refletem a complexa problemática do real.

Embora o movimento de consolidação da educação profissional nos IFs tenha se dado de maneira diferente do das Escolas Técnicas do SUS, os institutos incorporam uma concepção crítica de saúde na orientação de suas práticas formativas, dotando a perspectiva do trabalho em saúde como direcionado ao setor público e à perspectiva da saúde ampliada.

Esperamos que o texto que se segue suscite no leitor(a) mais do que novas inquietações e conhecimentos, mas uma original paixão pelo tema das concepções de saúde e da formação dos trabalhadores técnicos, de forma a engendrar uma rede de transformações sociais orientadas pela saúde pública, coletiva e democrática enquanto lema.

1 RECONSTRUÇÃO HISTÓRICA DAS CONCEPÇÕES DE SAÚDE

Este capítulo visa discutir as concepções e conceitos de saúde que foram sendo desenvolvidos, estruturados, aplicados e produziram efeitos na sociedade, compreendendo seus desenvolvimentos e consolidações em conjunto com os momentos históricos que lhe propiciaram racionalidade. Identificamos e desenvolvemos teoricamente quatro concepções de saúde: mágico-religiosa, médico-racional, biomédica e saúde ampliada. Cada visão foi dotada de subclassificações compostas pelas teorias de compreensão, explicação e gerenciamento da saúde, que lhe são próprias, pois surgiram no seu interior, compondo um campo de coerência. Compreendendo os estudos das concepções e visões de saúde juntamente com as mediações históricas, suas relações com as práticas e políticas de saúde.

1.1 Concepções de saúde

A saúde não é um campo exclusivo das ciências exatas, nem das ciências sociais, mas uma junção entre os estudos socioantropológicos, biológicos, matemáticos e estatísticos. O campo se constitui na interseção entre o existir social humano, o corpo, seus mecanismos biológicos e sua interação com o ambiente, a cultura e as ciências estatísticas, que compõem as análises de saúde de uma determinada sociedade, entre o comum e o singular. Na sua historicidade, a saúde ora conotava implicações mais biológicas, ora sanitária, outras religiosas, até o desenvolvimento de uma compreensão mais interseccional. Essa formulação, no entanto, não significa que suas conotações anteriores não estejam presentes em seus estudos e práticas mais atuais. Ainda assim, essas concepções em estudo são oriundas de conhecimentos sistematizados e validados, construídos e desenvolvidos pelos homens, sendo ou não frutos dos campos das ciências.

Ao longo da história humana, diversos modelos das relações do homem com a natureza precisavam dar conta de explicar os processos de adoecimento, de vida e morte, as manifestações inomináveis e desconhecidas. Com o desenvolvimento científico, os saberes e concepções positivistas tomaram lugar das explicações mágicas e religiosas e da oralidade. A multiplicação da tecnologia, do desenvolvimento social e a conseqüente complexificação da sociedade exigiram (e exigem) explicações dotadas de racionalidade para os fenômenos que envolvem o complexo processo saúde-doença, seus conceitos e concepções.

No campo de estudo da saúde é notória a multiplicidade de conceitos e de concepções sobre saúde (ALMEIDA FILHO, 2000; BATISTELLA, 2007a; CAMPOS, 2000; SEGRE; FERRAZ 1997). O conceito de saúde tem se configurado de modo impreciso, sem limites bem demarcados, o que não permite uma definição com objetividade de elementos. Por ser impreciso, demanda que seja definido a partir de questões centrais e da inter-relação com outros conceitos, a partir de perspectivas historicamente determinadas. Além disso, segundo Almeida Filho (2000), é flagrante o desinteresse de todas as disciplinas que constituem o campo saúde em construir conceitualmente esse objeto para, assim, se definir a saúde.

A partir do pensamento de Sabroza (2001), consideramos que as concepções de saúde e doença podem coexistir no mesmo espaço-tempo, através da persistência de modelos antigos e das necessidades atuais. Assim, os processos interativos estruturais, quando modificados, permitem períodos de transição, acomodação, permanência e mudanças. Tal como os modelos de saúde.

É de fundamental importância o estudo das mediações históricas, das concepções e dos conceitos de saúde, suas relações com as práticas e políticas de saúde presentes nos conceitos. Aceitar um determinado conceito como válido implica em certa perspectiva de ver o mundo e, conseqüentemente, de agir sobre ele (MARX, 2002). Dito isso, as implicações dessa perspectiva se revelam nas práticas formativas, nas políticas de saúde, nas práticas de cuidado e assistenciais, na maneira objetiva pela qual lidamos com a existência.

Para Batistella (2007b), embora sejamos incapazes de dar conta da totalidade dos fenômenos, não há como produzir atenção à saúde sem a operacionalização de conceitos. Ainda que tenhamos recortes da totalidade complexa, são os conceitos que nos permitem interferir e rediscutir nossas intervenções nessa mesma realidade.

As explicações de se conceituar saúde são deveras múltiplas, assim como seus conceitos, mas para compreender um conceito, uma visão de mundo, um objeto, é necessário compreendermos a sua historicidade até chegarmos aos modelos mais atuais. Assim, acreditamos ser possível compreender as mediações e contradições que dotaram movimento ao objeto conforme apresentamos a seguir, marcando as teorias que foram relevantes ao longo desses períodos históricos para a inteligibilidade dessas concepções.

Para sistematizar o estudo das concepções, dividimos as noções segundo as visões adotadas, trazendo os elementos históricos que lhe conferem racionalidade,

destrinchando seus surgimentos, posturas mais atuais e efeitos sociais. Cada visão foi dotada de subclassificações compostas pelas teorias de compreensão, explicação e gerenciamento da saúde que lhe são próprias, surgidas no seu interior e partes de um campo de coerência. Do estudo, alocamos as compreensões em quatro concepções, a saber: mágico-religiosa, médico-racional, biomédica, saúde ampliada destrinchadas a seguir.

1.1.1 Visão Mágico-Religiosa

Durante a antiguidade clássica, preponderava a visão mágica da saúde, que se apresenta como uma forma dos povos da antiguidade explicarem a realidade. A partir de forças espirituais e da natureza, o pensamento mágico será o primeiro responsável pelo desenvolvimento da prática médica. Em diferentes culturas presentes na África, ou nos povos indígenas, como em manifestações em benzedeiras e curandeiros, a presença de líderes espirituais com poderes ritualísticos mágicos eram os responsáveis por realizar a cura e a erradicação do mal nas comunidades.

Os curandeiros faziam-se valer de danças, cânticos, ervas, emplastos, fumos, defumação, calor, provocação do vômito, entre outros recursos terapêuticos para expurgar o mal, promover a cura, prevenir doenças e conectar as sociedades com as entidades religiosas.

O xamã executa o trabalho de mediação entre os homens e o universo, entre o todo e o particular. O mal (ou a doença) não era entendido como uma noção separada da natureza, mas integrada e essencial a ela. O xamã “passa assim a ser responsável pela execução do trabalho separado de resolver problemas que, chamem-se ou não ‘doenças’, implicam restrições na capacidade humana de viver a vida tal e qual vinha sendo vivida.” (MENDES-GONÇALVES, 1992, p. 340). Seu trabalho é não só curar, exorcizar o mal, mas integrar a vida social do indivíduo com os outros, perpetuar o sentimento de integralidade dessa conformação social. A doença nessa sociedade é uma entidade externa que se apossa do indivíduo, fazendo-o sofrer. Por isso, é necessário o ritual, o chamamento de entidades religiosas que se encontram em outra realidade, para o presente, a fim de interceder sobre aquela solicitação, através da mediação do xamã.

Essas manifestações de cura, de saúde, faziam parte de um olhar mais integral dos povos, mantinham a estreita conexão do sujeito com a natureza, com a

comunidade e com o “divino”. Além da conexão do curandeiro com o enfermo, outro elemento fundamental no processo de saúde também dotava as relações comunitárias. A execução dos rituais de cura e a integração dos indivíduos era a própria conexão com o ser saudável. Ter saúde era estar com o corpo, mente, natureza e os elementos transcendentais da vida alinhados e cuidados.

Fazendo uma breve digressão ao contexto brasileiro, para Moacyr Scliar (2005), o Brasil incorporou diversas práticas religiosas devido aos processos de miscigenação que fazem parte da constituição do nosso corpo social. Além dos grupos indígenas, os negros escravizados vindos da África também traziam no navio negreiro suas práticas mágico-religiosas e conhecimentos médico-naturais. A produção de chás, rezas, feitiços, oferendas, rituais, interdições alimentares e comportamentais, remanescentes nos cultos afro-brasileiros, eram procedimentos de cura inutilmente coibidos pela inquisição; ou seja, africanos, índios e mestiços, escravizados eram os curandeiros brasileiros.

A presença de um sacerdote que realizava o culto e a cura traduzia – e se traduz – em um poderoso efeito psicológico, no gesto de promoção do cuidado, através da escuta e do afeto. A mobilização de energias transcendentais em prol de um sujeito tem o efeito de valorizar a própria constituição subjetiva, no sentido de fazer dele relevante, valorar aquilo que aquela pessoa está sentindo e propriamente aquilo que ela é e faz de si. Mais do que representar uma integração do indivíduo, as comunidades tradicionais brasileiras e suas práticas de saúde mágico-religiosas se configuram como espaços de acolhimento, trocas afetivas, produção de conhecimento coletivo, promoção, prevenção de saúde e aconselhamento a grupos historicamente excluídos, marginalizados e dizimados.

O pensamento mágico ainda pode ser observado nas civilizações contemporâneas, tais como a brasileira do século XXI. As práticas populares de cuidado em saúde, como uso de benzedoras, rezas, chás e simpatias, ainda se fazem presentes. Formado pela miscigenação, o Brasil abriga historicamente diversas manifestações religiosas com seus mitos e ritos².

² A presença de noções de saúde mágico-religiosas não significa, imperiosamente, que esse saber seja um saber atrasado ou menos válido do que as noções científicas. É simplesmente uma visão que abarca crenças em uma lógica de mundo, não necessariamente pautada na racionalidade científica, mas na experiência, na história e na memória de um povo. Essa perspectiva faz crítica a noção de conhecimento, sua validade e a própria racionalidade científica que constrói e difunde verdades. Tomando conhecimento como crença verdadeira e justificada – acreditar em algo, dar argumentos para justificá-lo e ter correspondência no real, formalização, racionalização e

Diferentemente da visão mágica, na visão religiosa, formada principalmente durante a idade média, a doença aparece como preço a ser pago pelos pecados para alcance do paraíso. Esta é uma visão fundamentalmente difundida pela igreja católica durante a idade média. A concepção religiosa focava na doença como uma provação humana, uma providência divina vinculada à ideia de culpa ou um mal original organizado além da realidade imediata, situando o trabalho em saúde em torno da assistência espiritual transitória para a morte.

A idade média se caracteriza pela queda do Império Romano e a ascensão do regime feudal, com o cerceamento de terras e a “privatização dos espaços”. “Este período de mais de 300 anos, que vai da metade do século XV até o início do século XIX, deixou marcado no ainda incipiente projeto capitalista de saúde a questão da diferença de valor da vida humana.” (SABROZA, 2001, p. 9). Esse período pode ser caracterizado por: conflitos militares, movimentos migratórios, miséria, falta de higiene, promiscuidade.

Segundo Batistella (2007a), na Idade Média surgem os primeiros hospitais³, criados pelas igrejas católicas destinados inicialmente a abrigar pobres e doentes, como entidades assistenciais de separação e exclusão dos indesejáveis do resto da população. O hospital se configurava mais como um espaço de assistência espiritual e material dos pobres e indesejados, um lugar de finitude e salvação.

A compreensão das doenças na idade média girava em torno de uma concepção de salvação católico-religiosa e miasmática. Em 1348, em Veneza, a prática da quarentena foi introduzida pela primeira vez, podendo indicar uma preocupação com o contágio⁴ (SCLIAR, 2005). Ou seja, a Idade Média não acrescentou elementos comunicáveis em relação ao avanço científico das práticas e saberes de saúde que não aqueles já desenvolvidos por Hipócrates (BATISTELLA, 2007a).

O grande controle e poder exercido pela da Igreja Católica, com seus saberes

correspondência com o real. Assim, todos os conhecimentos são saberes, mas não necessariamente todos os saberes são conhecimentos.

³ Ver mais em Foucault (2015).

⁴ Notoriamente, o saber científico sobre saúde orientou noções e práticas até então. Por mais que houvesse a contestação ou resistência às suas práticas, estas conviviam não como negação da validade da ciência. Entretanto, na contemporaneidade, vivenciamos práticas anticiência, antivacina, antiquarentena e “anti”, propriamente, conhecimento, em prol da informação – que, diga-se de passagem, se constrói como falsa. Isso tem colocado em cheque a capacidade das noções científicas orientarem comportamentos de massa.

e práticas, cobriu todas as explicações das doenças que se pretendiam racionais ou que propusessem o aprofundamento dos conhecimentos em modelos observacionais. A ciência e a medicina eram vistas como blasfêmia, sendo consideradas desnecessárias. A Igreja Católica desautorizava qualquer iniciativa de avanço em conhecimentos científicos sobre o corpo e as causas das doenças, proibindo quaisquer explicações desconectadas da fé católica. A ciência e a medicina só foram desenvolvidas nesse período por árabes e judeus que mantinham a tradição e os conhecimentos oriundos do modelo hipocrático.

Tal como descrito, a principal ocorrência do trabalho em saúde era dada nos centros religiosos de assistência. Constituída por hierarquias de poderes e assimetrias entre o poder divino e do homem, deixou sequelas nas possibilidades reais de construção de uma necessidade positiva de saúde.

Consequência desta visão, as práticas de cura deixaram de ser realizadas por médicos e passaram a ser atribuídas a religiosos. No lugar de recomendações dietéticas, exercícios, chás, repouso e outras medidas terapêuticas da medicina clássica, são recomendadas rezas, penitências, invocações de santos, exorcismos, unções e outros procedimentos para purificação da alma, uma vez que o corpo físico, apesar de albergá-la, não tinha a mesma importância. (BATISTELLA, 2007a, p. 34).

A visão mágica e a religiosa compõem um campo de conexão nesta dissertação devido à identificação de que embora tenham a presença de perspectivas de mundo diferentes, carregam a semelhança da conexão humana com o divino, o para além do homem como perspectiva de saúde, além da não produção de sistematização do conhecimento. Em um polo está a conexão integral do sujeito-natureza através da magia, mitos e ritos mediados por uma figura humana central, caracterizando o trabalho em saúde como mobilização de conhecimentos místicos e da natureza para integração do sujeito-comunidade-espírito e, no outro, a religião católica, a expiação, a adoração a um ser transcendental, caracterizando o trabalho em saúde como uma assistência “até a hora de nossa morte, amém”.

1.1.2 Visão Médico-Racional (Hipocrática)

Com o desenvolvimento das sociedades gregas, baseadas no trabalho escravo e no comércio, estrutura-se uma racionalidade que cinde com a forma mítico-religiosa, constituindo bases do conhecimento sistematizado da natureza.

Criada no berço da civilização grega, a visão hipocrática de saúde e doença representa um rompimento com a concepção mágico-religiosa, a partir do surgimento de explicações racionais para os fenômenos. Hipócrates defendia um conceito ecológico de saúde e doença, baseado na observação.

A chamada “medicina grega” tinha práticas que utilizavam ervas medicinais e métodos naturais; buscava explicações de doenças baseadas em processos naturais, de interação homem-natureza, tendo Hipócrates como seu grande teórico (460-377 a.C.). Ele trouxe como conceitos a endemia e a epidemia, a partir da observação empírica da natureza. Considerava clima, solo, água, nutrição e modos de vida como fatores responsáveis pelo aparecimento de doenças na comunidade grega. Além de práticas curativas, a medicina grega já atuava na prevenção de doenças, valorizando a preservação da saúde a partir da harmonia do corpo, com ações de higiene e educação.

A relação com o ambiente e o equilíbrio são traços centrais na medicina hipocrática, que considera a doença um desequilíbrio dos humores fundamentais do organismo, logo, saúde seria, então, a homeostase, isso é, resultante do equilíbrio do homem e seu meio (BATISTELLA, 2007a).

Em síntese, para a medicina hipocrática, a doença não é um ser, “mas um estado qualitativo da natureza” (MENDES-GONÇALVES, 2017, p. 346), não é do humano, mas está presente no homem, na medida em que é parte da natureza. Essa perspectiva parte de uma concepção positiva de saúde, como um objetivo a ser alcançado através de adesão a comportamentos controlados. Em uma distinção de classe, o trabalho em saúde para a classe trabalhadora era voltado para o restabelecimento da funcionalidade dos corpos, reduzindo as lesões externas. “Esse ‘médico’ prosseguiu em sua história de pequeno artesão pelos séculos afora, até vir a ser o cirurgião-barbeiro da Idade Média e se reencontrar um dia com os presumidos herdeiros de Hipócrates, no alvorecer da medicina clínica do presente.” (MENDES-GONÇALVES, 2017, p. 347).

A contribuição da medicina grega foi assimilada pelo Império Romano com foco no avanço das engenharias sanitárias, com a criação de aquedutos, poços, sistemas, canalizações, banheiros e fontes públicas, trazendo acessibilidade aos banhos públicos e melhora nas condições de higiene pessoal da população. Além disso, também podemos destacar como medidas importantes a construção de latrinas

públicas e a drenagem de pântanos.

A grande circulação de pessoas – possibilitada pelas trocas comerciais e ascensão dos mercados e mercadorias, além dos processos “civilizatórios” colonialistas – permitiu a disseminação de doenças em diversos territórios, bem como a disseminação de pestes agrícolas que destruíram plantações coloniais. Além disso, as populações eram expostas aos riscos por processos que traziam mais sofrimento e mortes a determinados grupos sociais, como a ascensão da fome, a submissão, a escravização, e a eliminação de povos considerados bárbaros. A diminuição progressiva da peste negra proporcionou a volta do crescimento populacional, embora a humanidade ainda convivesse com outras doenças, tais como sífilis, varíola, cólera, tifo, e febre amarela.

Como o corpo do Curupira, o mundo olha em duas direções, mirando de um lado, o místico, e, de outro, o progresso da ciência. O período renascentista se configurou como um período de transição, de práticas esotéricas que conviviam com a transmissão do pensamento científico em ascensão.

A partir da dissecação de cadáveres para estudo da anatomia e dos órgãos, surge o primeiro estudo prático de anatomia. Possibilitado pela reforma protestante em curso e pela crença de que era dever de um crente estudar a criação mediante observação própria, não sem oposição. As universidades eram ligadas à Igreja Católica – contrária a mudanças – e tinham a concepção de que o papel da universidade era a transmissão, e não a descoberta de conhecimento. Portanto, os humanistas renascentistas fundaram as academias desvinculadas da igreja para iniciação de suas próprias discussões científicas. Assim se firmavam as bases da ciência moderna e do método, e com o surgimento da anatomia patológica nasceu a medicina moderna.

No campo da saúde, passam a ser desenvolvidos estudos de anatomia, fisiologia, e de individualização da descrição das doenças, fundada na observação clínica e epidemiológica. A experiência acumulada pelos médicos forneceu elementos para a especulação sobre a origem das epidemias e o fenômeno do adoecimento humano. (BATISTELLA, 2007b, p. 39).

Desse modo, iniciamos a percepção de que a presença de concepções em disputa orienta o movimento das práticas em saúde, o governo do povo e a formação dos trabalhadores.

Com o desaparecimento da sociedade grega, desaparece também a medicina hipocrática e a concepção de saúde que vai predominar durante a Idade Média até a

crise do regime feudal é visão religiosa.

O que é fundamental compreender sobre essa concepção é que embora tenha dado bases para uma modalidade de conhecimento sistematizado da natureza e priorizado o equilíbrio entre corpo humano e meio, essas bases foram de caráter filosófico, portanto, não consolidadas ainda como ciência, que veio a se desenvolver no período posterior à Idade Média. Isso é o que vai diferenciá-la da racionalidade médica moderna, a qual tomamos como modelo biomédico.

1.1.3 Visão Biomédica

O modelo biomédico é tributário do advento da modernidade. Em meados do século XVIII, ainda não existiam os sistemas classificatórios de doenças, fundados a partir da classificação de sintomas; a doença ainda era compreendida como uma entidade presente no ambiente. Com a ascensão dos estados modernos e o desenvolvimento do capitalismo e do industrialismo, amplia-se o avanço científico, a ciência e suas explicações causais tomam centralidade no ordenamento da vida.

Três movimentos são importantes de serem destacados para compreensão da concepção biomédica e sua materialização na modernidade: 1) a consolidação do modelo de produção capitalista moderno e o conseqüente ordenamento público; 2) o desenvolvimento da ciência e suas concepções positivistas; 3) o colonialismo⁵ e a exploração econômica de povos nas Américas e na África.

Os estados modernos, com suas doutrinas políticas e econômicas, influenciaram diretamente a administração da saúde, agora pública. Surgem os estados nacionais e, com eles, as estatísticas, o controle social, a medicina urbana e métodos de organização, vigilância e controle do espaço de produção e reprodução da vida, através da polícia médica.

No final do século XIX, questões relativas às doenças infecciosas, propagadas no período anterior, encontravam-se mais bem resolvidas. Com a possibilidade da erradicação de doenças infecciosas, houve um aumento na criação de laboratórios de

⁵ Sobre o colonialismo e a exploração dos povos nas colônias, as condições de vida, e de doença, passaram a ser consideradas, mediante a perspectiva do grupo dominador, os colonizadores. Saberes e práticas de saúde dos povos colonizados foram sistematicamente anuladas. Processos supostamente civilizatórios, assentados em teorias consideradas científicas, na época – capazes de justificar a submissão, a exploração e a eliminação dos povos, ou seja, o irracionalismo –, levaram a humanidade a mais de 300 anos de um projeto capitalista, baseado na diferença racial e de classe, no valor da vida humana.

microbiologia e imunologia em diversos países. Com a queda dos indicadores de mortalidade, cresce a expectativa de vida; esse processo pode ser caracterizado como transição demográfica (BATISTELLA, 2007a).

A fisiologia, anatomia, imunologia e a farmacologia trouxeram novos questionamentos ao campo científico. O método racional científico médico deu base estrutural para novos estudos e novas correntes de pensamento e descobertas. Novos modos de transmissão de doenças foram identificados, formas de tratamentos, vetores específicos, assim como foram aprimoradas técnicas e políticas sanitárias.

A consolidação do modelo de produção capitalista, o aumento demográfico, a ampliação da sua lógica e os níveis de capacidade produtiva, com a ascensão das indústrias e da urbanização modificaram a forma de trabalho anterior, tendo impactos notáveis nas condições de vida e de saúde da população, tais como na concepção de saúde e suas práticas.

As condições de trabalho modificadas pela produtividade e a qualidade de vida da classe trabalhadora eram problemas centrais naquele momento histórico. As péssimas condições de saneamento dos bairros operários e de trabalho nas fábricas, as jornadas de trabalho extenuantes e a alimentação dos trabalhadores tomaram proporções que ameaçavam a reprodução da força de trabalho, indispensável à manutenção do modelo de sistema capitalista.

Movimentos organizados dos trabalhadores, que questionavam as condições de vida e trabalho existentes, colocavam em evidência as contradições do modo de produção e confrontavam os interesses dos proprietários. Os estados nacionais intervieram no processo, mediando-o através de leis e mecanismos de controle capazes de assegurar a reprodução da força de trabalho e os interesses capitalistas em seu conjunto.

Os estados, então, sob o paradigma da teoria dos miasmas, realizaram reformas e difundiram lógicas de comportamentos de higiene que buscavam controlar os modos de vida das populações, propagando práticas de controle social sobre as condições de produção e reprodução da vida, com objetivo de promover um saneamento urbano, modificar os modos de vida e os padrões de comportamento dos trabalhadores através de práticas normativas e principalmente educativas (SABROZA, 2001).

Essas ações diretas sobre o processo saúde-doença para o controle sanitário nas populações passaram a ser promovidas sistematicamente pelo Estado. Agentes

políticos e econômicos atuavam através de campanhas visando a contingência de pragas e a diminuição da propagação das doenças. A intervenção e controle estatal mostra a relevância do papel deste no controle de epidemias e na produção de condições de reprodução da vida, necessárias e convenientes ao sistema capitalista.

Tal como já discutimos, o advento da ciência moderna e os debates relacionados à validade do conhecimento e às formas de produzi-lo giraram em torno de teorias racionalistas e empiristas do conhecimento. Os empiristas confirmavam a validade do conhecimento a partir de experiências que geraram a sua construção, enquanto os racionalistas o faziam pela existência de saberes e contextos *a priori* que levariam a buscas, *a posteriori*, das evidências científicas. Ao mesmo tempo em que a ciência produz sua própria afirmação, surgem as teorias modernas sobre a ciência⁶.

O hospital, anteriormente um lugar de expiação, segregação e assistência religiosa, desloca-se para um espaço de cura. A substituição da figura dos clérigos por médicos, e a separação do espaço interno por classificação dos sintomas dos doentes foram alguns aspectos fundamentais dessa mudança.

As doenças passam a ser acompanhadas estatisticamente e o hospital também se tornou espaço de produção de conhecimento. Na interseção entre a racionalidade científica e a clínica, identificamos algumas mudanças para a adaptação desse sistema a padrões de cientificidade, tais como: a adoção de uma linguagem mais objetiva e descritiva; a procura da doença no corpo; a busca de evidências empíricas através do exame físico; a correlação dos sintomas com lesões explicativas. O médico e a medicina se instrumentalizam com técnicas, teorias e saberes sobre determinada realidade, agora patológica.

O desenvolvimento do capitalismo no final do século XVIII e início do XIX socializou o corpo enquanto força de trabalho e os mecanismos de controle sobre os indivíduos se desenvolveram pelo controle do corpo, do biológico, do somático. A sociedade capitalista investiu exatamente sobre isso: uma realidade biopolítica produzida e controlada, sendo a medicina uma de suas principais estratégias.

Em “O nascimento da biopolítica”, Foucault (2008) vê o problema da população como a maneira pela qual o governo das populações racionalizava os problemas postos pelo conjunto da população, tais como doença, higiene, natalidade, raças,

⁶ Segundo Batistella (2007a), a formação da medicina científica moderna se constitui subordinada ao desenvolvimento do capitalismo, que gerou novas noções do Estado e de seu papel na intervenção social.

longevidade e o lugar que essas questões foram ocupando no século XIX, apresentando-se como desafios políticos e econômicos, constituídos até as sociedades atuais. Para o autor, não era possível desvincular essas questões do âmbito de racionalidade política na qual elas surgem, a saber: o liberalismo. A contradição de ser um sistema baseado no respeito às individualidades e o direito à liberdade individual é justamente onde o fenômeno da população e problemas específicos também surgem (FOUCAULT, 2008).

Somente na segunda metade do século XIX, o problema do corpo, da saúde dos indivíduos e do nível da força produtiva se apresenta. Durante esse período histórico de desenvolvimento capitalista, tais questões estavam vinculadas diretamente com a própria preocupação da manutenção da força produtiva. A biopolítica se caracteriza como uma forma de governar a população, baseada no direito de fazer morrer e deixar viver, destinada a produzir forças e ordená-las; um poder sobre a vida destinada a geri-la, controlá-la e regulada. Surge a partir da entrada da vida na história e se caracteriza como uma positivação do poder, uma orientação governamental de como os indivíduos devem viver suas vidas, legitimando o poder pela capacidade de salvar ou deixar morrer.

Para Foucault (2015), a medicina moderna nasce no final do século XVIII, já nasceria como uma medicina social, que tem por pano de fundo uma tecnologia sobre o corpo social, um saber-poder e que apenas um de seus aspectos é individualista e valoriza a relações médico-doente.

No âmbito da mudança na estrutura perceptiva que sustentará o pensamento médico-científico emergente, estão os valores da “localização”, “especificidade” e “intervenção”. Os fenômenos são explicados pela nova racionalidade a partir do estudo, baseado na observação e na experiência, das mudanças morfológicas, orgânicas e estruturais. Por conseguinte, a saúde passa a ser entendida como seu oposto lógico: a inexistência de patologia, ou seja, a própria fisiologia. Essa profunda transformação na forma de conceber a doença irá assentar as bases do sistema teórico do modelo biomédico, cuja força explicativa é responsável pela sua presença até os dias de hoje. (BATISTELLA, 2007b, p. 53).

Na medida em que as investigações científicas concentravam-se na análise da doença, seus sinais e sintomas e classificações, o conceito de saúde era negligenciado ou secundarizado, subentendido como não doença.

Segundo o Batistella (2007a), Christopher Boorse foi um dos primeiros cientistas a enfrentar o desafio de conceituar saúde, ainda dentro da perspectiva do modelo biomédico. O cientista elaborou, nos anos 1970, a teoria bioestatística da

saúde, um *conceito negativo de saúde*, conceituando-a como ausência de doença; classificou os seres humanos como saudáveis ou não, dentro dessa lógica estatística, extraída de fatos biológicos, o que excluía fatores sociais, como economia e cultura, das dimensões de análises. Para Boorse, a construção de uma conceituação deveria evitar qualquer dimensão de valor na sua definição – noção essa vinculada à perspectiva da neutralidade das ciências, presente no positivismo comteano (LÖWY, 1994).

Outro autor influente neste debate é o médico francês Claude Bernard, um dos principais autores da linha experimental hipotético-dedutiva, filiado à compreensão das doenças como continuidade de fenômenos patológicos e fisiológicos (BATISTELLA, 2007a). Para ele, os estudos devem partir do estado “normal” do indivíduo para se compreender a patologia.

O modelo capitalista desenvolvimentista desempenhou um importante papel nos estados nacionais, que assumiram funções de regulação das relações econômicas e de trabalho, manutenção da ordem, defesa da propriedade privada e do território. Também assumiram responsabilidades de promover investimentos infraestruturais para expansão do capital.

A polaridade mundial, criada pela oposição capitalismo/socialismo na configuração de blocos opostos – Estados Unidos e União Soviética –, resultou em grande avanço científico-tecnológico e de competitividade. Esse processo causou diversos impactos sobre as condições de vida e de saúde, além da dependência de países periféricos às grandes potências mundiais.

Foram ampliados fenômenos, como: crescimento das desigualdades regionais e internacionais, gerada pela massiva concentração de capital; crescimento populacional; aumento dos fluxos populacionais nas áreas urbanas; dependência da população de controles sociais; e necessidade de aplicação de políticas públicas para sobrevivência de populações. O papel dos estados nacionais com as políticas públicas e sociais era a garantia das condições de vida da população, do controle do risco e das epidemias, e de investimentos em infraestrutura para assegurar a reprodução massiva do capital. Nesse processo de desenvolvimento econômico, sustentado pelo Estado, são importantes as diversas transformações nas condições de vida, nas determinações do processo saúde-doença, nas concepções científicas e populares e nos modelos assistenciais. As práticas de saúde passaram a se caracterizar cada vez mais pelo conhecimento técnico-científico do que por práticas tradicionais,

impulsionadas pelos avanços científicos e industriais em escala, tais como a descoberta de antibióticos, inseticidas, hormônios e medicamentos.

No período de transição para o capitalismo, as estruturas sociais foram paulatinamente substituídas por novas relações do homem com o trabalho. As concepções de mundo foram se modificando e, com elas, a de natureza, de conhecimento e de saúde. As práticas de saúde nesse período decorrem das efetivas necessidades sociais que foram emergindo com o capital. O novo significado social atribuído ao corpo foi de força de trabalho. O trabalho exercido por esse corpo, sendo parte a parte descoberto, passa a ser “livre”⁷, livre para ser vendido como força de trabalho no mercado.

O caráter fundamental do capitalismo é essencialmente político. A base econômica do Estado, que configura o modo de produção e reprodução do capitalismo, está diretamente vinculado à dominação política exercida para que essa estrutura se conserve. O que estrutura todo o sistema capitalista é a direta vinculação dessas bases na manutenção da ordem social de dominação burguesa. As relações de classe e o poder do Estado tornam possíveis a expropriação dos trabalhadores, a extração da mais-valia pelos apropriadores e a manutenção da propriedade privada. No sistema capitalista, a perda da mais-valia é a condição da produção, do “contrato de trabalho”, não há necessidade de coação direta dos apropriadores, esta é condição *a priori* (WOOD, 2003).

Assim, o *status* de liberdade e igualdade de todos perante as leis implementou uma igualdade formal de todos os cidadãos que, na prática, reduzia a igualdade real. A coação dos trabalhadores passou a ser não pelo seu caráter político, mas pela legitimidade econômica de se estabelecer contratos entre os “iguais”. Dito de outra forma, a extração dos excedentes do trabalho, no capitalismo, ocorre por meios estritamente econômicos, sem coação – servidão por dívida, ou outros meios de subordinação –, mas na relação contratual de sujeitos livres, o que Mendes-Gonçalves (2017, p. 351) nomeia como “dinâmica político-ideológica derivada do princípio da

⁷ As liberdades individuais não foram criadas como restrições às formas de poder oriundas do capitalismo. Pelo contrário, a condição de liberdade permitiu a existência de uma democracia onde a apropriação não se dá por razões extraeconômicas, políticas ou jurídicas, mas pela própria condição de liberdade.

igualdade”. Portanto, a extensão de direitos sociais e políticos não transforma as relações de desigualdade econômicas estabelecidas.

Depois dessa breve digressão sobre o capitalismo e sua forma de extração de riqueza, podemos entender melhor as funções atribuídas ao trabalho em saúde: controlar a ocorrência de doenças para minimizar a incapacidade para trabalhar e recuperar a força de trabalho incapacitada (MENDES-GONÇALVES, 2017) originando dois modelos complementares nos quais o trabalho em saúde se baseava para atender a essas necessidades.

O primeiro modelo, o epidemiológico, predominante no século XIX, configurava-se como um controle das doenças em nível social. Para isso, foi desenvolvida uma concepção de doença como um fenômeno coletivo. Esse novo recorte sobre o que seria a doença derivou-se da experiência das epidemias e dos conhecimentos sistematizados que constituíram a racionalidade científica moderna (MENDES-GONÇALVES, 1992). Foi possível realizar trabalhos que executavam a contagem das doenças ao longo do tempo, observar as características dos espaços geográficos, dos ambientes de convívio humano, e retirar conclusões de previsibilidade de casos em um determinado ambiente ao longo do tempo, bem como verificar a relação da ocorrência de doenças com fatores humanos ou ambientais.

Esse novo olhar criou instrumentos de trabalho, como o saneamento ambiental e a educação em saúde, sendo seus resultados dados pela redução da mortalidade, e comprovados, agora, pelos modelos estatísticos. O trabalho tecnológico em saúde trazia a contradição de conceber a doença como fenômeno coletivo natural, do humano, ou também como essencialmente social, causado pela estrutura da sociedade.

O segundo modelo, o clínico, surgido no século XIX, mas predominante no século XX, trouxe a concepção de doença como alteração morfológica/funcional. A doença é concebida como uma ocorrência exclusivamente biológica individual, uma patologia oposta à normalidade do corpo. Uma de suas características foi a hegemônica vinculação do trabalho em saúde ao trabalho do médico e o avanço científico-tecnológico capaz de realizar a prática do diagnóstico, de cirurgias e desenvolvimento de fármacos.

Para Mendes-Gonçalves (2017), a medicina anatomoclínica, tal como o princípio ideológico da igualdade, é individualizante e atende perfeitamente aos interesses do capital, na medida em que concebe um corpo abstrato reduzido a dimensões biológicas, portanto, individuais, que servem a uma determinada função. Da mesma maneira que o capitalismo naturaliza as contradições do capital-trabalho, o modelo clínico naturaliza os fenômenos da doença, recortando estes de suas mediações sociais.

À medida que as funções do médico se complexificavam – como grande proprietário da clínica e do ordenamento dos processos de trabalho –, o trabalho foi dividido em partes “mais manuais” e “mais intelectuais”, cabendo ao enfermeiro funções relativamente “mais manuais” do processo terapêutico, enquanto o diagnóstico e a prescrição, além de certas técnicas mais privilegiadas mantiveram-se em posse da figura do médico. As formas menos qualificadas e as funções menos intelectuais do trabalho do enfermeiro foram sendo, também, designadas para seus auxiliares.

A técnica não existe isolada de sua apropriação diferenciada na reprodução das diferenças de classe, e o controle dos momentos “mais intelectuais” do trabalho garante o poder sobre o conjunto do processo, além de outras hierarquizações sociais importantes. Reproduz-se dentro do trabalhador médico coletivo, dessa maneira, dentro de certos limites, o mesmo tipo de dinâmica geral característica de reprodução social, acarretando contradições que opõem, de um lado, uma racionalidade puramente técnica, mas abstrata, e de outro lado, a necessidade de reprodução de relações sociais, em si mesma também abstrata. (MENDES-GONÇALVES, 2017, p. 357).

Da mesma divisão vertical surgem divisões horizontais, as especializações dos processos diagnósticos e terapêuticos, e a agregação de outros profissionais complementares, como nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, administradores, entre outros.

Passa a ser necessidade social o consumo de trabalhos produzidos por outros setores, como a indústria farmacêutica, o complexo de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, determinado por toda uma rede de articulações sócio-históricas que fogem ao escopo deste trabalho, mas que precisam ser mencionadas no processo de complexificação do capitalismo, da doença, da saúde e do trabalho em saúde.

Todo esse conjunto de fatores foi acrescido, na maioria das sociedades capitalistas, pela organização do próprio trabalho sob a forma de empresas prestadoras de serviços de tipo capitalista, elas próprias. Quaisquer que fossem os méritos – fala-se em aumento da produtividade e da competência técnica por efeito da competição estimulada pela necessidade de lucro, e

outras vantagens do mesmo tipo, todas supostamente inerentes à iniciativa privada de forma exclusiva – o fato social iniludível é que a empresa capitalista tem de visar antes de mais nada o lucro, quer queira, quer não. O lucro do capital, investido diretamente em saúde, o lucro das empresas produtoras de bens e serviços consumidos no trabalho em saúde, a multiplicação dos postos de trabalho associados à necessidade de extensão permanente de cobertura de uma gama permanentemente ampliada de necessidades, tudo isso junto levou ao que costuma ser referido como “crise contemporânea da medicina”, querendo-se com isso dizer que o gasto social no setor tornou-se desproporcionalmente grande em relação a outras demandas e em relação ao benefício dele decorrente. (MENDES-GONÇALVES, 2017, p. 359).

Durante todo o período de quase identificação exclusiva do trabalho em saúde com o modelo clínico, o modelo epidemiológico não desapareceu, mas se perpetuava através do saneamento, da vigilância epidemiológica e das imunizações.

Após a identificação dos modelos, podemos observar que, além de concomitância sem anulação, estes se configuram na presença de um momento histórico. Assim, as práticas de saúde coincidem com as necessidades sociais e de grupos populacionais que alcançam o status de necessidade de todos os indivíduos. Nesse sentido, tanto o modelo clínico, quanto o epidemiológico são medicinais sociais (MENDES-GONÇALVES, 2017)

A concepção de saúde biomédica constitui sua perspectiva no “silêncio dos órgãos”, numa referência à saúde de forma negativa, de oposição à doença. Em termos objetivos, saúde seria a ausência de doença. De origem pragmatista e liberal (RAMOS, 2010), essa concepção fundamenta sua racionalidade no corpo, fragmentando-o em partes – órgãos, tecidos, células, microrganismo, átomos –, deixando emergir, conseqüentemente, os especialismos oriundos dessa fragmentação, estruturando o conhecimento sobre a função a partir da disfunção. Os componentes corpóreos são os pontos de partida e de chegada, orientando a lógica dos serviços, da assistência, das políticas e da gestão, a promover relações médico-curativas individuais.

Pela ótica da concepção biomédica, as necessidades sociais⁸ de saúde são identificadas com o consumo de serviços e assistência à doença, terapêutica, exames,

⁸ Entendemos aqui, necessidades sociais, dentro do capitalismo, como as necessidades de um grupo particular de indivíduos, exercendo hegemonicamente sua dominação sobre outros; uma direção intelectual e moral, como instrumento de supremacia, exercida pelas classes superiores sobre as subalternas, sendo os intelectuais, aqueles de suposto saber, o meio. Dessa forma, atendidas as

consultas individuais, serviços médicos de uma maneira geral. Reduzindo a saúde à negação, ausência de doença, numa relação de subordinação da primeira à segunda, promovendo uma redução não apenas da saúde, mas do próprio sujeito.

Dessa forma, não queremos afirmar a ilegitimidade do consumo de serviços médicos, da busca da cura das doenças, de redução do sofrimento humano, tendo em vista seus genuínos benefícios à sociedade. Entretanto, ainda nos cabe criticar a forma como isso pode ser executado, reduzindo-se apenas ao consumo de serviços médicos curativos individuais e ao crescimento desigual, exponencial e insustentável de serviços consumíveis, cada vez mais tecnológicos e caros, produzindo abismos mais profundos de acesso, sustentados pela desigualdade de classe⁹.

Para Mendes-Gonçalves (2017), retirando-se as legítimas diferenças dentro do gênero humano, os modelos de saúde devem estar fundamentados na abolição das diferenças substantivas dos homens e colaborar para reprodução de ideologias que não requeiram desigualdades como condição estrutural. Assim, não se deve antagonizar as dimensões individuais e sociais, compreendendo o sujeito enquanto síntese de ambos os processos e não reduzindo as necessidades de saúde ao consumo abstrato de serviços.

1.1.4 Saúde Coletiva

Ao classificarmos a concepção de saúde coletiva ampliada/Ampliada¹⁰, abordaremos a medicina preventivista, os determinantes sociais da saúde e a determinação social da saúde.

O modelo de história natural das doenças, desenvolvido por Leavell e Clark (1976), serviu de base para a medicina preventivista, orientando projetos e práticas

necessidades sociais que se confundem com as da ordem vigente e interditas e não legitimadas àquelas as quais fogem a essa racionalidade.

⁹ Tal como temos visto em relação à distribuição desigual de vacinas e à perpetuação da desigualdade como principal determinante para Covid-19.

¹⁰ Importante destacar que tratamos os termos “saúde coletiva” e “saúde ampliada” como sinônimos; já “saúde pública”, ainda que também possa ser utilizado como sinônimo, é uma concepção vazia, que pode tender mais a práticas biomédicas, de determinação social, ou de outras visões ainda por vir, tendo em vista que historicamente as práticas de saúde pública vieram alinhadas ao modelo biomédico, entretanto, como prática de gestão, pode ser direcionada a outras concepções. Já no estudo empírico, detalhado no capítulo 4, “saúde pública” e “ampliadas” aparecem como categorias operacionais.

médicas na atenção pública à saúde. A lógica central desse modelo é a do processo dinâmico das doenças no corpo dos sujeitos e a relação com os determinantes ambientais. Sua proposta consiste em identificar os determinantes, controlar os processos patogênicos e realizar intervenções médico-sanitárias.

As oportunidades de intervenção devem ser analisadas e escolhidas pela sua eficácia interventiva, mediante o estágio em que se encontram. Os estágios podem ser de: 1) promoção da saúde, intervenção sobre os determinantes sociais; 2) prevenção, tratamento precoce ou quando a doença já está estabelecida; e 3) recuperação.

As ações desenvolvidas com base no modelo preventivista, na atenção pública à saúde, tiveram atuação prioritária no nível de prevenção e diagnóstico precoce das doenças, limitado no que concerne à proposição de mudanças estruturais. Com a medicina preventivista, passou-se a considerar como objeto da prática médica não só o sujeito que recebia os cuidados, mas o conjunto da população sobre a qual deveria incidir as ações preventivas. O escopo de atuação dos serviços de saúde foi ampliado, a fim de integrar os serviços médicos, o controle ambiental e a educação em saúde.

Esse modelo de atuação “transferiu a atenção da saúde pública do espaço de transmissão das doenças para os corpos das pessoas e seus locais de moradia e trabalho.” (SABROZA, 2001, p. 21). A partir dessa mudança, surgiu um bloco de saberes e disciplinas que passaram a acompanhar e orientar as novas práticas, como a epidemiologia, a administração de serviços de saúde, planejamento em saúde e a administração populacional.

O controle populacional tornou-se mais central do que nos modelos anteriormente vigentes e o conceito de população foi tomado com base em critérios políticos e econômicos. O escaneamento dos grupos populacionais e a formação dos grupos de risco se tornaram medidas centrais de saúde pública, assim como controle da frequência de problemas de saúde em uma determinada parcela da população ou em um território. Outras ações se concentraram no monitoramento dos problemas de saúde para seu diagnóstico precoce. Para a execução da notificação e consolidação sistemáticas de informes estatísticos, foi necessário um avanço nos sistemas de informação de monitoramento.

Apenas nos anos 1970 esse modelo foi ganhando corpo no Brasil, através das reformas do ensino médico e da saúde pública, consolidadas nos anos 1990 com a criação do SUS e com a implantação do saneamento de algumas periferias urbanas, com ampliação dos programas de vacinação, hidratação oral e redução da natalidade (SABROZA, 2001, p 22).

Segundo Sabroza (2001), ao mesmo tempo em que viabilizou sistemas de informação eficazes, a medicina preventivista ampliou a medicalização dos grupos populacionais populares. Os problemas sociais, que poderiam ser expressos em revoltas com as condições de vida, foram medicalizados e controlados paliativamente para conter crises sociais e revoltas contra o Estado. Nessas circunstâncias, a saúde se tornou uma ideia vinculada ao acesso a sistemas e serviços médico-assistenciais de saúde, embora estes oferecessem baixa resolutividade dos problemas sociais, políticos e econômicos. Com isso, podemos observar uma ampliação dos mercados privados de serviços e produtos para a saúde.

O trabalho cânone, realizado por Arouca (1975), estabeleceu uma análise crítica de profundidade do projeto preventivista da época, e assinalou que essa medicina delimitou sua identidade, diferenciando-se da própria medicina clássica, ao mesmo tempo em que estabeleceu suas diferenças com a saúde pública e a medicina social.

Segundo Nunes (1994), a insurgência da saúde coletiva foi marcada primeiramente pelo projeto preventivista e, em uma segunda fase, pela medicina social. Na América Latina, já na segunda metade dos anos 1950, diagnosticava-se uma crise de um determinado projeto de medicina. Surge, assim, a defesa de reformas vinculadas a um projeto pedagógico, mais do que sobre, propriamente, as práticas médicas; procurava-se criticar a biologização do ensino e as práticas individuais centradas no modelo hospitalar, além de introduzir novos conhecimentos calcados na integração biopsicossocial.

Tal como já dito, a medicina moderna nasceria a partir do século XIX como uma medicina social, ao passo que a medicina preventivista, nos anos 1980-90, faria sua crítica. Para Nunes (1994), a saúde coletiva nasce do “esgotamento de uma determinada orientação, a da saúde pública clássica e da medicina social” (p 15), com vistas a modificar o campo da docência, da pesquisa e da prestação de serviços, estabelecendo um equilíbrio entre os conteúdos técnicos e teórico-conceituais.

A saúde coletiva passa a se estruturar como um campo de saber e prática. O acúmulo de experiências e o exercício crítico e político estão nas bases dessa ideia que vai se fortalecendo na medida em que encontra nas práticas teóricas o solo que a fundamenta. Assim, vejo a saúde coletiva como corrente de pensamento, movimento social e prática teórica. (NUNES, 1994, p. 15).

Assim, a saúde coletiva se constitui como corrente de pensamento e como um movimento social crítico das práticas científicas, da formação e da atenção à saúde. Para tanto, incorporou o campo das ciências sociais para pensar as dinâmicas de saúde-doença-intervenção, captando para si a tarefa de compreender e interpretar os determinantes da produção social da doença e da organização social dos serviços (NUNES, 1994). O termo “saúde coletiva” passou a ser utilizado no Brasil a partir de 1979, por iniciativa de um grupo de profissionais da saúde pública, da medicina social e preventiva. Tal iniciativa buscava fundar um campo científico com orientações teórico-metodológicas, sociais e políticas, elevando o social como uma categoria analítica, ou seja, incorporar categorias de análise social à temática da saúde.

Ao incorporarem o social na temática da saúde, realizaram o processo pela crítica ao objetivismo, trazendo a tradição marxista para o debate, colocando a subjetividade como determinada pela necessidade de organização coletiva dos sujeitos.

Para alguns, a saúde coletiva se constitui numa espécie de metadiscurso supostamente capaz de criticar e reconstruir saberes e processos concretos de produção de saúde. Nesse sentido, ela forneceria metaexplicações auto-suficientes sobre a tríade saúde, doença e intervenção. Por outro lado, seu discurso constitutivo tenderia a hipervalorizar a determinação social dos processos saúde/doença, desqualificando os fatores de ordem subjetiva e biológica. Neste caso, a saúde coletiva não é vista como um modo de intervenção sobre o real, mas como um novo paradigma ou um modelo alternativo aos demais. (CAMPOS, 2000, p. 222).

A partir do exposto, levantamos as seguintes questões: a saúde coletiva teria criado um novo paradigma, negando e superando o da medicina preventivista e o da antiga saúde pública? Esse seria um novo paradigma que superaria o modelo clínico na organização dos serviços? Segundo Campos (2000), os fundadores da saúde coletiva foram os pioneiros na crítica ao positivismo que constitui as práticas sanitárias tradicionais. Assim, a saúde coletiva nasce justamente da crítica a esse positivismo, sendo a saúde pública tradicional também imagem e semelhança do modelo biomédico.

Em determinados momentos, Campos (2000) utiliza como sinônimos “saúde coletiva” e “saúde pública”¹¹. A saúde coletiva é considerada pelo autor como uma espécie de atualização das práticas de saúde pública, quando acrescida da problemática do social, da determinação da saúde e do conceito atualizado de saúde-doença, intervenção, tomando a saúde como um valor de uso¹².

O ponto é que conhecimentos em saúde produzidos antes sob a égide do positivismo e do estruturalismo reforçam a dualidade sujeito e objeto, produzindo intervenções fragmentadas e destinando os sujeitos a posições passivas de receptores dos cuidados, reduzindo sua autonomia e liberdade.

Para Campos (2000), a saúde coletiva poderia adotar duas formas de trabalho diferentes e combinadas. A primeira seria a de “influenciar a transformação de saberes e práticas de outros agentes, contribuindo para mudanças do modelo de atenção e da lógica com que funcionam os serviços de saúde em geral” (CAMPOS, 2000, p. 225), atuando como um campo de saber de todos os profissionais da saúde. A segunda forma sugere ter um profissional específico, o sanitarista, como uma liderança ocasional que trabalhasse em equipe interprofissional, atuando verticalmente nas equipes para promoção da saúde e prevenção, adotando a intersetorialidade e o apoio matricial.

Assim, uma teoria do processo saúde-doença-intervenção, baseada na saúde coletiva, patrimônio orientador de suas práticas sanitárias, seria constituída com base na perspectiva social, na vigilância, na antropologia, na biologia, na clínica e na epidemiologia, com diversificação dos saberes. Compondo o produzir saúde pela utilização de práticas qualitativas e quantitativas, resultando em políticas de saúde e

¹¹ A nomenclatura da clínica ampliada tem sido utilizada por Campos, em outros trabalhos, sendo culminado em sua tese de livre docência, vinculada à concepção de Paideia, na qual a clínica ampliada aparece para denominar práticas de gerenciamento dos serviços de saúde que adotem a singularização do atendimento clínico, focando nos sujeitos e não na doença. Atribuindo a responsabilidade sanitária do profissional de saúde e sua autonomia, ampliando-se também o objetivo da clínica, suas finalidades, para além do trabalho curativo, preventivo e de reabilitação, a ampliação de autonomia dos próprios usuários e de suas implicações nos processos de saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

¹² “Saúde como valor de uso” seria compreendida como um bem utilizável para pessoas concretas vivendo em situações específicas. O termo vem da perspectiva marxiana e se refere à utilização de um bem ou serviço para perpetuação da existência humana e sua tarefa de transformação da natureza, transformando a si mesmo no processo. Assim, saúde entendida como um bem público, um direito universal, e não em função do seu valor de troca, capacidade maior ou menor de um trabalhador vender sua força de trabalho, igualando-se a ela no processo.

modelos de atenção diversificados. Dessa forma, um dos papéis fundamentais da saúde coletiva seria olhar para uma coletividade específica como conjunto de sujeitos determinados historicamente, grupos de pessoas concretas social e culturalmente constituídas, não um conglomerado de doenças em circulação.

Saúde, determinantes sociais ou determinação social?

Oriundas do seio da concepção de saúde coletiva, temos a teoria da determinação social e os determinantes sociais, ocasionando uma problemática que se refere a sua diferenciação. Para Albuquerque e Silva (2014), a distinção entre determinantes em saúde e determinação social da saúde se estabelece, primeiramente, na concepção de saúde.

A saúde pode ser compreendida a partir da produção social humana e das condições de sua máxima realização, de acordo com as possibilidades historicamente produzidas pela transformação da natureza; saúde como possibilidade de realização daquilo que lhe é potencialmente inerente. Dessa forma, a saúde se relaciona com a análise do modo de produção, do grau de desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais.

O homem, ao atuar sobre a natureza na produção da existência, atua de maneira teleológica, modifica a natureza de maneira organizada e planejada para transformá-la, intencionalmente, através do trabalho, característica essa própria da humanidade, diferentemente dos animais que agem sobre a natureza por características biológicas. Dessa forma, os seres humanos são propriamente humanos porque agem sobre a natureza a fim de transformá-la como forma de existência, ampliando constantemente suas potencialidades. Dito de outra forma, ao produzir objetos e utilizá-los para viver, o ser humano produz a realidade e a si mesmo, sendo ele produto da própria sociedade que produz (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014).

Para os autores, a saúde é condição máxima de desenvolvimento das potencialidades dadas de acordo com o avanço das relações de produção.

Se entendermos, assim, que saúde significa “estar vivo e em condição de nos objetivarmos como humanos, de realizarmos em cada um de nós o máximo dentro do que a humanidade já estabeleceu como possibilidade”, torna-se muito claro que essa objetivação depende não somente da regularidade anatomofuncional do corpo, mas também da possibilidade de apropriação daquilo que a humanidade produziu. Os produtos humanos aos quais estamos nos referindo e dos quais necessitamos para nos objetivarmos incluem: alimentos, moradia, educação,

meio ambiente, transporte, serviços de saúde, hábitos ou estilos de vida, entre outros, denominados de “determinantes sociais de saúde”. (ALBUQUERQUE E SILVA, 2014, P. 957).

Dado o caminho para distinção entre determinantes sociais e determinação social, encontramos que estes estariam vinculados a comportamentos individuais e condições de vida e trabalho, ambientais, sociais, econômicas e culturais.

Os determinantes sociais da saúde (DSS), segundo a comissão de determinantes sociais da saúde no Brasil (2006): “São os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78). Já segundo a comissão de determinantes sociais da OMS (2005), “São as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham.” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78).

Algumas críticas presentes na ideia dos determinantes estão centradas na perspectiva de que eles podem incorrer em culpabilização dos sujeitos, na medida em que atuam sobre uma perspectiva reducionista, associada a fatores de riscos e estilos de vida. Nessa perspectiva, processos e ações que atuassem na má distribuição de renda como um fator preponderante dos determinantes em saúde não são cogitados como questão, expondo a fragilidade do modelo explicativo.

Já a teoria da determinação não é uma simples relação de causa e efeito. Portanto, a dificuldade de seu estudo encontra-se no não estabelecimento de hierarquias de determinações que incidem sobre a situação de saúde dos indivíduos. Por exemplo, não é porque um país tem um produto interno bruto (PIB) mais elevado que outro, que seus indicadores de saúde necessariamente apresentarão melhores resultados. Não é possível o estabelecimento de uma simples correlação. O importante é o estudo das cadeias de mediações que irão permitir a redução das iniquidades em saúde, pontos sobre os quais poderão incidir estratégias de ação e intervenções que provocarão maior impacto na redução destas (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 81).

Outro desafio relevante é a distinção entre os determinantes individuais e os coletivos, como a incidência dos hábitos de vida, alimentação, fumo, e as diferenças de classe social. Os fatores individuais são importantes para identificação dos indivíduos dentro de um grupo social que esteja submetido a maiores riscos. Mas a

diferença entre os grupos sociais dentro de um mesmo território ou em outro país está mais relacionada à distribuição de renda, sendo necessários níveis de análise diferentes.

Na pandemia de Covid-19, por exemplo, países ricos, como China e Alemanha, tiveram menores índices de mortalidade e estão saindo da crise econômica e sanitária mais rapidamente, causando menos danos à saúde, sociais e econômicos. Entretanto, os EUA, também uma grande potência mundial, embora seja economicamente rico, tardou na credibilidade da pandemia e tem um modelo de assistência à saúde hegemonicamente privado, fragmentado, que tem pouca capacidade instalada, centrado na figura do hospital, em detrimento da atenção primária, o que gera dificuldade de acesso populacional¹³. Assim, diante da necessidade de dar conta de uma pandemia, foi observado maior quantitativo de mortes e déficits econômicos. Países mais pobres, como Moçambique e Colômbia, que necessitam de ajuda humanitária e econômica, dificilmente se recuperaram da crise social e econômica gerada pelo aumento da dívida pública e redução de empregos. O Brasil, pela crise política vivenciada¹⁴, tarda a apresentar políticas eficazes para gerenciar a situação.

¹³ Outra questão relevante sobre o caso dos Estados Unidos no enfrentamento à pandemia de Covid-19 são as implicações de saúde com o desemprego em massa causado pela pandemia (20 milhões de trabalhadores desempregados). Muitos trabalhadores americanos perderam o seguro saúde, que no país é patrocinado pelo empregador, pela ausência de um sistema público de saúde universal, o acesso à saúde dos americanos se dá de maneira privada. Como é um serviço caro, muitos não têm acesso. Uma vez que o desemprego aumentou, a cobertura de saúde diminuiu, levando muitos trabalhadores à insegurança. O que nos traz a questão central de como se paga por serviços de saúde no país. Eles prestam um serviço privado, disponibilizam no mercado algo que determinados indivíduos podem ou não pagar. Isso tem implicação direta da própria concepção de saúde que é veiculada. Enquanto no Brasil as lutas sociais levaram à compreensão da saúde como um direito social e, portanto, universal, nos Estados Unidos esta é essencialmente uma mercadoria.

¹⁴ Tomando um pouco o termo “crise política”, gostaria de esclarecer que me refiro sobre as decisões políticas determinadas pela escolha de um líder político altamente controverso, sobretudo quando se tratou, e trata, da gestão da pandemia. Investigando as faces sobre as quais a ignorância pode ser utilizada como recurso, tal líder mantém informações inteligíveis e relações de poder que se estabelecem no uso coordenado da ignorância. A ignorância foi utilizada como uma ferramenta indispensável para gerenciar riscos e exonerar-se de culpas na condução de eventos catastróficos, bem como a mobilização da ambiguidade, a negação de fatos inquietantes, a percepção de que saber o mínimo possível é muitas vezes o máximo. Um governo neoliberal autoritário-populista, produzindo ativamente a ignorância, resultando na distorção da lógica através de ações, como negacionismo, afirmações de um autoritarismo, uma mistura de desconfiança populista em relação à ciência (com a promoção de tratamento precoce e desconfiança sobre as vacinas), capacitismo, ideal de corpo e histórico de atleta, e uma masculinidade tóxica, insuflando a condição de homem másculo, invulnerável, resultando em uma produção de guerra populista à própria verdade.

Para Albuquerque e Silva (2014), mesmo modelos mais ampliados, como os de Dahlgren e Whitehead e o de Diderichsen, não demonstraram as relações existentes entre as instâncias econômicas, sociais e culturais, ocultando suas contradições. Para eles, as questões que são apresentadas como determinantes de saúde são analisadas por uma perspectiva positivista e fragmentada.

Comportamentos tidos como de risco podem ocorrer subordinadamente às condições particulares de existências. Por exemplo, o acesso a alimentos saudáveis (como frutas, verduras e alimentos não processados) depende das condições materiais de compra dos sujeitos, bem como das condições culturais. Muitos só têm condições financeiras de consumir produtos ultraprocessados, que além de mais baratos, recebem isenção de impostos, não são regulados devidamente pelas agências sanitárias e aparecem cotidianamente em propagandas por meios digitais e televisivos¹⁵. O consumo de alimentos calóricos, gordurosos, sabidamente cancerígenos e causadores de doenças coronarianas consequentemente terão impacto substancial no sistema de saúde.

Para incidir sobre a problemática exemplificada, podem ser geradas propostas de intervenção voltadas para mudanças das normas culturais, educação, regulação das empresas, criação de espaços para práticas de exercícios, entre outras, entretanto, embora de bom tom,

[...] desconsideram que, para a sociedade capitalista, é vital promover a exploração de imensas parcelas da população, gerando desigualdade. Ou seja, o que o capitalismo precisa para sobreviver e progredir é exatamente o oposto do que é preconizado, reduzindo o discurso da saúde a uma pregação de responsabilização das vítimas que deverão encontrar meios de melhor viver, nas condições dadas pela sociedade do capital, com uma (improvável) colaboração das classes sociais a cujos interesses se opõem. (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014, p. 959).

A teoria da determinação social nos auxilia a notar que pobreza, frustração, raiva, racismo, fobia contra a população LGBTQIA+, trabalho degradante e humilhante, falta de trabalho, viver em condições sanitárias inexistentes, sem teto, conflitos bélicos, migrações constantes, opressões e desigualdades fazem mal a saúde. É fundamental sanar tais dificuldades, entretanto, de maneira a não negligenciar o porquê essas condições se impõem a milhões de seres humanos,

¹⁵ Para saber mais sobre a regulação de alimentos ultraprocessados e seus riscos à saúde, ver: <https://ojoioeotrigo.com.br/2021/03/como-a-industria-de-ultraprocessados-levou-a-anvisa-na-conversa/>

identificando intervenções de fato necessárias a produzir mudanças significativas para construção de uma sociedade saudável.

Reiterando, para Albuquerque e Silva (2014), a ideia dos determinantes sociais é, portanto, insuficiente para direcionar ações de saúde que incidam realmente para a potencialização da máxima realização humana. Dessa forma, compreender a determinação social da saúde consiste em compreender que a saúde depende das possibilidades de realização humanas, do acesso a produtos necessários para tal função e do grau de desenvolvimento das forças produtivas, sendo necessário para isso modificar o modo de produção.

Neste capítulo, buscamos explicitar quatro modelos de compreensão de saúde, a saber: mágico-religioso, médico-racional, biomédico e saúde coletiva. Todos partindo de suas particularidades inseridas em processos históricos que lhe permitiram inteligibilidade. Relacionamos as concepções de saúde presentes nos modelos com as medicações históricas, totalizando a análise. Ao complexificar a sociedade, mais nuances e viços sobre os modos de reprodução da existência foram sendo formados e transformados, bem como os sujeitos que são produtos e produtores desses processos.

Dessa forma, também se complexificam as noções explicativas sobre o real e a forma de agir sobre ele. Do mágico, a integração mística e/ou religiosa da comunidade, ao científico, que desautoriza todos os saberes e práticas sobre saúde produzidos fora de sua racionalidade, não adotamos a premissa de que a insurgência de um determinado saber, posturas e práticas, anula necessariamente outros, supera-os totalmente, tão pouco demonizam estas. Cabe reforçar que o esforço aqui empenhado está em identificar, objetificar e sistematizar os modelos de saúde que se encontram vinculados pela intrínseca ligação estabelecida pelo real em suas dinâmicas históricas e sociais, no desenvolvimento de suas epistemologias, relacionando em que medida os polos da contradição operam e se complementam.

2 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Neste capítulo, abordaremos a constituição da educação profissional em saúde no Brasil. Para tanto, contextualizamos o movimento em disputa na sociedade pela formação para o trabalho e resgatamos, na história brasileira, as conformações que o modelo de capitalismo adotado produziu no estímulo ao industrialismo, subordinado ao capital hegemônico e, conseqüentemente, à formação de trabalhadores voltada para atender a demanda do mercado em ascensão.

Assim, debatemos sobre a formação dos trabalhadores técnicos da saúde e quais marcos históricos, discussões e normatizações foram importantes para sua consolidação no campo da educação, discutindo, também, as transformações no campo da saúde. Além disso, questionamos quais os lugares de produção formativa dos trabalhadores técnicos da saúde, considerando a oposição entre o público e o privado, concentrando esforços na análise das diferenças nas orientações da formação nas Escolas Técnicas do SUS (ETESUS) e nos institutos federais, a fim de identificar características da formação que convergem e/ou expressam a concepção de saúde hegemônica na época, bem como suas contradições.

2.1 Formação dos Trabalhadores da Saúde da Colônia à Primeira República

Para Lima (2013), a formação para o trabalho em saúde remonta à época da escravização e da colonização brasileira, durante os séculos XVI-XVIII. Diferentemente dos ofícios manufatureiros, que eram desenvolvidos e formavam seus trabalhadores no próprio trabalho, organizados em corporações – os “bandeirados”, como carpinteiros, alfaiates, ferreiros, etc. –, a formação para o trabalho em saúde era desenvolvida na maior parte das vezes como não ofício, mas executada propriamente por escravos.

No Brasil, o uso de mão de obra escravizada não era exclusividade dos ofícios de saúde. Pelo contrário, o estatuto da escravidão e a utilização de mão de obra indígena e de negros escravizados, oriundos de diferentes partes da África, deixou profundas marcas na constituição e representação do trabalho no país. Todo trabalho que exigisse esforço físico para sua execução era considerado como desqualificado e deveria ser realizado por escravos. Esse processo afastou homens livres do trabalho manual, ao mesmo tempo em que as corporações adotaram normas impedindo o

emprego de escravos, visando branquear os ofícios. A “aprendizagem sistemática de ofícios manufatureiros, assim como dos ofícios das artes de curar, não tomou, na Colônia, a forma escolar” (LIMA, 2013, p. 53), mas a formação realizava-se na relação mestre-aprendiz no local de trabalho, com domínio do ofício com o tempo e pela prática.

A regulamentação profissional, na época, era burocrática e exigia oficialização da coroa portuguesa, processo demorado e custoso, acessível apenas àqueles que possuíam renda para tanto. Isso levou a uma regulamentação profissional de modo extraoficial.

No período colonial-escravista, a divisão entre o trabalho intelectual e manual na saúde se dava entre os físicos e os demais ofícios. Os físicos praticavam a clínica e tinham maior prestígio e *status* social. Formados em escolas europeias, constituíam-se como os detentores de saberes universalistas e superiores aos demais praticantes. Os praticantes de outros ofícios, como barbeiros, enfermeiros e boticários – que representavam grande parcela dos praticantes em saúde – tinham origem social baixa e entre eles haviam escravos, frequentemente sem escolaridade, mas que praticavam o cuidado por escassez de físicos, exercendo ações de base mais manual e operacional (LIMA, 2013)

A partir do século XIX, o mundo vive uma mudança radical na política econômica e financeira. Com a ascensão da II Revolução Industrial e o desenvolvimento científico, o capital mercantil deixa aos poucos de ser a principal forma de produção de riquezas, abrindo espaço ao capital industrial. A lógica colonial-escravista vai sendo substituída pela perspectiva liberal¹⁶, baseada no trabalho livre.

Essas transformações na economia mundial tiveram influência marcante sobre os rumos da economia brasileira e da sociedade colonial escravista, com destaque para a abolição do tráfico negreiro e para as crescentes pressões sociais e políticas, a partir de 1880, à universalização do trabalho livre. (LIMA, 2013, p. 57).

O projeto de modernização trouxe a concentração da população nas cidades e a insalubridade destas, surgindo ocorrências epidêmicas. Principalmente a capital federal na época, o Rio de Janeiro, foi assombrada pela febre Macacu, em 1828; varíola, em 1834 e 1865; gripe, em 1835; febre tifoide, em 1836; cólera, em 1855; e

¹⁶ Segundo Losurdo (2005), os liberais eram os próprios escravistas, investidores no mercado de escravos, ou seja, a perspectiva liberal da economia não implicava em uma visão de mundo apartada da exploração dos seres humanos racializados.

sarampo, em 1934 (LIMA, 2013)

Em resposta a essas epidemias, o projeto político implementado, predominantemente germânico, vide exemplos europeus, era o da medicina social. Suas principais características eram o controle estatal do espaço urbano e sanitário, focando em ações de intervenção principalmente na cidade, no ambiente, no ar, na água, na terra.¹⁷ Sob a mesma face desse projeto político, institui-se o controle interno da medicina, construindo barreiras para o exercício profissional e regulando a formação dentro dos hospitais, transformando-os em centros de técnicas e pesquisa, não mais de exclusão. Nessa ótica, o agir sobre a saúde pública só poderia ser realizado por uma medicina social em que seu corpo profissional tivesse uma visão unitária sobre os problemas e suas soluções.

Com a vinda da família real para o Brasil, o projeto sanitário toma mais corpo, sendo necessário higienizar o Brasil para a proteção do branco europeu colonizador, e modernizar a colônia para garantir o desenvolvimento econômico. Criam-se as primeiras intuições de ensino superior nas áreas de medicina, engenharia e história natural. E, após a independência, com a ampliação dos arsenais de guerra, ampliou-se o número de menores aprendendo ofícios manufatureiros, por imposição do Estado, com vistas a atender as necessidades das corporações militares e civis. Ou seja, a formação disponibilizada pelo Estado era compulsória, com orientação manufatureira e destinada aos miseráveis e desvalidos.

Além da função econômica, manifesta na ideia de que a condição para a instalação de fábricas era a oferta de força de trabalho qualificada, a aprendizagem de ofícios cumpria mais duas funções: político ideológica e moralizadora. A primeira visando evitar o desenvolvimento de ideias contrárias à ordem política e apresentando esse tipo de ensino como obra de caridade. A segunda visando à emulação da disciplina, da obediência, da ordem e da hierarquia. (LIMA, 2013, p. 59).

Assim, podemos observar que nos primórdios da constituição da formação técnica, a orientação profissional se dá com vistas a solucionar uma demanda do Estado, estabelecendo-se de forma compulsória, moralizadora, e com características de benevolência a uma determinada camada da população, ao sujeito pauperizado. Compreendemos esse processo inserido na problemática da pauperização, abordada de forma interessante por Castel (2010). A tomada de consciência de uma

¹⁷ As intervenções, na época, eram realizadas baseadas na perspectiva miasmática, ponto que será abordado no capítulo 3. Para saber mais, ver em Foucault (2015): “O nascimento da clínica”, em “Microfísica do poder”.

determinada forma de miséria, no século XIX, propõe o problema de como o desenvolvimento econômico da sociedade vem atrelado à miséria. A concentração de renda e a elevação da produção, com o desenvolvimento das sociedades industriais, produziu uma massa de pobres e indigentes, postos de trabalho e trabalhadores não qualificados.

A existência do pauperismo é a própria afirmação da falência do modelo de sociedade liberal, na medida em que contradiz a afirmação da liberdade dos indivíduos racionais. Entretanto, essa concepção se escora na noção de que há classes que simplesmente são menores e inferiores e, por isso, precisam ser tuteladas. A sociedade burguesa, e conseqüentemente o Estado, passam, então, a estabelecer com a massa de trabalhadores miseráveis, desempregados, indigentes, a compensação moral pelo próprio processo inerente ao sistema de pauperização (CASTEL, 2010).

Além disso, uma conformação importante da singularidade histórica do processo de constituição e regulamentação das profissões no Brasil, como de qualquer outro objeto de estudo que vise a problemática brasileira, é a particularidade da escravidão¹⁸. A existência de uma hierarquia social decorrente da posição do praticante se expressava no tipo de atividade exercida, sendo que os escravos e libertos exerciam as profissões de barbeiros, sangradores e dentistas, e os brancos a medicina e a farmácia (LIMA, 2013).

Lima expõe como exemplo o processo de regulamentação da profissão de parteira. Afirma que em 1832, foi sancionada por Pedro II a lei que unificava a medicina e concedia autorização das faculdades para emissão de títulos de doutor em medicina, farmacêutico e parteira. Em 1832 teve início o primeiro curso de parto, cujos critérios de ingresso eram: candidatas maiores de 16 anos, saber ler e escrever e ter atestado de bons costumes. Em 1854, as regras de ingresso são alteradas para idade mínima de 21 anos, aprovação em exames de leitura e escrita e das quatro operações aritméticas, somado a uma prova de francês. Em 1879, uma nova alteração estabelece que para ingresso no curso, agora de obstetrícia e ginecologia, candidatos do sexo masculino com idade mínima de 18 e mulheres, entre 18 e 30 anos, e, ao final do curso, o estudante deveria ser aprovado em “português, francês, aritmética,

¹⁸ Ou seja, como um tópico interessante de pesquisa, poderíamos nos perguntar: Qual a particularidade da escravidão na conformação do trabalho técnico em saúde?

álgebra e geometria” (p. 63). Esses processos de recrudescimento das regras aconteceram diante de uma sociedade em que a maioria das parteiras não sabia ler nem escrever, demonstrando uma estratégia de segregação social, com vistas a produzir uma seletividade do ingresso à profissão, restringindo-a, aos poucos, àquelas que tinham capital financeiro e cultural para serem aprovadas nos exames. Além disso, “o que se observa nesse processo é que o tempo de formação prática vai sendo substituído progressivamente pelo tempo de formação escolar” (p. 64).

A medicina, como aparato regulador, defende o reconhecimento de seus saberes como superiores, verdadeiramente científicos, e capazes de solucionar os problemas sanitários. Sendo assim, estabelece como contraponto o charlatanismo e a regulamentação, o que, no fundo, tal como discutimos, era a segregação das demais profissões do mesmo campo e de profissionais que não tinham capital cultural, financeiro e social para se submeter às regulações estabelecidas no cerne da própria medicina. Na mesma mão em que a medicina social oferece ao Estado os serviços de combate às epidemias, com as urbanizações e demais medidas, ela cobra a exclusividade do saber saúde.

De maneira geral, pode-se entender a questão da (des)qualificação dos trabalhadores técnicos de saúde como a história da progressiva incorporação de ofícios (saberes), outrora independentes, pela medicina, que passa a delegar determinadas atividades a outros trabalhadores ao mesmo tempo que mantém o controle sobre o trabalho em saúde. (LIMA, 2013, p. 64).

Lima afirma que a maioria da população, fundamentalmente pobre e formada por escravos, utilizava-se de terapêuticas recomendadas ou utilizadas por curandeiros, barbeiros e sangradores, vinculadas ao poder das ervas, princípios naturais – o que classificamos com visão mágico-religiosa da saúde –, sendo da mesma camada da população aqueles que exerciam esses saberes. Esses profissionais lograram determinado reconhecimento social e frequentemente eram requisitados pelo trabalho que realizavam. A regulamentação das profissões não extinguiu o trabalho técnico deles. O poder público, como uma medida de caráter restritiva, define em 1890 o charlatanismo no código penal, quando podemos observar, mais uma vez, o Estado atuando na defesa dos interesses de uma camada da população detentora de um prestígio social e em ascensão.

Durante a Primeira República, o que reinava era a substituição das importações pela fabricação de produtos industrializados nacionais, processo fortemente impulsionado pela Primeira Guerra Mundial (1914-1918). Em 1920, São Paulo tornou-

se o maior centro industrializado brasileiro, com 31% de produção nacional. Para Lima (2013), desse processo emergiu a ideologia do industrialismo, uma concepção que considerava a indústria a grande propulsora da emancipação econômica e sinônimo de progresso nacional, “independência política, democracia e civilização”¹⁹ (LIMA, 2013, p. 69), o que vem a caracterizar a base das iniciativas de ensino profissional durante a Primeira República.

2.2 Políticas de Formação de Trabalhadores da Saúde no Campo da Educação: da transição do capitalismo ao contexto pré-golpe de 2016

Para Pereira e Ramos (2006), a disputa pelas concepções a serem adotadas na formação dos trabalhadores dizem respeito a uma luta entre os projetos sociais; de um lado, projetos que vislumbrem a não adequação ao existente e do outro, a produção de trabalhadores disciplinados e instrumentais.

A história brasileira carrega de forma emblemática, na sua transição para o capitalismo – movimento iniciado na década de 1930, liderado por Getúlio Vargas – uma espécie de modernização conservadora²⁰. Embora a ideologia do desenvolvimento ocupasse espaço na vida econômica e política do país, ainda não existia uma preocupação consolidada com o ensino técnico, mas um dualismo. Desde a Era Vargas, o ensino médio-técnico era dividido entre: o secundário, com a formação científica, cujo propósito estava na preparação para universidade – destinada às classes mais abastadas; e o profissional, orientado para a formação para o trabalho. Assim, pretendia-se estabelecer a cisão entre o trabalho intelectual e o manual, numa clivagem de classe, destinando os postos de comando na sociedade para uns e os postos de maior desvalorização social e menores salários para outros.

A Constituição de 1937 deu bases para a organização do ensino industrial, afirmando que o ensino chamado de pré-vocacional, destinado a pessoas das classes mais baixas, deveria ser dever do Estado, de modo que o cumprisse fundando institutos de ensino profissional próprios ou subsidiados. Duas motivações foram importantes nesse processo: a criação da Companhia Siderúrgica Nacional (CSN) e a da Fábrica Nacional de Motores. Criam-se os Serviços Nacionais de Aprendizagem

¹⁹ Ver mais em: Lima (2013, p. 69).

²⁰ Para saber mais sobre o conceito, ver: Pires e Ramos (2009).

Industrial e Comercial e as leis orgânicas do ensino secundário, industrial, comercial e normal. Em 1961, é aprovada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (nº 4.024/61), que promoveu a equivalência do ensino médio e técnico.

Durante a vigência do golpe militar de 1964, a demanda educacional do país ampliou-se, impulsionada pelas negociações internacionais, sendo solucionadas por medidas parciais e de curto prazo, e não pela execução de planos nacionais e reformas estruturais.

Para complementar o debate da relação capitalista desenvolvida no Brasil a partir da década de 1930 e consolidada durante o golpe cívico-militar de 1964, é importante trazer para o debate o conceito de capitalismo dependente. Em Florestan Fernandes (2009), o capitalismo desenvolvido na América Latina deu frutos a partir de um processo que o autor classifica como modernização do arcaico, resultante de modernização tecnológica trazida pelo estrangeiro, um desenvolvimento autônomo e associado, ao mesmo tempo, de forma a subordinar a economia a relações de dependência²¹ dos centros hegemônicos do capital. O que é diferente na América Latina, e conseqüentemente no Brasil, é que o modo como o capitalismo se objetivou e enraizou historicamente aqui produziu uma relação de dependência e subdesenvolvimento, reduziu os esforços para criação de projetos autossustentáveis, perpetuando o capitalismo vinculado ao seu passado, que socializa os custos sociais e privilegia os interesses privados da burguesia interna e externa (FERNANDES, 2009).

Para o Fernandes, a burguesia interna escolheu o capitalismo dependente como uma alternativa à revolução nacional na época que ameaçava as iniquidades sociais. Portanto, o projeto de adoção das desigualdades e abandono da autonomia nacional teve o caráter de “conquista democrática” (p. 59).

O mecanismo da dependência se estrutura na apropriação capitalista em dobro, na depredação permanente de riquezas existentes e em potencial de acumulação, na repartição do excedente econômico, entre a burguesia interna e a externa, não gerando superação ou negação do modelo. A dependência não é um acidente, mas foi adotada como uma vantagem estratégica compensadora e útil. As nações se inserem no jogo com parceiras de negócios, e as dependentes veem nos

²¹ Sobre o capitalismo dependente, ver mais em: Fernandes (2009). Outros autores, também importantes nesse debate, são: Ruy Mauro Marini e Francisco de Oliveira.

parceiros externos um meio de atingirem seus próprios fins.

Outro dado importante sobre a dependência é que ela se projeta não só em um meio econômico, mas também se enraíza através dos contextos psicológicos, socioeconômicos, políticos e culturais próprios, resultado da articulação do “acordo” de dependência, sendo esses processos mecanismos fundamentais e modo de justificação e consolidação da dependência. Ou seja, o subdesenvolvimento econômico e o subdesenvolvimento social, cultural e político são gerados de maneira simultânea pelo capitalismo dependente.

Como não podia ser diferente, a qualificação²² dos trabalhadores também se deu alinhada aos interesses externos. No plano estratégico de desenvolvimento de 1967, após alguns programas de cooperação técnica com os EUA, desenvolvidos com o objetivo de fornecer equipamentos, assistência financeira e orientação às escolas técnica, a prioridade das linhas de ação era a preparação dos trabalhadores a atender os programas de desenvolvimentos dos diversos setores, adequando a qualificação e o sistema educacional às necessidades profissionais do país, principalmente no que se refere ao aumento de uma mão de obra qualificada de nível médio (PEREIRA; RAMOS, 2006)

Durante a ditadura civil-militar foram implementadas a lei nº 5.540/68, instituindo e organizando o ensino superior, e a lei nº 5.692/71, uma reforma do ensino que fixava as diretrizes e bases do ensino do 1º e 2º graus. Essa lei institui o ensino profissionalizante compulsório no 2º grau. Pereira e Ramos (2006) classificam a lei como o ponto de maior impacto no ensino secundário desde então (p. 71). Para as autoras, essa medida consolidou um vínculo linear entre a educação e a produção capitalista, associada ao grande capital, ampliando a contradição da função introdutória, básica, propedêutica, do ensino técnico com o propósito de contenção de acesso ao ensino superior.

Foram criadas mais 158 qualificações profissionais e, de acordo com a carga horária dos currículos, as instituições poderiam formar técnicos ou auxiliares, garantindo que as habilitações do 2º grau poderiam ser adquiridas através de exame

²² Segundo Pereira e Ramos (2006), o termo “formação profissional” designa processos educativos que permitem o desenvolvimento de conhecimentos teóricos, técnicos e operacionais, desenvolvidos em escolas ou em empresas. Configura-se como uma expressão criada para expressar a relação permanente dos trabalhadores com o processo de trabalho na ótica destes. Já o conceito de qualificação profissional é entendido como uma integração entre as condições físicas e mentais dos trabalhadores no desempenho das atividades de valores de uso.

de suplência profissionalizante e conferindo diplomação a quem tivesse pelo menos dois anos de trabalho em instituições de saúde comprovados e cumprido a educação geral. A educação classista e dual traduz “uma crença infinita na tese desenvolvimentista da economia capitalista” (PEREIRA; RAMOS, 2006, p. 36).

No campo da saúde, a IV Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1967, trazia como meta a discussão da produção de uma política permanente de recursos humanos em saúde, centrando-se no debate sobre a necessidade de capacitação de trabalhadores de nível médio e elementar em saúde. Entretanto, estabelecia-se que eles deviam ser preparados a partir dos próprios órgãos interessados, fortalecendo uma ideia da qualificação profissional descentralizada e voltada para resolução de problemas locais. Além disso, a formação de trabalhadores de nível médio e elementar era utilizada como meio de substituição dos profissionais de nível superior.

Para a adaptação do sistema educacional brasileiro ao modelo de desenvolvimento econômico, no que se refere à formação dos trabalhadores, foi criado, na década de 1970, o Programa de Extensão da Cobertura (PECs), que tinham como objetivo a preparação de trabalhadores visando a extensão da cobertura dos serviços de saúde, adequando-os às especificidades loco-regionais.

A formação dos trabalhadores da saúde, na vigência da lei nº 5.692/71, passou a ser realizada, majoritariamente, por instituições de saúde, com formações rápidas direcionadas a técnicas do trabalho a ser executado, supervisionada por médicos e enfermeiras. Entretanto, em 1980, a partir de brechas na lei, foi criado o projeto Larga Escala, que possibilitou o desenvolvimento de centros formadores de saúde. O projeto surge diante da necessidade de promoção e melhoria da formação dos trabalhadores de nível médio e fundamental do setor.

O projeto combinava ensino supletivo, treinamento em serviço e uma habilitação oficialmente reconhecida pelo sistema educacional. Segundo Pereira e Ramos (2006), este foi influenciado pela reorganização da sociedade civil, pós-golpe de 1964, e pela reforma sanitária. Embora pesem críticas sobre ele, foi importante para se opor à naturalização das ações de saúde realizadas por trabalhadores de nível médio e fundamental.

Na década de 1990, foi promulgada a Lei de Diretrizes e Bases da educação (LDB nº 9.394), pela qual se estabeleceu que a educação escolar seria composta de dois níveis: a educação básica (educação infantil, ensino fundamental e médio) e a educação superior. Em 1997, a educação profissional é regulamentada pelo decreto

nº 2.208, que estrutura a educação profissional em: 1) nível básico, independente da escolaridade; 2) nível técnico, composto junto com o ensino médio, ou seja, só é possível a titulação de técnico se o aluno tiver concluído o ensino médio também, seja ele concomitante à formação técnica ou anterior a ela; e 3) tecnológico, correspondente a uma área de formação do ensino superior.

Após críticas, o referido decreto é substituído pelo decreto nº 5.154/2004²³, que aponta que a educação profissional será composta de: 1) formação inicial e continuada, ofertada por itinerários formativos e independentem da escolaridade; 2) educação técnica de nível médio, articulando ensino médio e formação técnica nas formas integradas, concomitante e subsequente²⁴; 3) educação profissional tecnológica de graduação e pós-graduação.

2.3 Projeto Larga Escala e as Escolas Técnicas do SUS

Com a ascensão no cenário político das classes médias dos centros urbanos, da expansão industrial, da força social e, conseqüentemente, da questão social²⁵, dos conflitos armados e das ondas revolucionárias que marcaram a década de 1920 e 1930, dá-se uma importante inflexão sobre o movimento operário, a formação para o trabalho e o sistema público de saúde.

As configurações do Estado, na época, possibilitaram ações de intervenção nas relações de trabalho, de educação e de saúde, que visavam regular e controlar os problemas. A partir da intervenção do Estado nas relações de trabalho, foram implementadas as leis contra acidentes de trabalho (1921), a lei de férias (1925) e a primeira previdência social, Lei Eloy Chaves (1923) e a criação das caixas de aposentadorias e pensões, substituídas nos anos 1930 pelo Instituto de

²³ Mais recentemente, tivemos uma reforma do ensino médio promovida pelo governo Temer, a partir da lei nº 13.415/17, advinda da conversão da medida provisória nº 746/2016, que altera significativamente a LDB de 1996, retoma a lógica da reforma de Fernando Henrique Cardoso, realizada pelo decreto nº 2.208/1997 e consolida a política curricular centrada na Base Nacional Comum Curricular (BNCC), de 2017, aprovada e homologada em 2018. A amplitude e a complexidade dessa reforma fazem o tema transcender ao escopo desta dissertação, considerando, inclusive, que ela se realiza em um marco temporal além do que demarca nosso estudo empírico. Uma referência interessante para se conhecer melhor o assunto é: Malanchen, Matos e Orso (2021).

²⁴ A forma “integrada” refere-se à matrícula única para o ensino médio e técnico; na “concomitante”, o aluno cursa ao mesmo tempo o ensino médio e o técnico, com matrículas distintas, sejam elas na mesma instituição ou não; e a forma “subsequente” se configura como uma formação técnica para aqueles que já concluíram o ensino médio.

²⁵ Ver mais em: Castel (2010).

Aposentadorias e Pensões (IAPS). Na educação, foram realizadas grandes reformas educacionais nos estados²⁶ e, na saúde, a criação do Departamento Nacional de Saúde pública (DNSP)²⁷.

Mas, do ponto de vista da formação profissional em saúde, a grande novidade com a criação do DNSP foi a regulamentação da formação profissional em enfermagem, em 1923. Sob o argumento da necessidade de técnicos qualificados de nível médio para a área sanitária, o Estado brasileiro assume pela primeira vez a formação profissional de trabalhadores técnicos de saúde em bases completamente novas em relação às escolas existentes até então, vinculadas direta e imediatamente às necessidades do trabalho hospitalar e às necessidades de guerra, e dirigidas por médicos. (LIMA, 2013, p. 72).

O modelo de formação da escola de enfermeiras do DNSP²⁸ estruturava-se com base nos princípios de uma escola dirigida por enfermeiras, fundamentalmente composta por mulheres, com dotação de valores morais, físicos, intelectuais e aptidão profissional, que contava com um ensino metódico e com uma associação de ex-alunas para regulação dos princípios da profissão. Além disso, era demandado das alunas possuir o curso normal, ter saúde perfeita, personalidade moral, confiança, compassividade e criteriosidade. Não cabe ao escopo deste trabalho analisar as exigências morais para formação profissional, entretanto, sem nos furtarmos ao debate, as exigências seletivas recaiam sobre o corpo feminino, sobre a subjetividade do ser mulher, a padronização, seleção de um determinado comportamento feminino, as mulheres que servem, como exigência para realização do exercício profissional.

Até a década de 1980, as iniciativas de caráter formativo profissionalizantes de nível médio eram mecanicistas, pulverizadas e traziam uma concepção de treinamento para a execução do trabalho. Mesmo que essas iniciativas ainda fossem necessárias à execução qualificada dos serviços de saúde, era preciso resolver a questão da certificação dos trabalhadores, exigida pelo mercado de trabalho, que no decorrer da década se ampliou e se complexificou. Somado a isso, era imperativo melhorar o processo de ensino-aprendizagem.

Os parâmetros pretendidos pelo projeto Larga Escala, lançado em 1982, eram diferentes daqueles das escolas regulares, as quais se prestavam a ser um espaço formado de um “estudante-trabalhador”. Essa modalidade de estudante teria faixa

²⁶ Como a Carneiro Leão (1922), no Distrito Federal, e a de Anísio Teixeira (1924), na Bahia.

²⁷ Decreto nº 14.180, de 26 de maio de 1920.

²⁸ Que deu origem à atual escola de enfermagem Anna Nery. Discutiremos de forma aprofundada as ações, projetos e programas implementados no campo da saúde pública que propiciaram o quadro atual da formação dos trabalhadores técnicos.

etária e nível de escolaridade variados, bem como era distribuída de forma dispersa nos serviços de saúde, oriundos de classes sociais baixas e sem condições financeiras de arcar com cursos de qualificação. As escolas criadas não se propunham a substituir as escolas regulares, mas a ser uma política de formação para os trabalhadores empregados. O objetivo das escolas era a promoção da profissionalização dos trabalhadores inseridos nos serviços de saúde, destinado àqueles que não possuem qualificação para exercer as ações em saúde, de modo a formá-los em serviço de acordo com os modelos assistenciais (PEREIRA; RAMOS, 2006).

Para a implantação do projeto foram necessárias articulações políticas no sentido de buscar brechas na lei vigente até então (nº 5.692/71), de forma que viabilizasse a certificação e a garantia da atuação nos serviços de saúde. As escolas foram sendo criadas em caráter experimental e depois regularizadas. O projeto larga escala deu origem às escolas técnicas do SUS (ETSUS), constituindo-se como um capítulo da luta pela formação profissional dos trabalhadores de nível médio inseridos nos serviços de saúde.

O projeto, inicialmente, voltava-se aos trabalhadores de enfermagem, posto que apresentava o maior número de pessoas pouco escolarizadas trabalhando e que a condição gerava dificuldade de regularização dos serviços de saúde. Aos poucos, outras áreas profissionais foram percebendo a necessidade e importância da garantia de uma qualificação do trabalho de nível médio como fundamental na atenção à saúde.

Na medida em que o projeto avança, outras metodologias de ensino foram implementadas para dar conta do *gap* educacional presente. Diferentemente de outros modelos educacionais, tais como o da universidade, a formação de trabalhadores encontrava o grande desafio educacional brasileiro. Era necessário ajustar a proposta de trabalho às características dos trabalhadores que estavam sendo formados, mobilizando o concreto do conhecimento a ser transmitido para a teorização. Uma importante metodologia utilizada especificamente nas escolas era a direta inserção desses trabalhadores nos serviços e o processo de ensino-aprendizagem que era realizado a partir do cotidiano, com supervisão dos trabalhos, simulações de vivências, entre outras práticas.

Pereira e Ramos (2006) afirmam que a luta pela profissionalização dos trabalhadores da saúde é uma disputa por um projeto político de sociedade, pela

garantia da qualidade da assistência à saúde por meio da melhor qualificação dos profissionais que efetuam e efetivam os serviços.

As ETSUS foram sendo credenciadas pelos conselhos e secretarias estaduais de educação a partir dos anos 1990. A maioria delas funciona por gestão estadual, das secretarias estaduais de saúde. Atualmente, 37 escolas fazem parte da Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS), criada em novembro de 2000, pelo Ministério da Saúde, e tem sua coordenação sediada na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), da Fiocruz (1985). A RET-SUS é uma rede governamental que congrega escolas técnicas e centros formadores de recursos humanos do SUS, visando a articulação entre as ETSUS para o fortalecimento da educação profissional de nível médio em saúde. Para Ramos (2010, p. 16):

A formação dos trabalhadores em saúde teria se construído por um processo contraditório de disputas entre a concepção tecnicista das escolas técnicas privadas e das redes estaduais de ensino herdadas da Lei n. 5.692/71; a influência do escolanovismo nas ETSUS; e a utopia da educação politécnica que orienta o projeto da EPSJV/Fiocruz, com a qual a concepção de ensino médio integrado, visto em sua historicidade, é convergente.

Sendo assim, a educação profissional em saúde realizada pelas ETSUS foi construída visando a coerência com os princípios do SUS e mediante crítica à oferta de outras escolas, sejam as privadas ou das redes públicas de ensino. Entretanto, Ramos (2020) levanta a hipótese de que as instituições federais não seriam atingidas pela demanda de realização da crítica às concepções que orientam a oferta da educação profissional em saúde – sejam elas em relação às concepções de saúde ou de educação – por não terem a tradição de atuarem na área da saúde. Vejamos um pouco sobre a história da criação e consolidação da rede EPCT, para discutirmos, posteriormente, essa questão.

2.4 Políticas de Formação de Trabalhadores no Campo da Saúde

Tal como introduzido no início deste capítulo, buscamos trazer neste tópico a discussão das trajetórias da formação de trabalhadores da saúde, separando os temas do histórico da educação profissional em saúde já discutidos, de forma a melhor revelar a complexidade que a saúde e a educação foram se conformando no Brasil. Assim, este tópico aborda o nascimento da saúde pública no país, os processos de consolidação do SUS, a importância de organismos nacionais e internacionais neste curso, vinculando-se à perspectiva de como a formação dos trabalhadores técnicos

da saúde foi se tornando estratégica na consolidação do SUS e, posteriormente, a expansão da sua cobertura, no que se trata principalmente da atenção básica em saúde e seus trabalhadores.

2.4.1 Movimento de Construção da Saúde Pública Nacional

Na primeira década do século XX, enquanto na Europa se discutia psicanálise, saúde pública, mercantilismo, liberalismo, saneamento urbano etc., o Brasil era um país predominantemente rural, com uma população de 70% de analfabetos, baixa competição política e poucos canais legais de articulação, formado por oligarquias regionais resistentes ao fortalecimento de um governo federal (LIMA et al, 2005, p. 31).

As medidas de assistência médica só viriam a ter reconhecimento como de saúde pública com a aprovação da Lei Eloy Chaves, em 1923. Até então, as categorias de trabalhadores organizavam em suas associações auxílios mútuos para invalidez, doença e morte. A referida lei regulamentou a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) e tem sido apontada como o pontapé inicial da responsabilização do Estado pela concessão de benefícios sociais. As CAP eram organizações privadas criadas para alguns grupos de servidores públicos, organizadas de modo a servirem como um seguro social, um benefício que dependia da contribuição salarial dos trabalhadores.

O caso brasileiro de transformação da saúde em bem coletivo veio acompanhado do processo de expansão da autoridade estatal. As políticas de saúde, iniciadas em 1910, encontravam-se associadas a problemas de integração nacional e foram resultado de propostas de políticas e saneamento oriundas de um movimento sanitarista, que foram viáveis apenas com o fortalecimento da autoridade estatal e do papel do governo federal.

A compreensão do nascimento de um movimento sanitarista no país, durante o período da primeira república, só é possível a partir da associação do crescimento da comunidade científica, da conscientização das elites sobre a problemática sanitária, da redefinição do pacto federativo e da expansão da autoridade do Estado dentro do território nacional. O processo de expansão da autoridade pública está diretamente vinculado à eclosão de infraestrutura sanitária (LIMA et al, 2005, p. 32).

A atenção às epidemias, principalmente a peste bubônica, está na origem da

criação do Instituto Oswaldo Cruz (1908), transformada em Fundação Oswaldo Cruz, em 1970, e do Instituto Butantan (1901), em São Paulo – duas organizações extremamente importantes para o desenvolvimento da ciência no país, da saúde pública e da biomedicina²⁹. Essas instituições formaram uma nova geração de médicos, influenciados pelo paradigma bacteriológico, que começaram a exercer influência nas propostas de ações de saúde pública. Assim, os novos conhecimentos bacteriológicos deram força ao saneamento rural do sertão brasileiro.

Essas expedições científicas ao sertão, promovidas pelas instituições de saúde, tinham como destino trabalhos profiláticos, sobretudo de combate à malária. Tais ações foram acompanhadas do desenvolvimento de atividades econômicas no país, como a construção de ferrovias, saneamento de portos, estudos sobre a extração da borracha amazônica. Naquela época, a generalização de doenças nos sertões passou a ser apontada como uma das razões para o atraso nacional, nitidamente uma noção racista sobre inferioridade racial dos brasileiros (LIMA et al, 2005).

“O movimento sanitarista da primeira república transformou a saúde em questão social e política o grande obstáculo da civilização” (LIMA et al, 2005, p. 35), como resultado, tem-se a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em 1921. A implementação desse departamento e de ações de saúde pública com coordenação federal, devem-se ao intenso debate sobre tendências antioligárquicas e conflitos que culminaram na Revolução de 1930.

O surto industrial da década de 1930, a crise de hegemonia do setor agroexportador com substituição de algumas atividades agrícolas para produção voltada para o mercado interno, e a crise mundial do capitalismo em 1929 são alguns elementos importantes de conjuntura política que caracterizaram o período. No que concerne à saúde pública, devemos especial destaque à criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) e do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC).

O MTIC era responsável pelo arcabouço jurídico e material da assistência

²⁹ No momento de desenvolvimento deste texto, estamos passando pela pandemia de Covid-19, que trouxe consequências sanitárias, políticas, sociais, culturais, psíquicas e econômicas inimagináveis para o país, tal como já abordado na introdução. Em ironia à questão, as duas grandes instituições sólidas, que prezam pelo desenvolvimento histórico da ciência no país, continuam a mostrar seu valor como instituições de valorização da ciência e fundamentalmente necessárias ao enfrentamento de pandemias.

médica individual previdenciária, principal referência da prestação de serviços públicos de saúde na época, privativa a trabalhadores formais. Já o MESP ficou com tudo que tivesse respeito à saúde da população e que não fosse abrangido pela saúde previdenciária, prestando serviços àqueles que não tinham vínculo de trabalho, pobres, trabalhadores rurais e a massa de trabalhadores informais.

Essa definição, a respeito da prestação de serviços de saúde, ilustra a dualidade social brasileira a partir da cisão entre a disponibilização de serviços a empregados por um órgão e a massa de trabalhadores marginais por outro. A institucionalização do campo da saúde deu-se sobre a formalização da dualidade social³⁰.

Em 1937, o Departamento Nacional de Saúde substituiu o DNSP, que passa a trabalhar com campanhas específicas de doenças, propondo ações verticalizadas e segmentadas. Tal estrutura se manteve, até que em 1953 foi criado o Ministério da Saúde. As novas diretrizes de saúde passaram a estar mais alinhadas a propostas e debates internacionais, preconizados pelos Estados Unidos, incorporando prioridades nas definições das ações de saúde pública dada pela agenda de congressos e conferências. Muitas dessas agendas podem ser atribuídas ao patrocínio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), criada em 1902, a debates e fóruns de interação entre os países da América Latina.

Nos anos de experiência democrática brasileira, que sucederam a queda de Vargas até a instauração da ditadura militar, a saúde pública atuava com as bases herdadas do período, com centralização, verticalização, centralidade nas ações distritais e campanhas sanitárias. Vigorava um otimismo sobre o poder da ciência e da medicina, com bases biomédicas, no combate, e até mesmo erradicação de determinadas doenças, com devida atenção às doenças infectocontagiosas. Despertava o multilateralismo em saúde.

Vale destacar algumas organizações globais de desenvolvimento em saúde, entre elas, a OMS, a OPAS – que passará a integrar a OMS como um escritório regional – e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). A OMS e as outras organizações internacionais tornaram-se um centro de produção e difusão de consensos, conceitos, projetos, programas e políticas mundiais, através de ações

³⁰ Um pensamento interessante: tanto o campo da saúde quanto o campo da educação foram marcados pela dualidade social.

multilaterais e programas globais, tais como a campanha de erradicação da malária, a maior e mais ambiciosa ação de saúde pública, na época (1965), com significativa relevância no ordenamento das prioridades e as bases ético-políticas para a formulação das agendas nacionais de saúde e educação³¹.

Entre doenças e atraso social, novos significados e interesses passaram a marcar o campo da saúde, associados à ideia de saúde como um bem, alçando os investimentos em “capital humano”³² como fundamentais para o desenvolvimento e progresso das nações (LIMA et al, 2005, p. 47). Debates sobre a correlação entre custos econômicos e doenças colocavam o desenvolvimento, ou melhor, o subdesenvolvimento como obstáculo à produtividade dos países e para o alcance das economias de “primeiro mundo”, concentrando pobreza e doença como os principais indicadores de classificação dos territórios para sua incorporação na nova racionalidade capitalista.

Assim, o desenvolvimento econômico como pré-requisito para uma melhoria nas condições de saúde, o direcionamento mais horizontal das campanhas, a promoção de infraestrutura sanitária e a compreensão de que é inerente ao sistema capitalista internacional a produção de desigualdades eram noções que circulavam de maneira contraposta a ideologias que se centravam no desenvolvimento nacional, como valor único, que tinha como impedimento a circulação de doenças, as quais deviam ser combatidas com campanhas verticais, impostas, para promoção do desenvolvimento nacional.

A disputa clara entre projetos sanitários e políticos se acirrou no final do breve período democrático. A 3ª Conferência Nacional de Saúde (1963) foi um evento emblemático nesse sentido, com primeiro ponto de discussão voltado à redistribuição de responsabilidades aos entes federativos, com maior participação municipal. Entretanto, três meses depois foi abortado o projeto pelo golpe de 1964.

O modelo sanitário desenvolvimentista que vigorou até a década de 1960 é substituído pelo modelo médico privatista-assistencial, que diferente do anterior não tinha interesses no saneamento urbano, mas na intervenção corporal, na manutenção e reestruturação da capacidade produtiva dos trabalhadores (LIMA & BRAGA, 2006).

³¹ Para saber mais ver: Matta (2005).

³² Ideologia política que veicula a ideia de que o investimento nos sujeitos, educação e saúde, trariam desenvolvimento econômico, ou seja, o problema do subdesenvolvimento não diz respeito ao modelo econômico e as suas relações de poder, dominação e o antagonismo capital-trabalho, mas a necessidade de modernização e o investimento nos seres humanos. Ver mais em: Frigotto (1995).

O campo da saúde passava por intensas transformações: elevação do custo da assistência médica, elevação do desenvolvimento tecnológico e capital, difusão do uso de equipamentos médicos e diagnósticos, bem como de testes laboratoriais, aprofundamento da divisão técnica do trabalho em saúde e crescente especialização do trabalho. E a própria elevação dos custos dos serviços acaba por se tornar uma barreira à efetivação da extensão da cobertura dos cuidados.

A 4ª Conferência Nacional de Saúde, com lema: “Recursos humanos para as atividades de saúde”, realizada em 1967, apesar de reconhecer as necessidades dos técnicos e auxiliares em saúde, ressaltou a ideia de limitação de recursos econômicos, exigindo a intensificação da formação de pessoal pelos órgãos locais de saúde. O treinamento em serviço foi uma estratégia utilizada para a expansão do modelo assistencial. Não estava colocada para os trabalhadores técnicos nenhuma perspectiva crítica do desenvolvimento do trabalho, mas apenas a execução das tarefas orientadas pelos profissionais de nível superior.

A trajetória, até então, da formação dos trabalhadores técnicos se dá essencialmente sob a lógica do treinamento em serviço e não era tratada como uma prioridade do estado brasileiro e do ministério da saúde. Diferentemente do ensino técnico industrial, embora abordasse a formação como treinamento para o trabalho e contava com uma rede de escolas, o ensino técnico em saúde realizava-se em escolas anexas aos hospitais com execução de cursos de formação de pessoal necessários à assistência médico-hospitalar, principalmente centrados na enfermagem (LIMA & BRAGA, 2006, p. 29).

Com a conferência Alma-Ata (1978), promovida pela OMS, a perspectiva da reorganização dos serviços para expansão da atenção primária tornou-se mote central para a organização da atenção à saúde, principalmente na América Latina, apoiando-se no uso dos trabalhadores auxiliares e em tecnologias simplificadas. Assim, a formação desses trabalhadores torna-se estratégica para ampliação da cobertura em saúde (LIMA & BRAGA, 2006, p. 30).

A simplificação do cuidado à saúde, reduzindo os custos do cuidado e dos serviços é o ponto chave da racionalização do modelo de saúde a ser adotado, o médico comunitário. O objetivo era expandir a cobertura, reorganizando os serviços a serem realizados com custos mais baixos, para atender as populações não assistidas pelo sistema oficial de saúde, lembrando que os recursos de saúde ainda eram regidos pela previdência social. Esse modelo emerge no cenário público de saúde não

como uma crítica ao modelo médico assistencial, mas um complementar destinado a lidar com a questão social. Conjuga a essa ideia o fato de que, ao mesmo tempo em que expandia a atenção primária, a saúde privada ampliava sua rede hospitalar, principalmente nos grandes centros urbanos lucrativos. Em 1975, a 5ª Conferência Nacional de Saúde recomenda a criação de estruturas regionalizadas, hierarquizadas, descentralizadas que unissem ações preventivas e curativas.

É no âmbito do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde no Ministério da Saúde (PPREPS/MS) que se inicia o debate sobre a importância da formação profissional técnica em saúde. A partir dele, inicia-se a construção de uma política de formação profissional em saúde, que até então estava fora das agendas governamentais. Esse processo é iniciado concomitante à formação de uma política de recursos humanos em saúde, dada a necessidade de expansão da cobertura, tratada acima, e o grande contingente de trabalhadores que atuavam na época no sistema sem formação profissional. O programa trabalhava com modelos de cursos descentralizados, iniciados em 1975, e se tornou a principal estratégia de sustentação técnica nas escolas da medicina preventiva e social dentro das escolas de saúde pública da época. Caminhava-se para um processo de inserção dessa concepção de saúde – preventivista – na formação.

Partindo da necessidade de criação de um novo recorte de formação não mais baseado no treinamento de pessoal, mas reconhecendo a importância do nível médio no ordenamento dos processos de saúde brasileiros, em 1982, identifica-se que os principais problemas do setor saúde recaem sobre a formação de seus quadros. As instituições empregadoras formavam seus quadros para exercício das funções de baixa e média complexidade e existia uma falta de integração entre o ensino-serviço, pouca preocupação com o desenvolvimento intelectual dos trabalhadores, apenas a atuação mecanizada nos serviços e a falta de mecanismos de certificação.

Na época, as experiências do programa demonstravam um caráter global do processo de desenvolvimento de recursos humanos em saúde. Para Lima e Braga (2006), as mudanças na capacitação só se consolidam conforme se concretizam as mudanças nas práticas de saúde, na organização dos serviços e no desenvolvimento de conceitos. Entretanto, no mesmo período, a política de saúde implementada era privatizante e privilegiava a medicina curativa em detrimento da coletividade. Essa experiência, somada à institucionalização dos centros de desenvolvimentos de recursos humanos (CADRHU), assegurou a operacionalização do Programa de

Formação Larga Escala, a constituição dos Centros de Formação em Recursos Humanos para a Saúde (CEFORS) e as ETSUS.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) marcou a formulação do modelo de saúde como dever do Estado, pública, universal, descentralizada, verticalizada, com participação social e integral, tendo o conceito ampliado de saúde – conforme será debatido posteriormente –, resultado da organização social e histórica da produção, central no ordenamento sanitário brasileiro, o sistema único nasce implementando uma concepção de saúde ampliada. Ficavam as questões: como incorporar o setor privado na reformulação do sistema? Como organizar os serviços para darem conta do conceito ampliado adotado? Como financiar a saúde pública? Como formar os trabalhadores para atuarem no sistema?

Sobre a última questão, cabe destaque para a Constituição em seu artigo 200, inciso III, que responsabiliza o SUS por ordenar a formação dos seus recursos humanos, permitindo a ampliação do debate que já vinha sendo realizado sobre a educação profissional em saúde no Brasil. A ideia era organizar a formação para que ela se relacionasse com as necessidades como um todo, tendo em vista o imperativo da formação não apenas na área de enfermagem, mas possibilitar a formação de um conjunto ampliado de profissionais necessários à atuação no sistema, buscando ligar esses profissionais ao modelo de saúde proposto. Contudo, a disputa pelo modelo de saúde presente na constituição, bem como pela formação dos profissionais que irão atuar nele se trava com o setor privado. Na medida em que esse modelo é reformulado, cabe também a necessidade de reflexão sobre as instituições que irão atuar na reformulação do modelo de formação dos trabalhadores, na época, hegemonicamente executadas pela iniciativa privada.

Machado e Ximenes Neto (2018) classificam as políticas de ordenamento em recursos humanos desenvolvidas no Brasil em dois momentos históricos, antes e depois da consolidação do SUS. No pré-SUS, o Brasil contava com: 18.489 estabelecimentos de saúde; 573.629 empregos de saúde. O mercado de trabalho de saúde contava com 197.352 empregos de nível superior, 111.501 técnicos e auxiliares, e 264.776 de nível elementar. A equipe de saúde era bipolarizada, centrada na figura do médico e do enfermeiro, em sua maioria, atendentes.

Em 1990, é decretada a lei nº 8.080/90, que regula e institui o SUS. A preocupação com a formação dos trabalhadores diz respeito ao direcionamento da educação profissional para atender as demandas do SUS, bem como na garantia de

que essa formação reflita sobre e com os profissionais quanto ao projeto societário que um modelo de saúde pública, participativa integral e universal representa.

Como já discutido, o principal instrumento de operacionalização da formação profissional adotado foi a implementação das ETSUS. O foco dessas escolas era responder à demanda de formação profissional, com a ampliação da cobertura dos trabalhadores inseridos nos serviços, de maneira a mudar a atuação em saúde individual para coletiva, dialogando com os saberes desses trabalhadores, muitas vezes apartados do sistema educacional, vinculando a realidade ao próprio processo de aprendizado e não reduzindo a educação profissional ao treinamento para o trabalho.

Com o desenvolvimento do SUS, a implantação de políticas e programas setoriais da saúde também acabou por influenciar a abertura de inúmeros cursos na área da saúde, em função de novos postos de trabalho demandados. Entre as políticas, podemos destacar: a Estratégia Saúde da Família (ESF), o Programa Brasil Sorridente e o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

2.4.2 Sistema Único de Saúde

Para compreensão das políticas desenvolvidas no campo da saúde que conformam o atual quadro da formação dos trabalhadores técnicos é necessário observar o desenvolvimento do SUS, as lutas travadas até hoje pelo projeto de garantia de um sistema único universal e as necessidades a serem atendidas pelos trabalhadores da saúde no que concerne ao escopo de um modelo de saúde que se propõe a ser universal, integral, participativo e equânime.

A Constituição Federal de 1988, que estabeleceu a criação de um sistema único de saúde, no seu parágrafo 196, que versa sobre saúde pública, define que “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), postulando no texto constitucional, a intrínseca relação entre o Estado brasileiro e a defesa e promoção da saúde de sua população. A lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, descreve como determinantes e condicionantes de saúde o acesso à alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e aos bens e serviços

essenciais.

O SUS nasce como um projeto público audacioso e inovador, promovido pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), composto por entidades e movimentos sociais comprometidos com a defesa do direito universal à saúde, e pelas mobilizações históricas em prol da democracia. Ter um sistema único de saúde alude a processos jurídicos, administrativos e institucionais que compatibilizam a universalização do direito à saúde, por meio de uma rede de serviços e ações distribuídas em instituições responsáveis por garantir cuidado e atenção (PEREIRA; LIMA, 2008).

A Carta Magna estabelece o sistema público constitucional de saúde com as diretrizes constitucionais de: descentralização de recursos e atribuições, que fundamenta o mecanismo de ampliação da oferta e do acesso a serviços e ações de saúde, o controle social, dispositivo constitucional de participação comunitária, e a integralidade. A lei que regulamenta o sistema traz como princípios e diretrizes: universalidade, integralidade da atenção à saúde, descentralização e a participação social, entre outros. Postula, ainda, a autonomia, o direito à informação, a epidemiologia, intersectorialidade e a resolutividade (BRASIL, 1990).

O sistema único construiu legados importantes na história da saúde no Brasil e mundialmente, como: o sistema de vigilância sanitária, a assistência farmacêutica, política de controle ao tabagismo, plano nacional de imunização, política de controle ao HIV/AIDS, programa de atenção primária à saúde e as equipes de saúde da família, sistemas de informação em saúde. Entretanto, o SUS tem se configurado desde sua implementação e formulação como um projeto concreto implantado, porém não consolidado (PAIM, 2018). A falta de prioridade do SUS diante das agendas políticas e os ataques visando seu desfinanciamento, privatização e desmonte foram reforçados pela crise econômica e política brasileira instaurada. A perpetuação e aprofundamento da hegemonia contrária ao SUS o torna ainda mais reduzido.

Segundo Paim (2018), historicamente um dos maiores problemas do SUS é o subfinanciamento. A Constituição de 1988 não esclareceu as regras de financiamento da saúde, e até a presente data não se definiu a participação federal no financiamento em saúde, apresentando um gasto de 3,99% do PIB, em 2012. A título de exemplo, países como Canadá, França e Reino Unido, que também possuem serviços públicos de saúde, gastam entre 7% e 8% do PIB (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017).

O SUS nasceu questionando a concepção de saúde estabelecida pela OMS, e

na contramão da ascensão mundial de políticas neoliberais (LIMA, 2015), que se estabeleceram durante a década de 1990 e se perpetuam até os dias atuais, trazendo como premissas, no campo saúde, a intervenção estatal apenas para regular a oferta e garantir serviços “mínimos essenciais”, redução do aparato público e desenvolvimento de ações tradicionais de saúde pública para controlar epidemias e riscos que possam desestruturar o mercado (RIZZOTTO et al, 2016).

Ele tem se caracterizado pela precarização; descentralização dos serviços, transferência em nível local da gestão sem suporte orçamentário, restringindo o financiamento à transferência de recursos a partir de políticas específicas, que não necessariamente atendem às demandas sanitárias e aos anseios locais. Conjugado com a privatização dos serviços transformando-os em mercadoria e filantropia, transferindo, assim, a responsabilidade do Estado para a sociedade civil. Tendo como consequência desses processos, atendimentos segmentados, alto custo, qualidade questionável, pouca cobertura e despolitização dos conflitos sociais (BAHIA, 2008; LUZ, 2009; YAMAMOTO, 2007).

Assim, segundo Paim (2018), constituem-se, atualmente, como obstáculos e ameaças ao SUS, distribuídos em cinco polos:

Ideológicos:

- individualismo brasileiro;
- reduzidas bases sociais que deem sustentação ao SUS por parte de sindicatos e partidos políticos;
- resistência de grupos profissionais;
- crítica sistemática midiática;

Conjunturais:

- predomínio do neoliberalismo no período de implementação do SUS;
- *lobbies* de empresas de planos de saúde e indústria farmacêuticas;
- ausência de sustentabilidade econômica, tecnológica e científica promovida por governos;

Técnicos:

- falta de profissionalização da gestão;
- desvalorização dos trabalhadores de saúde por meio de terceirizações e precarização do trabalho;

Conceituais:

- reprodução do modelo médico hegemônico, centrado na doença;

Financeiros:

- subfinanciamento crônico;
- falta de investimentos na ampliação da infraestrutura pública;
- subsídios, desonerações e sub-regulação do setor privado;
- financeirização da saúde;
- emenda constitucional nº 55/2016³³;
- permissão de participação do capital estrangeiro (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017).

Na mesma linha de Paim, Bahia (2008) afirma que é necessário, diante de tantos desafios políticos e financeiros que impossibilitam o SUS de cumprir seus deveres constitucionais, resgatar a defesa da seguridade social, revisar a política monetária e formular uma política de desenvolvimento nacional.

2.4.3 Retrato do trabalho em saúde 30 anos depois

O SUS tem um papel importante na participação da geração de demanda para o sistema produtivo nacional, ou seja, a população consome serviços de saúde, gera empregos, produz inovação e pesquisas. Depois de 30 anos passados da constituição do SUS, o Brasil, em 2017, tinha 200.049 estabelecimentos de saúde; 3.594.596 empregos de saúde. A equipe de saúde passou a ser multiprofissional, com a presença de enfermeiros, odontólogos, médicos, farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, além de técnicos e auxiliares, que compõem sua maioria (MACHADO; XIMENES NETO, 2018, p. 9).

No que se refere à política de gestão do trabalho e da educação, o pré-SUS é categorizado por Machado e Ximenes Neto (2018) em três períodos:

- 1967 a 1974: incentivo à formação profissional de nível superior, expansão dos empregos privados, incremento da contratação de médicos e atendentes de enfermagem, reforçando a bipolaridade médico/atendentes; incentivo à hospitalização/especialização;
- 1975 a 1986: aumento da participação do setor público na oferta de serviços

³³ Emenda constitucional que limita por 20 anos os gastos públicos, estabelecendo um teto constitucional do orçamento executivo anual.

ambulatoriais e hospitalares, formação de técnicos e sua incorporação nas equipes de saúde;

- 1987 a 1990: caracterizado pelas mudanças estruturais rumo à reforma sanitária, marcadas pelo processo de descentralização da assistência e, conseqüentemente, dos profissionais.

Já o pós-SUS é categorizando em outros três:

- 1990-2002: “antipolítica” de RH: abandono da proposta de planos de cargos e salários, ao mesmo tempo em que se proliferavam as escolas na área da saúde. Desvalorização dos trabalhadores da saúde;
- 2003-2015: política de gestão do trabalho e educação: políticas públicas positivas na formação dos trabalhadores. Entre elas, podemos elencar a criação, em 2003, da Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde (SEGETES); Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; AprenderSUS; Projeto Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS); Pró-Saúde; PET Saúde; Telessaúde; UNASUS; Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS, o Programa Mais Médicos (PMM-2013), entre outras;
- 2016, até os dias atuais – Momento de ameaça de perda dos direitos essenciais: neoliberalismo, perda dos direitos trabalhistas, precarização do trabalho, desregulação da política de formação profissional.

2.4.4 Atenção Básica e o trabalho em saúde

Além da problemática da expansão do ensino privado na formação dos trabalhadores técnicos da saúde, outros problemas persistentes relacionados à formação são a inadequação da formação profissional para atuação no sistema público e a defasagem dos programas de ensino-aprendizagem com a realidade social a ser enfrentada nos serviços. Para Machado e Ximenes Neto (2018), após quase 30 anos de SUS, ainda se perpetuam dificuldades no desenvolvimento de práticas integrals, de prevenção de agravos e de promoção da saúde. E a competente formação em saúde entraria como uma importante diretriz para a garantia da qualidade da atenção³⁴. Para os autores, a formação deve ser pautada com base nos

³⁴ Uma crítica importante a se fazer sobre esse ponto é: sendo a formação em saúde um indicador da qualidade da atenção, nos parece responsabilizar os profissionais da saúde pelas insuficiências do sistema. Não queremos dizer que não necessitamos de uma formação adequada para os profissionais,

determinantes sociais da saúde, nas necessidades da população, no perfil epidemiológico locorregional, e realizar vivências teórico-práticas voltadas para as realidades.

Para além de ser um trabalhador que conhece as técnicas, o trabalho em saúde exige dos profissionais aspectos da dimensão subjetiva, da relação com o outro, com as famílias e a comunidade, que se tornam mais evidentes quando falamos do trabalho realizado nos serviços de atenção básica. Para Morosini, Fonseca e Lima (2018), foram as políticas de atenção básica que mais favoreceram a implantação dos princípios e diretrizes do SUS, as mais importantes para ampliação do quadro de trabalhadores técnicos da saúde. Compreendemos, junto com os autores estudados, que a ampliação da cobertura pública em saúde se deu pela redução dos custos da atenção, ou seja, pela concentração e proposta de resolução dos problemas e agravos de saúde em unidades de baixo custo tecnológico, sendo elas as unidades básicas de saúde. Ao mesmo tempo, esse projeto ampliou a oferta de trabalho para técnicos e auxiliares, consolidando profissões, como os agentes comunitários de saúde e agentes de controles de endemias.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é denominada a atenção ambulatorial de primeiro nível, um dos primeiros contatos do usuário em saúde ao acessar o sistema público. É direcionada a cobrir as condições de saúde mais comuns de serem apresentadas na procura ao sistema de saúde e a resolvê-las. Corresponde à prestação de serviços de baixo custo, que implicam em uso de poucas tecnologias de diagnóstico e mais centrada na figura do próprio trabalhador na prestação dos cuidados. Propõe-se a ser justamente abrangente e integral, e é uma concepção assistencial de organização do sistema, tal como já abordada, oriunda das discussões consolidadas na conferência de Alma-Ata, preconizando a necessidade de redução dos custos em saúde e o enfrentamento das necessidades individuais e coletivas na expansão da cobertura.

Para Giovanella et al (2019), nos países europeus, a atenção primária em saúde refere-se aos serviços de primeiro contato integrados ao sistema de saúde; já nos países periféricos, a atenção primária tem se caracterizado pela prestação de

nem que a qualidade da atenção não melhore com essa medida, entretanto, não nos parece que seja esse exatamente o ponto que leva o SUS a apresentar um quadro de baixa qualidade na questão da atenção. Ou seja, é preciso ter cuidado para que não ocorra essa ligação direta entre qualidade dos serviços, formação dos trabalhadores e na perspectiva da responsabilização.

serviços focalizados, utilização de programas seletivos e com baixa resolutividade, subentendendo a restrição dos programas a cobrir pontualmente as necessidades de saúde das camadas populacionais mais pobres, que não têm condições de acessar o sistema de saúde que não na sua forma pública e isso inclui serviços de maiores complexidade tecnológicas.

A conferência de Alma-Ata/78 formulou o questionamento das intervenções verticais da OMS no combate a endemias nos países em desenvolvimento e o modelo médico hegemônico, especialista e intervencionista, trazendo concepções alternativas mais abrangentes de organização dos serviços e do que deve compor a atenção à saúde. Ela afirmou a responsabilidade governamental sobre a saúde da população por meio da adoção de medidas sanitárias e sociais, trazendo a saúde como um direito humano fundamental, e uma meta mundial a ser alcançada. Nessa lógica, destaca-se a concepção dos determinantes sociais do processo saúde-doença.

Na mesma época, acompanhavam-se os movimentos de redemocratização na América Latina e libertação das colônias africanas, processos de independência nacionais que traziam a valoração da modernização baseada em concepções locais autônomas, privilegiando modelos de atenção descolados dos países de capitalismo hegemônico. Havia uma crítica ao elitismo médico, à progressiva especialização, propondo a democratização dos conhecimentos, a maior autonomia dos sujeitos em relação a sua própria saúde, a articulação do modelo de saúde com as práticas populares e a dominância da profissão médica em detrimento das demais.

Basicamente, na declaração da Alma-Ata o que competia à atenção primária em saúde era o envolvimento de outros setores correlacionados ao desenvolvimento comunitário, a utilização de tecnologias e da ciência devidamente comprovadas, identificação dos principais problemas de saúde da comunidade, direcionando serviços de proteção, cura e reabilitação, acesso integral e igualitário e distribuição territorial. Tudo isso deveria estar apoiado em um processo permanente de atenção sanitária que tocasse os problemas de saúde em âmbitos, como: educação, nutrição, saneamento básico, distribuição de águas, planejamento familiar, etc.

Entretanto, vide um contexto internacional adverso, as políticas de distribuição equitativa de recursos e a presença de governos posteriores mundiais conservadores, que adotaram políticas de orientação neoliberais, essa concepção de uma atenção primária integral e abrangente foi substituída pela seletividade da atenção primária e a oferta de um pacote de serviços básicos de manutenção em saúde, direcionados às

camadas populares, como estratégia de controle de doenças, desconsiderando a necessidade de melhorias socioeconômicas para melhora da situação de saúde das populações.

Embora o Brasil tenha ficado ausente da conferência, a atenção primária em saúde como modelo de atenção essencial será posteriormente utilizada na construção do modelo de saúde brasileiro, tendo o movimento sanitário como referência importante também no distanciamento de políticas e programas que concebesssem a atenção primária no seu modelo seletivo, mas focalizando a atenção primária no caráter de porta de acesso em saúde de maneira resolutiva, participativa e integral.

O novo aparato institucional e de gestão política em saúde, dado pelo SUS, reestrutura os serviços para oferecer atenção integral, universal e equânime garantindo a continuidade do cuidado a partir da complexa estrutura de serviços regionalizados e hierarquizados que foram sendo constituídos. No entanto, com o avanço de governos neoliberais e a promoção da redução dos gastos públicos, com transferência para os mercados privados, foram sendo adotados mecanismos de descentralização da gestão, transferindo responsabilidades da atenção aos governos municipais, ampliando a capilaridade do sistema ao custo de sua fragmentação. A atenção básica torna-se porta de entrada do sistema, que possibilita o ordenamento e referenciamento do cuidado para outros níveis de complexidade, caso necessário.

Em 1991, é lançado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), inicialmente concentrado nas regiões Norte e Nordeste, em áreas rurais e periféricas, visando realizar ações de combate a endemias com campanhas de vacinação. Os agentes comunitários de saúde (ACS) eram recrutados por processos seletivos locais e lotados nas unidades básicas de saúde, supervisionados por enfermeiros; não necessitavam ter formação específica e visavam dar suporte à atenção básica, principalmente no que concerne a interiorização das ações onde não havia assistência médica ainda consolidada. Com o impacto positivo do programa, observado nos indicadores de saúde, o modelo foi se expandindo a partir de 1993, por iniciativa do governo federal, e priorizando áreas periféricas das grandes cidades com concentração de pobreza.

Os ACS foram gradualmente capacitados e adquiriram outras atribuições, como cadastramento da população, diagnóstico das áreas de risco, promoção de ações de proteção à saúde da mulher e da criança, entre outras atividades. Eles atendem uma demanda política das secretarias municipais, operacionalizando a rede básica com

custo reduzido. O trabalho dos ACS veio a ser regulamentado pelas leis federais nº 10.570/2002 e nº 11.350/2006. Visaram reduzir a precariedade dos vínculos e promover a inserção do profissional por meio de processos seletivos. Para Giovanella e Mendonça (2013) e Morosini (2018), o trabalho do ACS ainda é um grande desafio, devido à multifuncionalidade, à permanência da precariedade dos vínculos, à falta de autonomia profissional e ao aumento das metas de produtividade.

A incorporação dos ACS ao Programa de Saúde da Família (PSF) promoveu mudanças substanciais nas práticas de saúde da comunidade e na atenção básica. O PSF foi estimulado por esses antecedentes e se materializou com a portaria MS nº 692/93. No primeiro momento, o programa foi implementado principalmente em pequenos municípios. Foi incentivado pela norma operacional básica do SUS de 1996 (NOB SUS 01/96), que definiu financiamento específico. A partir dessa norma, a atenção básica assume a característica de primeiro nível de atenção e substituiu o modelo de destinação de recursos federais para estados e municípios, pela modalidade de transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os fundos estaduais e municipais. Isso fortaleceu a modalidade de gestões locais em saúde, propondo a saúde da família como estratégia principal, e definiu indicadores para monitoramento do impacto da produção em saúde e epidemiológico (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2013).

Os repasses financeiros, fundo a fundo, para os estados e municípios, constituíram o Piso da Atenção Básica (PAB), que tinha a modalidade fixa e a variável. Na primeira, os recursos eram destinados com base número de habitantes municipais, enquanto na variável eram destinados a partir da adoção, pelo município, de programas estratégicos definidos pelo governo federal que repassava recursos para a assistência – PSF, saúde bucal, assistência farmacêutica básica, vigilância sanitária, etc.

O PSF passou a ser elemento fundamental do SUS, bem como a rede de profissionais que compõem as equipes de saúde das famílias (ESF). A articulação da comunidade com os serviços locais respaldava a participação social no SUS e cooperava para identificação das necessidades de saúde da população pela aproximação dos serviços. A organização dos serviços pela lógica da saúde da família, em tese, procura ir além da assistência em saúde individual, implementando um cuidado comunitário e local com ações que não se restringem à atuação médica, mas incorporam a atuação de outros profissionais, como o enfermeiro, o auxiliar de

enfermagem e os agentes comunitários de saúde, responsáveis por, em média, 3 mil pessoas por equipe escritas em um determinado território, junto aos quais executam ações de educação em saúde, prevenção e promoção da saúde de forma integral e contínua. Segundo Giovanella e Mendonça (2013), em 2011, a Estratégia de Saúde da Família atingiu mais de 90% dos municípios brasileiros, tinha 32 mil equipes e uma cobertura de cerca de 52% da população.

2.4.5 Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

Em 2006, alinhada ao processo de renovação da atenção básica nas Américas, promovido pela OPAS, foi lançada a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), pela portaria 648/GM. Essa política ampliou o escopo da atenção básica, incorporando uma atenção primária em saúde mais abrangente e instituiu a atenção primária como a porta de entrada preferencial do SUS, reguladora dos demais sistemas locais. Além disso, estabeleceu unidades básicas de saúde com ou sem a estratégia de saúde da família, propondo regular o trabalho multidisciplinar e expandir a educação permanente em saúde. Também propunha a implantação de recursos financeiros para as ESF, saúde bucal e PACS, comprometendo-se no sentido de fornecer uma formação profissional adequada a complexidade do trabalho e a introduzir o curso técnico de ACS nas ETESUS. O artigo 1º da política caracteriza a atenção básica como:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2006).

Complementando essa política, desde 2008, foi lançado pelo ministério da saúde o incentivo à criação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF):

programa que agrega equipes multiprofissionais de apoio matricial³⁵ em saúde, que visam apoiar e atuar em parceria com as equipes básicas de referência nas práticas de saúde no território, compartilhando gestão e responsabilização na coordenação do cuidado com as ESF.

A importância da atenção básica e das equipes de saúde da família se dá na perspectiva destes serem serviços de referência para milhões de brasileiros, principalmente aqueles que não possuem recursos para acessar outros serviços de saúde que não públicos, em sua maioria, pessoas que se inscrevem em territórios periféricos e enfrentam a ausência de serviços públicos de qualidade, entre diversas outras violações. As ESF se constituíram como uma ferramenta importante de ampliação da cobertura em saúde, na possibilidade de continuação do cuidado e na disponibilização de um serviço regular para às famílias, no qual o cuidado em saúde deve ser integral, no sentido de prestarem a atenção necessária a todas as dimensões da saúde e aos determinantes e condicionantes que implicam o processo, bem como integrarem-se a uma rede de atenção à saúde (RAPS). Esse conjunto de serviços são articulados em diversos níveis de complexidade que promovem a mobilidade dos usuários entre eles, entre a comunidade e outros órgãos e organizações que concernem a saúde ampliada.

Entretanto, em 2017, acompanhando um movimento de retrocesso nas políticas públicas e avanço das forças conservadoras no país, foi publicada a nova PNAB que, segundo Morosini, Fonseca e Lima (2018), revogou a prioridade da estratégia de saúde da família na organização do sistema e retirou recursos da atenção básica. O contexto de promulgação dessa política se deu na gestão do governo Michel Temer, após o impedimento da presidente Dilma Rousseff, que adotou a racionalização da verba pública dos setores sociais, orientando a mudanças do fundo público e ampliando a participação do setor privado. Entre as ações implementadas no período, destaca-se a emenda constitucional nº 55/2016, conhecida popularmente como “teto de gastos”, que congela por 20 anos o financiamento público em áreas sociais, entre elas a saúde, afetando diametralmente o SUS.

Assim, para as autoras, a PNAB 2017 desconstrói o compromisso de expansão

³⁵ Compreendemos “apoio matricial” ou “matriciamento” em saúde, tal como formulado por Campos e Domitti (2007).

da atenção à saúde da família e do sistema público de saúde, relativiza a cobertura populacional por meio da indefinição do número de ACS por equipe, descaracteriza o trabalho do ACS, descompromete a adoção de uma atenção cada vez mais qualificada e compromissada a enfrentar os desafios em saúde, segmenta o cuidado a partir da limitação de um pacote mínimo de serviços que devem ser prestados apenas recomendando os demais uma espécie de retorno à concepção de “cesta básica” de serviços, desconstrói o compromisso da universalidade e da integralidade.

As autoras analisam que esse processo visava gerar clientela ao setor privado em saúde, ao excluir o setor público da concorrência por meio da restrição ao acesso populacional, desfinanciamento e conseqüente baixa qualidade da assistência, tendendo a servir como plataforma de aprofundamento das políticas neoliberais privatistas.

Após a apresentação dessas discussões, do campo da educação profissional e da saúde, trazemos como síntese que o movimento de formação dos trabalhadores técnicos, inseridos na lógica da gestão do trabalho e da concepção de política a serem adotadas nos períodos em questão, é permeável às mediações históricas que foram sendo consolidadas no Brasil. A formação dos trabalhadores e sua inserção no mercado de trabalho apresentou um período de grandes avanços na instauração de políticas, tanto no campo da saúde quanto no campo da educação, com especial destaque para a consolidação do SUS, o desenvolvimento das ETSUS, a lei nº 5.692/71, o Plano Nacional de Educação, a criação da rede EPCT, o multilateralismo em saúde e as conferências internacionais, tais como a Alma-Ata, a PAPS e a ESF.

Contudo, movimentos políticos regressivos e conservadores – que aplicam a racionalidade do orçamento público e o contingenciamento de recursos para políticas sociais enquanto ampliação a participação do fundo público no financiamento privado por meio das parcerias público-privadas – implementaram políticas de privatização dos serviços, desfinanciamento, precarização do trabalho, atingindo o setor saúde e educação, materializando reformas – como a do ensino médio de 2016, a Política da Atenção Básica de 2017, a emenda constitucional 55/2016, a BNCC. Estas regrediram não só os dados quantitativos em relação ao ordenamento público da formação dos profissionais, já hegemônicos pelo setor privado desde a década de 1970, mas também implementaram concepções de qualificação e gestão do trabalho que fragilizam a autonomia dos trabalhadores e os vínculos empregatícios, passando a circular discursos relacionados à reorganização da produção e da formação para o

trabalho, tais como competências, empreendedorismo, empregabilidade, especialização e flexibilidade.

3 EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NO BRASIL DE 1999 A 2018

Neste capítulo apresentamos um panorama da educação profissional em saúde no Brasil, de 1999 a 2018, sobretudo no que concerne à formação ofertada nos institutos federais de educação a partir de 2010. Dessa forma, buscamos captar o movimento de ampliação da oferta de cursos de educação profissional técnica em saúde, bem como de vagas, observando a redução de matrículas em educação profissional em saúde, no setor público, com consequente ampliação do setor privado.

Para tanto, trazemos os dados quantitativos consolidados da pesquisa “A educação profissional técnica de nível médio em saúde na rede federal de educação profissional e tecnológica brasileira face ao Plano Nacional de Educação” (2014/2024), demonstrando que o setor privado, em 2018, concentrava 79% das matrículas em educação profissional técnica em saúde e a rede federal detinha 4% do total. Assim, discutimos a não inversão do padrão de oferta pública e privada de cursos técnicos em saúde, configurando a educação profissional em saúde como um campo hegemônico pela lógica educacional mercantil que se mantém majoritariamente ofertada pelo setor privado.

3.1 Rede de escolas técnicas federais e sua consolidação

Desenvolveremos um pouco mais detalhadamente os desdobramentos da Rede Federal de Educação Profissional, Ciências e Tecnologia (Rede EPCT) até o momento de sua consolidação, em 2008, abordando alguns dados atuais e contextualizando a sua inserção na área da saúde, em contraposição com sua história de criação e desenvolvimento na de oferta de cursos na área industrial e comercial. Para contextualização histórica da Rede EPCT, utilizarei os estudos realizados por Pelissari (2019), complementando a análise com outros autores e documentos oficiais.

A partir do decreto nº 787, de 11 de setembro de 1906, executado por Nilo Peçanha, então governador do Rio de Janeiro, foram criadas quatro escolas profissionais no estado: Campos, Petrópolis, Niterói, e Paraíba do Sul, sendo as três primeiras para o ensino de ofícios e a última à aprendizagem agrícola. Ao assumir a presidência do Brasil, Nilo Peçanha assinou, em 23 de setembro de 1909, o decreto nº 7.566, criando – inicialmente em diferentes unidades federativas, sob a jurisdição do Ministério dos Negócios da Agricultura, Indústria e Comércio – 19 escolas de aprendizes artífices, destinadas ao ensino profissional, primário e gratuito.

Essas escolas não tinham como princípio único e fundador a formação de força

de trabalho qualificada para atuação nas indústrias, mas carregavam uma política moralizante, no sentido de que o ensino profissional era visto como fundamental para corrigir a ociosidade dos desfavorecidos, dos pauperizados subversivos; o trabalho era visto, então, como uma espécie de redenção do operário, e também como moeda de troca para prevenção de ideologias políticas revolucionárias.

Como um dos exemplos da ideologia do industrialismo em processo de consolidação no Brasil e o papel da profissionalização, como já mencionado, em novembro de 1930, foi estruturada a Inspetoria do Ensino Profissional Técnico no Ministério da Educação e Saúde Pública, que passava a supervisionar as escolas de aprendizes artífices, antes ligadas ao Ministério da Agricultura. Em 1934, essa inspetoria foi transformada em Superintendência do Ensino Profissional.

A quarta Constituição do Brasil, Constituição de 1937, foi a primeira a tratar especificamente de ensino técnico, profissional, e trazia no artigo 29:

O ensino pré-vocacional e profissional destinado às classes menos favorecidas é, em matéria de educação, o primeiro dever do Estado. Cumprir a execução a esse dever, fundando institutos de ensino profissional e subsidiando os de iniciativa dos Estados, dos Municípios e dos indivíduos ou associações particulares e profissionais. É dever das indústrias e dos sindicatos econômicos criar, na esfera de sua especialidade, escolas de aprendizes, destinadas aos filhos de seus operários ou de seus associados. A lei regulará o cumprimento desse dever e os poderes que caberão ao Estado sobre essas escolas, bem como os auxílios, facilidades e subsídios a lhes serem concedidos pelo poder público.

Um detalhe importante neste artigo constitucional é a centralidade do ensino profissional às classes menos favorecidas, pobres, como se a destinação do Estado fosse uma espécie de profissionalização para superação da pobreza, como se a superação da pobreza dependesse da ampliação da qualificação dos pobres e da sua inserção nos incipientes mercados de trabalhos.

Em 1937, as então escolas de aprendizes e artífices foram transformadas em liceus profissionais. Em 1941, com a Reforma Capanema, que remodelou todo o ensino no país, o ensino profissional passou a ser considerado de nível médio. Mas o decreto nº 4.127, de 25 de fevereiro de 1942, transformou as escolas de aprendizes e artífices em escolas industriais e técnicas. A partir desse decreto, os alunos que concluíram o ensino técnico poderiam ingressar no ensino superior em área equivalente à de formação.

Durante o governo Juscelino Kubitschek (1955-1960), em 1959, consolidou-se o processo de criação de uma rede de escolas técnicas federais, as escolas industriais

e técnicas foram transformadas em Escolas Técnicas Federais, com *status* de autarquias federais, ganhando autonomia didática e de gestão. Essa rede ocupava um lugar estratégico na composição da força de trabalho, dentro da política de incentivo à formação industrial implementada na época.

Em 1994, a lei nº 8.948, instituiu o Sistema Nacional de Educação Tecnológica, transformando, gradativamente, as Escolas Técnicas Federais e as Escolas Agrotécnicas Federais em Centros Federais de Educação Tecnológica (CEFETs). Na nova LDB (lei nº 9.394), de 1996, a educação profissional foi tratada em um capítulo, separada da educação básica. Em 1997, foi desenvolvido um plano para a educação profissional, o Programa de Expansão da Educação Profissional (PROEP).

Com o governo Lula (2003-2011), a educação profissional e o ensino médio brasileiro ganharam certo destaque³⁶. A promulgação do decreto nº 5.154/2004 reestabelece a possibilidade de integração curricular, o que representa uma ruptura com as visões de uma educação fragmentada presente nos anos anteriores. Tal como já discutido, o decreto dá uma nova interpretação a LDB de 1996, e principalmente no que se refere à articulação entre a educação profissional e o ensino médio propicia novas formas de oferta. Retomando um pouco a discussão, o decreto estabelece a educação profissional e tecnológica em três grandes modalidades: 1) formação inicial e continuada, os intitulados cursos FIC; 2) educação profissional técnica de nível médio; e 3) educação profissional tecnológica, em nível de graduação e pós-graduação.

A nova fundamentação legal abriu um novo campo de disputas que transformaram a política de educação profissional, sobretudo quando comparada aos anos anteriores. Outra importante medida para a educação profissional, adotada no período, foi a política de fortalecimento e expansão da modalidade ensino médio integrado, representada pelo Programa Brasil Profissionalizado. O decreto estimulava a oferta da formação integrada^{37,38}, disponibilizando recursos federais para infraestrutura e modernização das escolas, além de enfatizar uma educação científica e humanística articuladas com a formação geral e profissional, introduz o elemento

³⁶ Vem mais em Frigotto, Ciavatta e Ramos (2005).

³⁷ Sobre a discussão da formação integrada, ver: Frigotto, Ciavatta e Ramos (2005) e Ramos (2007).

³⁸ Entretanto, o Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) publicou uma alteração no decreto, a resolução nº 9, de 28 de fevereiro de 2008, e incluiu a oferta de recursos para o desenvolvimento de cursos subsequentes e concomitantes, abrindo brechas para a apropriação dos recursos em outras propostas de educação que não a da formação integrada.

dos arranjos produtivos locais e regionais como importantes no ordenamento da educação (PELISSARI, 2019).

Em 2005, com a publicação da lei nº 11.195, foram estabelecidas as bases legais para o lançamento da primeira fase do Plano de Expansão da Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, com a construção de novas unidades de ensino. Tal lei alterava a de nº 8.948/1994, que tratava da expansão da oferta de educação profissional pela criação de novas escolas. A lei nº 11.195 aborda no seu artigo 5º:

A expansão da oferta de educação profissional, mediante a criação de novas unidades de ensino por parte da União, ocorrerá, preferencialmente, em parceria com Estados, Municípios, Distrito Federal, setor produtivo ou organizações não governamentais, que serão responsáveis pela manutenção e gestão dos novos estabelecimentos de ensino. (BRASIL, 2005, p. 11).

Ainda em 2005 foi criada a primeira universidade especializada em ensino técnico no país, a Universidade Tecnológica Federal do Paraná, nascida da transformação do antigo CEFET-Paraná. Em 2006, foi instituído o Programa Nacional de Integração da Educação Profissional com a Educação de Jovens e Adultos (PROEJA). Também em 2006, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Educação Profissional e Tecnológica.

Em 2007, foi lançado pelo governo federal o Plano de Desenvolvimento Educacional (PDE), que colocava a educação profissional como um lugar estratégico e priorizava o investimento na criação de uma rede de educação profissional, que referendou, inclusive, a combinação do ensino médio e técnico integrado como base para a superação da fragmentação educacional, mencionando a educação politécnica³⁹ como base para a superação do ensino propedêutico em oposição ao profissionalizante. Embora um pouco longo, vale citar o artigo do plano, que trata especificamente sobre a educação profissional e, até então, os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia (IFETs):

Diante dessa expansão sem precedentes, a proposição dos institutos federais de educação, ciência e tecnologia (IFET), como modelos de reorganização das instituições federais de educação profissional e tecnológica para uma atuação integrada e referenciada regionalmente, evidencia com grande

³⁹ A educação politécnica refere-se basicamente ao desenvolvimento do sujeito a partir de uma perspectiva omnilateral, todas as dimensões humanas simultaneamente sendo desenvolvidas de maneira integral, sendo elas as dimensões produtivas, corporais, artísticas, intelectuais, culturais e tecnológicas. A ideia da omnilateralidade pode ser encontrada em Marx e Engels. Em projetos educativos, a politecnia está associada ao trabalho como princípio educativo, o trabalho como categoria fundante da ontologia do ser, e foi desenvolvida por autores como Frigotto, Ciavata e Ramos (2005). Sobre educação politécnica ver: Saviani (2003).

nitidez os desejáveis enlaces entre educação sistêmica, desenvolvimento e territorialidade.

A missão institucional dos IFET deve, no que respeita à relação entre educação e trabalho, orientar-se pelos seguintes objetivos: ofertar educação profissional e tecnológica, como processo educativo e investigativo, em todos os seus níveis e modalidades, sobretudo de nível médio; orientar a oferta de cursos em sintonia com a consolidação e o fortalecimento dos arranjos produtivos locais; estimular a pesquisa aplicada, a produção cultural, o empreendedorismo e o cooperativismo, apoiando processos educativos que levem à geração de trabalho e renda, especialmente a partir de processos de autogestão [...]. A combinação virtuosa do ensino de ciências naturais, humanidades (inclusive filosofia e sociologia) e educação profissional e tecnológica – o que deve contemplar o estudo das formas de organização da produção – pode repor, em novas bases, o debate sobre a politecnia, no horizonte da superação da oposição entre o propedêutico e o profissionalizante. Sem prejuízo do indispensável apoio da União à reestruturação das redes estaduais, os IFET podem colaborar para recompor a espinha dorsal do ensino médio público: no aspecto propedêutico, o modelo acadêmico deve romper com o saber de cor – tão próprio ao ensino médio – , que nada mais é do que “conservar o que se entregou à memória para guardar”; no aspecto profissionalizante, deve romper com o ensino mecanicista e objetivante, que estreita, ao invés de alargar, os horizontes do educando, tomado como peça de engrenagem de um sistema produtivo obsoleto, que ainda não incorporou a ciência como fator de produção. (BRASIL, 2008, p. 19).

O plano criava bases para o decreto nº 6.095, emitido em 24 de abril de 2007, que efetuava o plano de expansão dos IFETs, prevendo a instalação de 214 unidades até 2010. A segunda fase do plano foi executada entre 2010 e 2014, instalando-se 208 novas unidades, somando um total de 578 *campi* no fim do período (PELLISSARI, 2019).

Os IFETS, com natureza jurídica de autarquias, seriam detentores de autonomia administrativa, pedagógica ou patrimonial. Ofertariam educação superior, básica e profissional na perspectiva multicampi e deveriam orientar sua oferta com base nos “arranjos produtivos locais”, a serem identificados por mapeamentos realizados pelas unidades, além de postularem um vínculo entre as unidades e os setores produtivos locais. Diferentemente dos antigos CEFETs, as novas instituições, por serem autônomas, equiparavam-se às universidades tecnológicas e poderiam desenvolver-se sem necessidade de novas legislações. Os CEFETs, as escolas técnicas vinculadas às universidades federais, poderiam aderir ao projeto dos IFETs.

O decreto trouxe algumas ações prioritárias interessantes, como: a constituição das instituições como centros de excelência no ensino das ciências; a capacitação técnica e atualização pedagógica dos docentes; a oferta de programas de extensão e o estímulo à pesquisa aplicada; o desenvolvimento em articulação local que levasse a processos educativos incentivadores da geração de trabalho e renda. Além disso,

as instituições devem oferecer, no mínimo, 50% de cursos técnicos integrados; FIC e PROEJA, 20% de cursos de licenciatura com vista à formação de professores, sobretudo nas áreas de ciências e matemática.

Entretanto, apenas com a promulgação da lei nº 11.892/2008 é que foi instituída a Rede EPCT, criando os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia (IFs), dando organicidade a expansão, criando-se 38 novos institutos federais (PELISSARI, 2019).

Algumas alterações ao decreto valem ser destacadas, como a verticalização do ensino, integração da educação básicas à educação profissional e superior, a prioridade à modalidade do ensino médio integrado, incorporando cursos de educação de jovens e adultos (EJA), integrados à educação profissional por meio do Programa Nacional de Integração da Educação Profissional com a Educação Básica, na modalidade de jovens e adultos (PROEJA). No que se refere à destinação de vagas, a lei exclui dos 50% prioritário os cursos FIC, ficando apenas com os integrados de nível médio e EJA.

Ao longo dos anos, outros programas foram importantes para a consolidação dos institutos federais e sua expansão, com destaque para o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e ao Emprego (PRONATEC), instituído pela lei nº 12.513/2011 e o Plano Nacional de Educação (2014-2024), que prevê na meta 11: triplicar as matrículas da educação profissional técnica de nível médio no período, assegurando a qualidade da oferta e pelo menos 50% da expansão no segmento público.

Outros programas implementados mais recentemente – reforma do ensino médio de 2016 e a Base Nacional Comum Curricular (BNCC, 2018) – têm sido considerados, por alguns autores – levando em consideração o movimento político institucional de regressão vivido pelo país, desde 2016, que contrariam o desenvolvimento da educação em bases críticas, integradas e científicas –, como importantes para a compreensão da atual disputa do ensino profissional, da Rede EPCT e da concepção de sociedade.

3.2 Retrato da educação profissional em saúde de 1999 a 2009

Segundo Vieira et al (2013), o primeiro Censo da Educação Profissional, mostrava uma predominância do setor público no que diz respeito às matrículas na

educação profissional de nível técnico. Naquele ano, o ensino técnico apresentava 716.652 matrículas; 56% concentravam-se na rede pública e 37% nas escolas técnicas das redes estaduais.

A partir dos anos 1990, é possível observar o movimento de diminuição da oferta pelo setor público, que com as políticas educacionais adotadas pelo governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), especificamente a reforma da educação profissional (decreto nº 2.208/1997), tornaram a polêmica da educação profissional envolta da tese do direito universal de formação humana ou sobre a mercantilização do sistema educacional.

O movimento descendente do número de matriculados em escolas públicas permanece até 2004, com a promulgação do decreto nº 5.154/2004, que, como já visto, revogou o decreto nº 2.208/1997, modificando a proposta política que seria adotada a partir de então para a educação profissional. Entre os anos de 2002 e 2007, a rede pública de educação concentrava menos matrículas do que a rede privada. Entretanto, em 2009, o movimento se inverte e as matrículas na educação profissional de nível técnico chegaram a 537.651 na rede pública e a 499.294 na rede privada.

No que diz respeito à formação técnica em saúde, o censo de 1999 indicava a existência de 82.016 matriculados, o que correspondia a pouco mais de 11% do total da educação profissional. O setor privado era responsável por 62% do total de matrículas em saúde, embora se comparado à educação profissional como um todo, a rede privada concentrava apenas 44% das matrículas. Ao longo dos anos 2000, o movimento de ampliação da rede privada em saúde foi tão significativo que em 2009 menos de um quarto (24,7%) dos matriculados em cursos técnicos na área da saúde desenvolviam sua formação em escolas técnicas públicas. Em 2009, as matrículas em saúde tiveram um crescimento de 373%, quase quatro vezes mais, ao passo que a matrícula em cursos da educação profissional total, no mesmo período, teve um crescimento de 144%.

A formação em saúde não era uma formação caracterizada como de interesse público, sendo assim,

Como explicar comportamento tão específico da formação técnica em saúde? Por que a predominância do setor privado chega perto de representar a quase totalidade das matrículas? Como explicar a explosão das matrículas privadas na formação técnica em saúde principalmente nos primeiros anos do século XXI? (VIEIRA et al, 2013 p. 127)

Essas questões se fazem presentes ainda hoje. Algumas possíveis explicações

levantadas pelas autoras encontram-se no período de contrarreforma da saúde, nos anos 2000, na redefinição do papel do Estado como regulador do desenvolvimento econômico e social. Diferentemente de outros setores, onde a reestruturação produtiva produziu desemprego com a introdução de novas tecnologias e alterações nos vínculos de trabalho, no setor saúde não houve redução dos postos, mas ampliação, principalmente impulsionada pela expansão da atenção básica e a adoção da estratégia de saúde da família (PSF) (MOROSINI et al., 2013). Entretanto, os trabalhadores continuaram sendo inseridos nos postos de trabalho sem a resolução de conflitos históricos, como a carga horária alta, as múltiplas jornadas, salários baixos, desvios de função entre outros, aos quais se somaram as formas flexíveis de contratação e gestão dos processos de trabalho.

Para Vieira et al (2013), há tendência a um deslocamento das áreas de investimento em educação pela iniciativa privada, por meio do aumento da oferta de cursos seguindo ou induzindo demandas, o que se caracteriza como uma prática de mercantilização da educação, reforçados pelas políticas governamentais de acesso ao fundo público, denominadas de parcerias público-privadas. A educação profissional em saúde se constitui como um campo hegemônico pela lógica educacional mercantil que é ofertada majoritariamente pelo setor privado.

Embora as repercussões da crise internacional de 2008 nos Estados Unidos e Europa tenham atingido também o Brasil, a adoção de medidas de política fiscal e monetária antirrecessivas permitiu que o país a contornasse e criasse novos postos de trabalho, apesar da retração do emprego na indústria, pelo processo já abordado da desindustrialização pela associação da burguesia à modalidade de capitalismo dependente. Os anos 2000 foram marcados pelo fortalecimento do mercado de trabalho no país, principalmente no setor de serviços, que engloba o trabalho em saúde (VIEIRA et al, 2013). O setor terciário gerou 2,3% mais empregos que o setor secundário, entretanto, a maioria dos trabalhos gerados estava concentrada nos postos de baixos salários, com a ampliação dos postos de atenção à saúde das ocupações de nível médio e elementar, impulsionados pelo setor público.

Devido à implementação do SUS, o macrossetor saúde se configura como um ramo importante na economia brasileira, compreendendo, em 2005, quase quatro milhões de postos de trabalho. Em razão da expansão da cobertura dos serviços de saúde, a geração de novas ocupações e postos de trabalho é um processo inerente, impulsionado principalmente pelos serviços da atenção básica. Vale acrescentar que

a expansão da cobertura se deu de forma concomitante à deterioração das condições de trabalho, remuneração e precarização dos vínculos, processo de precarização do trabalho que tem se configurado como inerente ao modelo de capitalismo neoliberal⁴⁰.

Devido à expansão da capacidade pública instalada, o SUS ainda constitui um importante mercado de trabalho para as ocupações de nível médio técnico/auxiliar e principalmente para as de nível elementar, dadas pelas políticas de municipalização dos empregos; flexibilidade dos vínculos, entre outras práticas.

[...] no que diz respeito ao nível técnico/auxiliar e elementar. Vale mencionar, entre as 25 ocupações listadas, a alta taxa de crescimento de postos de trabalho na área de enfermagem, vigilância em saúde, saúde bucal e agentes comunitários de saúde. Se, nos dois primeiros grupos a implementação de recentes políticas públicas, como o Profae e o Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (Proformar), buscou qualificar trabalhadores já inseridos no mercado de trabalho, a Estratégia Saúde da Família (ESF) vem significando a criação de novos postos de trabalho para os agentes de saúde bucal e, especialmente, para os agentes comunitários de saúde. É importante destacar que sobretudo os trabalhadores da vigilância em saúde e da saúde da família, priorizados nas políticas públicas, vêm sendo incorporados ao setor público em postos de trabalho que não exigem escolaridade além do nível elementar, através de uma multiplicidade de vínculos precários. (VIEIRA et al, 2013, p. 139).

3.3 Retrato da educação profissional em saúde de 2010 a 2018

Partindo do cenário obtido por Vieira et al (2013), até os anos 2009, visando desenvolvê-lo um pouco até o cenário atual, trazemos alguns dados quantitativos da pesquisa “A educação profissional técnica de nível médio em saúde na rede federal de educação profissional e tecnológica brasileira face ao Plano Nacional de Educação” (2014/2024)⁴¹, buscando oferecer um panorama sobre a educação profissional tecnológica em saúde com foco nas dinâmicas apresentadas pelos institutos federais. As análises partem da perspectiva de cursos e matrículas⁴².

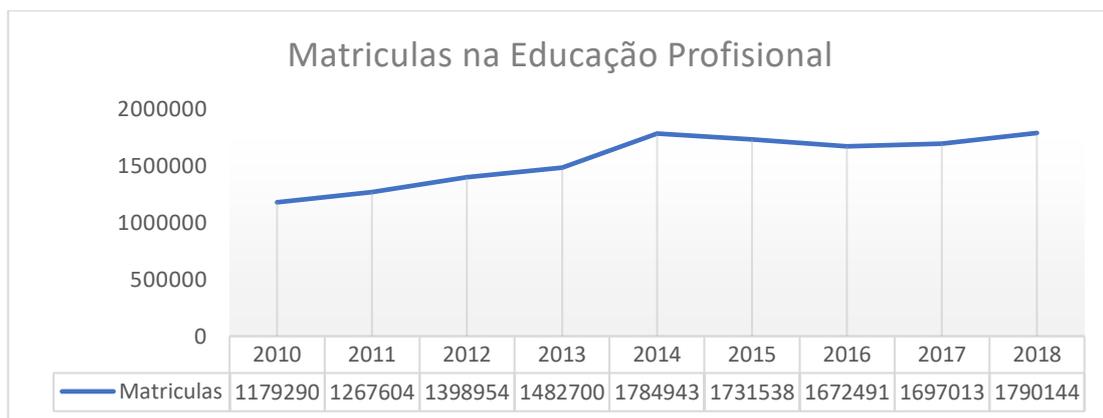
⁴⁰ Sobre a precarização do trabalho, a sua inerência ao processo neoliberal, devido a sua lógica sistêmica, ver: Morosini (2018).

⁴¹ A obtenção desses dados contou principalmente com o trabalho desta autora, como bolsista de iniciação científica (CNPq) da pesquisa e do estatístico do Lateps, também membro da equipe. A análise aqui apresentada consta do relatório de pesquisa (RAMOS, 2001) escrito com a colaboração da mesma, e de outros textos já apresentados ao meio acadêmico, tais como: “A educação profissional técnica em saúde na rede federal de educação ciência e tecnologia (EPCT) entre os anos de 2010 e 2018”, apresentado em 2021, no 4º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde; no artigo publicado, em 2020, na revista “E-Mosaicos”, intitulado: “Atuação da rede de educação profissional científica e tecnológica quanto à oferta de cursos técnicos em saúde”; e o trabalho apresentado no V Colóquio Nacional e II Internacional “A produção de conhecimento em educação profissional: regressão social e resistências da classe trabalhadora em 2019”, intitulado: “Atuação da rede federal de educação profissional científica e tecnológica quanto a oferta de cursos técnicos em saúde”.

⁴² Para compreensão da metodologia de análise, ver o relatório da pesquisa (RAMOS, 2021).

De acordo com os dados do INEP⁴³, em 2010 estavam sendo ofertados no Brasil 15.517 cursos de educação profissional e tecnológica. Em 2018, esse número era de 32.282. Comparando 2010 a 2018, podemos observar um crescimento na oferta de cursos de 16.765 – uma ampliação de 108%. Em relação ao número de matrículas, em 2010 havia 910.388 alunos matriculados em cursos da educação profissional e tecnológica e em 2018 esse quantitativo era de 1.790.144. Um aumento de 879.756 matriculados em relação a 2010, ou seja, houve um incremento de 96% no total de matrículas.

Gráfico 1 – Matrículas da educação profissional entre os anos de 2010 e 2018



Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Já nos cursos de educação profissional em saúde, em todas as esferas administrativas, rede privada, estadual, municipal e federal, em 2010 eram oferecidos 4.013 cursos; em 2018, 5.374 – uma ampliação de 33%. Em relação ao número de matrículas, em 2010 eram 243.517 e, em 2018, chegaram a 455.195 – um aumento de 86%. A educação profissional em saúde de 2010 a 2018 vem mantendo um padrão de 20 a 27% de cursos em educação profissional em saúde.

Tabela 1 – Matrículas em educação profissional em saúde, entre os anos 2010 e 2018

| Ano | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|-----|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| N | 243517 | 217743 | 206299 | 201558 | 285953 | 285505 | 345990 | 403367 | 455196 |

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

⁴³ Podemos observar que, seguindo os resultados anteriores obtidos por Vieira et al (2013), a educação profissional continua sua ampliação, incrementado em 2018, 96% de matrículas e 108% de cursos. Entretanto, nos cursos de educação profissional em saúde, as matrículas ampliam 86% e os cursos 33%.

Podemos observar que, acompanhando os resultados anteriores obtidos por Vieira et al (2013), a educação profissional continua sua ampliação, incrementado em 2018, embora não tão significativa quanto nos anos anteriores, 96% de matrículas e 108% de cursos. Entretanto, na educação profissional em saúde, as matrículas ampliam 86% e os cursos 33%.

3.4 Retrato da educação profissional tecnológica em saúde na rede federal

Atualmente, 38 institutos federais, 2 CEFETs e o Colégio Pedro II integram a Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica Segundo dados da Plataforma Nilo Peçanha, referente ao ano de 2018 (Plataforma Nilo Peçanha, 2019), 647 *campi* compõem a rede, com uma oferta de 11.766 cursos e 45.486 professores. O gasto total no ano de 2018 foi de R\$ 16.531.953.129,00⁴⁴, o equivalente a R\$ 15.725,66 anuais por matrícula, R\$ 1.310,47 mensais por aluno.

Dessas 599 unidades, 590 ofertam cursos técnicos, 171 ofertam cursos no eixo tecnológico ambiente e saúde, representando 28% da oferta de cursos da Rede EPCT em 2019. Entre esses, 55 são do subeixo tecnológico saúde, composto pelos cursos por nós estudados⁴⁵.

Tabela 2 – Institutos Federais de Educação Profissional Científica e Tecnológica, em 2019

| | |
|--|------------|
| Rede EPCT | 599 |
| Oferta de cursos técnicos | 590 |
| Eixo tecnológico ambiente e saúde | 171 |
| Sub eixo tecnológico saúde | 55 |

Fonte: Elaborado pela autora com base no Censo 2020 da Plataforma Nilo Peçanha.

Entre 2010 e 2016, 132 *campi*⁴⁶ da rede EPCT ofereceram pelo menos um curso do eixo estudado, distribuídos pelos estados brasileiros: Acre, Alagoas, Espírito Santo, Mato Grosso, Rondônia, e somente o estado de São Paulo não ofertava cursos do eixo da saúde pela rede federal de ensino.

A partir de 2011, a rede federal passa a ofertar cursos técnicos de saúde de

⁴⁴ Não estão incluídos na análise, os gastos e demais dados sobre as escolas técnicas vinculadas e a UNTPR.

⁴⁵ Importante ressaltar que a este dado estão acrescidos os números do curso de biotecnologia, diferentemente dos dados a seguir, devido ao fato de que, na construção da série histórica, o curso de biotecnologia concentrava-se em outro eixo tecnológico.

⁴⁶ Foram retirados da análise os colégios técnicos vinculados a universidades e a UNTPR.

forma mais sistemática. Em 2010, ofertava 93 cursos na área da saúde⁴⁷; em 2016, esse quantitativo passou a ser de 253, uma ampliação de 172%, o que, em números absolutos, equivale a mais 160 cursos com pico de crescimento da oferta no ano de 2015.

Tabela 3 – Comparativo de matrículas em educação profissional, educação profissional em saúde e educação profissional em saúde na esfera federal, entre os anos de 2010 e 2018

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|--|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Matrículas educação profissional | 910388 | 924360 | 994477 | 1032104 | 1370895 | 1401056 | 1672491 | 1697013 | 1790144 |
| Matrículas educação profissional em saúde | 243517 | 217743 | 206299 | 201558 | 285953 | 285505 | 345990 | 403367 | 455196 |
| % Matrículas em cursos de Saúde | 27 | 24 | 21 | 20 | 21 | 20 | 21 | 24 | 25 |
| Matrículas educação profissional em saúde na esfera federal | 5692 | 5089 | 5998 | 6246 | 6400 | 16863 | 14143 | 10844 | 9174 |
| % Matrículas em saúde na esfera federal | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 6 | 4 | 3 | 2 |

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Em 2018, a rede federal, participou com 2% do total da formação em saúde. Entre 2015 e 2016, apresentou dados de crescimento atípico, retornando, em 2018, ao padrão que já vinha apresentando desde o início da série histórica.

Tabela 4 – Comparativo de cursos ofertados de educação profissional tecnológica em saúde, entre 2010 e 2018

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Total ofertado | 4013 | 4065 | 4474 | 4694 | 5489 | 5448 | 5325 | 5544 | 5374 |
| Esfera federal | 93 | 91 | 99 | 113 | 121 | 212 | 253 | 208 | 151 |
| % ofertados pela esfera federal | 2,3 | 2,2 | 2,2 | 2,4 | 2,2 | 3,9 | 4,8 | 3,8 | 2,8 |

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Em 2018, 33% dos cursos em saúde que deixaram de ser ofertados estão concentrados na rede federal de educação. A rede federal perdeu sua participação na oferta de cursos em saúde que vinha se ampliando desde 2014. O que sugere que ampliação da oferta em cursos de saúde não foi um processo orgânico.

⁴⁷ O curso técnico de biotecnologia foi retirado da análise, porque até 2016 encontrava-se no eixo técnico de produção industrial.

Enquanto em 2010 a esfera federal concentrava 2% das matrículas em educação profissional em saúde, a rede estadual detinha 27% e a privada, 70%. Em 2018, a rede federal apresentou os mesmos 2% de matrículas; a rede estadual perdeu 8 pontos percentuais, resultando em 19% das matrículas; e a rede privada ampliou sua oferta, consolidando ainda mais sua hegemonia entre os cursos da saúde, totalizando 79% das matrículas em cursos da educação profissional em saúde.

Tabela 5 – Matrículas em cursos da educação profissional tecnológica em saúde por dependência administrativa, entre 2010 e 2018

| | Federal | | Estadual | | Municipal | | Privada | | Total |
|-------------|---------|-----|----------|----|-----------|---|---------|----|--------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N |
| 2010 | 5692 | 2,0 | 79002 | 27 | 3236 | 1 | 201296 | 70 | 289226 |
| 2011 | 5089 | 1,8 | 61358 | 22 | 3072 | 1 | 206119 | 75 | 275638 |
| 2012 | 5998 | 2,1 | 70362 | 25 | 2773 | 1 | 200628 | 72 | 279761 |
| 2013 | 6246 | 2,2 | 63669 | 23 | 2866 | 1 | 207115 | 74 | 279896 |
| 2014 | 6400 | 1,7 | 66374 | 18 | 3626 | 1 | 290078 | 79 | 366478 |
| 2015 | 16863 | 4,7 | 65220 | 18 | 3881 | 1 | 270273 | 76 | 356237 |
| 2016 | 14143 | 4,1 | 70585 | 20 | 3870 | 1 | 257392 | 74 | 345990 |
| 2017 | 10844 | 2,7 | 75574 | 19 | 3813 | 1 | 313136 | 78 | 403367 |
| 2018 | 9174 | 2,0 | 84671 | 19 | 3885 | 1 | 357466 | 79 | 455196 |

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Assim, podemos concluir que, acompanhando os estudos de Vieira et al (2013), a formação técnica em saúde ainda apresenta predominância de oferta e de matrículas no setor privado, chegando perto de representar a quase totalidade das matrículas em 2018.

Dessa forma, temos em síntese, a partir do objeto de análise e seus recortes evidenciados, que embora haja um crescimento da rede federal em números absolutos, este não se reflete percentualmente e não foi sustentado a longo prazo, ficando concentrado majoritariamente entre os anos de 2015 a 2017, sendo necessários estudos posteriores que avaliem explicações causais para o fenômeno ocorrido entre esses anos. Levantamos como hipótese a importante influência financiadora do PRONATEC. Além disso, o crescimento da educação profissional e da educação profissional em saúde nas redes públicas de educação não superou a lógica mercantil aplicada, evidenciada pela maior concentração de matrículas e cursos na rede privada de educação.

Este capítulo nos encaminha ao capítulo final, na medida em que traz numericamente a forma de inserção da rede federal na educação profissional em saúde, dando um panorama do alcance da referida rede e sua importância na formação em saúde. Isso nos leva ao próximo momento de avaliar profundamente, a partir do estudo empírico, quais as concepções de saúde presentes na formação profissional federal nacional.

4 CONCEPÇÃO DE SAÚDE NOS INSTITUTOS FEDERAIS: CONSTRUÇÃO A PARTIR DO ESTUDO EMPÍRICO

Neste capítulo, discutimos propriamente os resultados do estudo empírico que tinha como objetivo captar e discutir as concepções de saúde que orientam a formação dos trabalhadores técnicos da saúde dos institutos federais de educação, ciência e tecnologia. Para isso, apresentamos primeiramente a metodologia do trabalho, realizando uma discussão sobre a perspectiva de saúde adotada, o método de pesquisa do materialismo histórico e as suas categorias de análise, bem como a categoria do objeto, utilizada para realizar a discussão.

Destrinchamos o método de análise utilizado, de análise de conteúdo, proposto por Bardin, Reto e Pinheiro (2000) e adaptado por Ramos (2021). Após isso, trazemos os apontamentos da pesquisa analisados, categoria por categoria, à luz da teoria. Identificamos neste estudo a presença de duas categorias operacionais: a concepção de saúde e a concepção de SUS. Ambas são decompostas em quatro categorias empíricas, cada, sendo as da primeira: saúde ampliada; saúde pública; OMS; e biomédica; as da segunda são: princípios e diretrizes; defesa do SUS; curricularização do SUS; e precarização do trabalho.

4.1 Construção dos dados qualitativos e das categorias de análise

Para a realização deste estudo, utilizamos os dados qualitativos da pesquisa “A educação profissional técnica de nível médio em saúde na rede federal de educação profissional e tecnológica brasileira, face ao Plano Nacional de Educação” (2014/2024). Os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas com coordenadores de cursos⁴⁸, selecionados pelos critérios de relevância histórico-política dos institutos, relevância loco-regional do instituto/unidade/formação em saúde para o quadro epidemiológico da região, quadro quantitativo da oferta, oferta de cursos estratégicos para o SUS, em especial profissões ligadas à estratégia da

⁴⁸ A seleção dos cursos a serem estudados teve como base o Catálogo Nacional de Cursos Técnicos, no qual selecionamos os cursos do eixo “ambiente e saúde”. Excluímos da análise, os cursos da área ambiental e trabalhamos com 24 cursos técnicos, que são: agente comunitário de saúde, análises clínicas, citopatologia, cuidador de idosos, enfermagem, equipamentos biomédicos, estética, farmácia, gerência em saúde, hemoterapia, imobilizações ortopédicas, imagem pessoal, massoterapia, necropsia, nutrição e dietética, óptica, órteses e próteses, podologia, prótese dentária, radiologia, reabilitação de dependentes químicos, registros e informações em saúde, saúde bucal e vigilância em saúde.

saúde da família.

Durante o ano de 2019, realizamos as entrevistas em nove institutos federais de educação, distribuídos pelos estados de Goiás, Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Norte e Pará, abarcando todas as cinco grandes regiões do país, totalizando 12 entrevistas⁴⁹ que contemplaram os cursos de vigilância sanitária (1), análises clínicas (2), enfermagem (5), agente comunitário de saúde (2) e saúde bucal (1). Estes foram divididos em cinco da modalidade integrado, sete da subsequente e um da EJA integrada. As entrevistas foram realizadas com 11 coordenadores de ensino, 2 diretores de ensino e 1 gerente educacional.

Tabela 1 – Identificação dos Instituto Federais

| Região | Estado | Instituto | Campus |
|---------------|---------------------|--|--|
| Centro-Oeste | Goiás | Instituto Federal de Goiás (IFGO) | Águas Lindas 1 Águas Lindas 2 Águas Lindas 3 |
| | Tocantins | Instituto Federal do Tocantins (IFTO) | Araguaína |
| Sul | Paraná | Instituto Federal do Paraná (IFPR) | Londrina 9 Londrina 10 |
| | Santa Catarina | Instituto Federal de Santa Catarina (IFSC) | Florianópolis |
| Sudeste | Rio de Janeiro | Centro Federal de educação Tecnológica (CEFET) | Nova Iguaçu |
| | | Instituto Federal do Rio de Janeiro (IFRJ) | Realengo |
| Nordeste | Bahia | Instituto Federal da Bahia (IFBA) | Eunápolis |
| | Rio Grande do Norte | Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) | - |
| Norte | Belém | Instituto Federal do Pará (IFPA) | Belém |

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

A categoria da determinação social da saúde (NOGUEIRA, 2010) é utilizada como um conceito chave para a análise de conteúdo, a ser explicitado mais adiante.

É importante destacar que os critérios de inclusão e seleção dos cursos a serem estudados, e propriamente os cursos que foram por objetos de pesquisa, estão diretamente vinculados à estratégia de saúde da família, ou seja, formam trabalhadores para atuarem diretamente no SUS. A exceção é o curso de análises clínicas, que não tem sua inserção de trabalho propriamente dada pelo SUS. Sendo assim, este pode se configurar como um viés dos resultados, abrindo caminhos para

⁴⁹ Numeramos os IFs onde foram realizadas mais de uma entrevista, de acordo com a ordem da realização destas.

outros estudos, igualmente necessários, que realizem de identificação e até mesmo a comparação entre as concepções de saúde identificadas em cursos que formam trabalhadores que terão sua inserção de trabalho dada majoritariamente pelo setor privado, tais como os cursos de cuidador de idosos, biotecnologia e estética, confrontando com aqueles que irão compor a força de trabalho do sistema público de saúde, tais como o de vigilância em saúde, agentes comunitários, etc. Dessa maneira, reconhecemos que a presença de uma concepção de saúde mais vinculada a uma ou outra perspectiva teórica conceitual pode variar quando se leva em consideração o curso estudado, não sendo possível avaliar isso no escopo deste trabalho.

Após a realização das entrevistas, iniciamos o processo de construção das categorias operacionais e empíricas. Identificamos as unidades de registros, agrupando-as em categorias empíricas e operacionais, produzindo a seguinte relação: unidade de registro – categoria empírica – categoria operacional.

As categorias operacionais expressam um grande conjunto de temas que são tratados nas entrevistas. Cada categoria operacional contém um conjunto de categorias empíricas que conseqüentemente contém os subtemas, posições, campos, concepções, estratégias, formatos, classificadas por nós a partir das unidades de registro, palavras, expressões, frases. As categorias operacionais referem-se aos grandes tópicos e as empíricas, a seus componentes. Ou seja, o processo de consolidação das unidades de registro produz categorias empíricas, e o mesmo é realizado nas categorias empíricas para produção das categorias operacionais.

Compreendemos as categorias empíricas como mediações presentes na prática desses sujeitos/instituições, sendo a prática como fazer social, produção da realidade. As mediações da prática significam as relações dinâmicas e contraditórias presente nestas, pois as constituem e estão lá independentemente de nos propormos a conhecê-las. Entretanto, quando procuramos adentrar a essas práticas por meio da pesquisa, buscando captar essas mediações, fazemos isso pelo caminho da linguagem. E ao analisarmos a realidade e encontrarmos essas mediações, nós as elevamos ao nível de categorias. Portanto, as mediações captadas, elaboradas, construídas e ordenadas são as categorias (RAMOS, 2021).

Essa relação se expressa conforme descrito na figura a seguir:

Figura 1 – Fluxo das categorias operacionais e empíricas utilizado para a realização da análise das concepções



Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

No projeto ampliado, trabalhamos com 18 categorias operacionais e 70 empíricas. Nesta pesquisa, trabalhamos com 2 categorias operacionais e 9 empíricas para a relação das concepções de saúde.

Para construção do capítulo, utilizamos os dados das análises sobre as categorias operacionais “concepção de saúde” e “SUS”. A partir dessas categorias operacionais, abordaremos os resultados encontrados na pesquisa qualitativa, correlacionando com a categoria do objeto “determinação social da saúde”.

Após o processo de categorização, partimos para análise de conteúdo. No processo de análise, construímos uma tabela de contagem de frequência das categorias operacionais a partir do somatório das categorias empíricas. Esse processo serve para identificar a força dos discursos, das ideias apresentadas nas entrevistas. Cada ideia apresentada ganha um valor = 1. Contamos quantas vezes a mesma ideia aparece em cada entrevista, somamos seu valor e obtemos um resultado X. Este é igual à frequência dessa ideia na entrevista, no instituto, a força da categoria empírica dentro da categoria operacional.

Na realização da contagem das frequências, identificamos que as categorias empíricas podem ser divididas em simples e descritivas:

- Simples: aquelas em que a contagem de sua frequência refere-se à

repetição da ideia no texto do entrevistado, ou seja: 1 = 1.

- Descritivas: têm a particularidade de a contagem de sua frequência, o somatório de suas unidades, não passarem informação, dado que suas unidades de registro podem ser diversas, tais como “início no primeiro semestre”, “início no último semestre”, “início no último bimestre”; enfim, descreve uma realidade em que sua sobreposição não revela dados empíricos. Portanto, precisam ser codificadas para a realização de sua contagem de frequência.

Passamos a uma breve descrição de cada categoria.

4.1.1 Concepção de saúde⁵⁰

A categoria operacional “concepção de saúde” refere-se ao conjunto de concepções de saúde, paradigmas de saúde que orientam os currículos e práticas, da oferta de educação profissional em saúde na rede federal de educação profissional e tecnológica.

As categorias empíricas de concepção de saúde são:

- saúde ampliada: concepção de saúde centrada na saúde coletiva e nos determinantes sociais do processo saúde-doença;
- saúde pública: noção centrada nas políticas públicas de saúde brasileiras e no SUS;
- OMS: incidência da concepção de saúde como um completo bem-estar, tal como formulada pela OMS;
- biomédica: concepção de saúde como ausência de doença. Preconização do corpo e a interação ambiental no processo da doença. Ênfase nos aspectos biológicos e individuais na classificação de uma doença, bem como do centralismo médico.

4.1.2 SUS

A categoria operacional “SUS” refere-se ao Sistema Único de Saúde, os modos de inserir o sistema único no currículo e as referências aos seus princípios e diretrizes. Visa mostrar a força do SUS na formação dos institutos federais de educação, o

⁵⁰ Para facilitar a descrição das análises, utilizaremos no decorrer do texto a menção às concepções de forma sintética, as quais estão detalhadas no capítulo 1.

quanto ele está presente na formação, quais de suas bases orientam os currículos, e em que direção de saúde pública os institutos estão apontando.

Categorias empíricas de SUS:

- princípios e diretrizes: presença dos princípios e diretrizes do SUS;
- defesa do SUS: demarcação de posições que defendem o sistema único, em detrimento da saúde complementar, frente aos desmontes e cortes estruturais e financeiros nas políticas, programas e assistência à saúde;
- curricularização do SUS: nomeação das modalidades e formas pelas quais o sistema único é tratado e inserido nos currículos dos cursos;
- precarização do trabalho: relação da precarização do trabalho em saúde – redução de direitos, incentivos, políticas sociais, salariais e terceirização do trabalhador – em curso com o aumento da empregabilidade nos cursos técnicos, pelo baixo custo dos trabalhadores; sendo aqui tratada como fator de fortalecimento dos cursos técnicos em saúde.

4.2 Concepções de saúde nos institutos federais

Após a compreensão da relação dos institutos federais com a formação dos trabalhadores técnicos da saúde, sua história e constituição, do campo das políticas de saúde pública que consolidaram o SUS, das múltiplas concepções de saúde e suas dinâmicas históricas em determinação com as estruturas ético-políticas da sociedade, passamos a versar propriamente sobre as concepções de saúde, a presença e as abordagens do SUS na proposta de educação profissional em saúde dos institutos federais de educação, ciência e tecnologia. Para tanto, trazemos os resultados da pesquisa, correlacionando com as categorias teóricas em discussão.

A compreensão das categorias deve se dar de forma articulada, considerando as etapas da análise, a identificação das particularidades com suas mediações e o retorno para as categorias do objeto – no caso das categorias “concepções de saúde” e “SUS”, esta foi centralmente a determinação social da saúde – e, finalmente, para as categorias do método. Trata-se de um movimento pelo qual as categorias nos permitem a compreensão da totalidade mediada pela particularidade, diante da articulação das determinações mais simples. Entretanto, para fins desta exposição,

bem como para a sistematização dos resultados, as categorias serão apresentadas de forma separada, embora as compreendamos como conjunto. A relação entre elas nos dará a síntese das concepções. Adotamos a proposta de divisão dos tópicos deste capítulo pelas categorias operacionais estudadas, realizando uma discussão teórica de suas categorias empíricas em relação com a fala dos entrevistados e a apresentação da frequência das respostas, problematizando suas mediações (BRUYNE, HERMAN, & SCHOUTHEETE, 1977; KOSIK, 1976; NETTO, 2011; RAMOS, 2021).

A metáfora da boneca russa em referência às concepções estudadas pode se mostrar útil para uma melhor compreensão, no ponto em que as combinações, intercâmbios dos processos sociais que implicam práticas e pensamentos vão se revelando em articulação mediada uns com os outros. Concepção é práxis, o que orienta a prática.

4.3 Categoria operacional: concepção de saúde⁵¹

A categoria “concepção de saúde” refere-se ao conjunto de concepções de saúde que orientam os currículos e práticas, da oferta de educação profissional em saúde na rede federal de educação profissional e tecnológica. Identificamos a presença de concepções vinculadas a: 1) saúde ampliada; 2) saúde pública; 3) definição da Organização Mundial da Saúde (OMS); e 4) biomédica.

⁵¹ Este texto consta do relatório de pesquisa (RAMOS, 2021), tendo competido a mim a sua elaboração, por designação da coordenadora da pesquisa e orientadora do mestrado, tanto como contribuição à pesquisa, quanto como produção para a dissertação.

Tabela 5 – Contagem de frequência da categoria operacional “concepção de saúde” por instituto federal.

| Instituto | Concepção de saúde | | OMS | Biomédica |
|-----------------------|--------------------|---------------|-----|-----------|
| | Saúde ampliada | Saúde pública | | |
| IFGO – Águas Lindas 1 | 13 | 5 | 2 | 2 |
| IFGO – Águas Lindas 2 | 4 | 13 | | |
| IFGO – Águas Lindas 3 | 3 | | 2 | |
| IFRJ – Realengo | 1 | 2 | 4 | |
| IFTO – Araguaína | | 1 | 1 | |
| IFPR – Londrina 9 | 1 | | 10 | |
| IFPR – Londrina 10 | | | 4 | 1 |
| IFBA – Eunápolis | 25 | | 2 | 2 |
| CEFET – Nova Iguaçu | 11 | 7 | | 3 |
| IFSC – Florianópolis | 3 | 15 | 8 | 2 |
| UFRN | 3 | | | |
| IFPA – Belém | | | 9 | |
| Total | 64 | 43 | 42 | 10 |
| % | 40 | 27 | 26 | 6 |

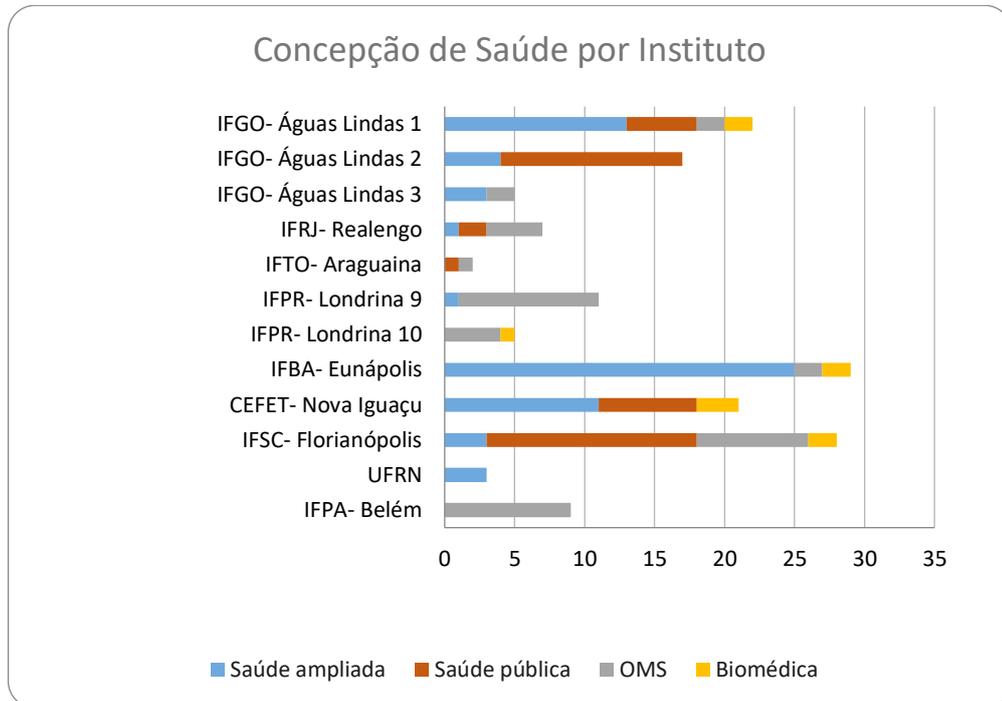
Fonte: Elaborada pela autora, 2020.

Os resultados apontam que a “concepção de saúde” ampliada tem maior presença dentro dos institutos estudados, representando em torno de 40% das ocorrências presentes nas entrevistas. É seguida pela concepção “saúde pública” (27%) e “OMS” (26%), sendo a referência menos presente a concepção “biomédica” (6%).

Observando os resultados do IFGO – Águas Lindas, no qual foram realizadas três entrevistas em cursos diferentes, temos 20 respostas vinculadas à noção de “saúde ampliada”; 18 vinculadas à “saúde pública”; 2 à “OMS” e à “biomédica”. No IFPR – Londrina, no qual foram realizadas duas entrevistas, podemos identificar 1 menção à “saúde ampliada”; 1 à “biomédica”; e 14 à “OMS”. No IFRJ – Realengo, a concepção mais presente foi “OMS” (4); seguida de “saúde pública” (2); e “saúde ampliada” (1). No IFTO – Araguaína, identificamos a presença da concepção “saúde pública” e “OMS”, ambas com a mesma frequência (1). No IFBA – Eunápolis, é observada uma frequência da concepção “saúde ampliada” (25), embora também apareça a concepção “OMS” (2) e “biomédica” (2). No CEFET – Nova Iguaçu, há maior frequência da concepção “saúde ampliada” (11); seguida da “saúde pública” (7); e “biomédica” (3). O IFSC – Florianópolis, apresentou menção de todas as categorias estudadas, tendo maior frequência a categoria “saúde pública” (15), seguida da “OMS” (8), “saúde ampliada” (3) e “biomédica” (2). Na UFRN, identificamos unicidade na presença da concepção “saúde ampliada” (3). Bem como no IFPA – Belém, na

presença da concepção “OMS” (9).

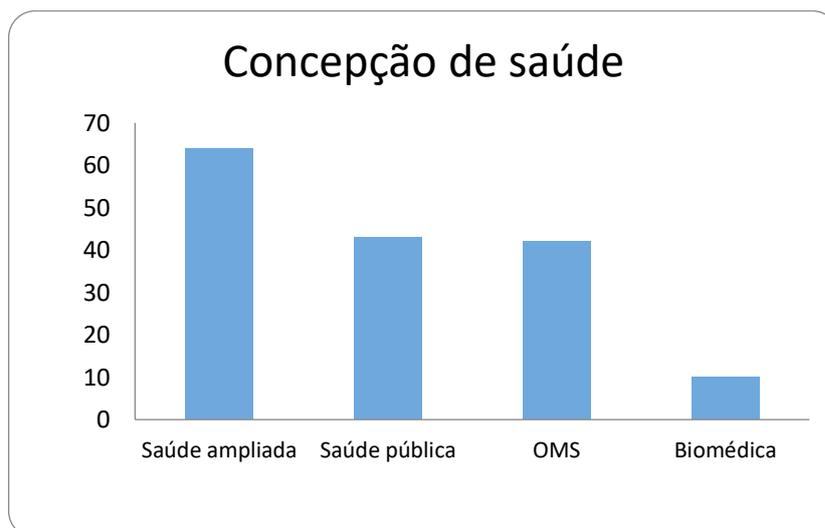
Gráfico 2 – Distribuição das concepções de saúde nos institutos federais de educação, ciência e tecnologia.



Fonte: elaborado pela autora, 2020

A partir do Gráfico 1, se faz importante destacar que em um mesmo instituto, em uma mesma entrevista, é possível identificar a presença da convivência de diferentes concepções de saúde.

O Gráfico 2 apresenta a comparação do somatório das frequências das unidades de registro que formam as concepções em cada instituto, demonstrando a prevalência da concepção de saúde ampliada entre os cursos técnicos de saúde da rede federal estudados.

Gráfico 3 – Comparação das frequências das concepções de saúde nos institutos federais

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

4.3.1 Saúde ampliada

A concepção de “saúde ampliada” nos institutos federais de educação profissional e tecnológica parece estar vinculada à noção dos determinantes sociais da saúde-doença, à saúde coletiva, à saúde como um processo de interação entre a subjetividade e o meio social.

Exemplificada na fala da entrevistada 1, do IFGO – Águas Lindas:

Essa concepção é bem compreendida e aceita. Ainda mais porque dentro dos cursos, na área técnica, nós temos os professores de saúde coletiva que têm essa concepção muito clara da formação, que é uma concepção mais geral de saúde, de compreender todo o espaço que o indivíduo está inserido, até para ver se que impactos é que o meio que essa pessoa vive tem na saúde dela, seja se ela tem acesso a transporte, alimentação, enfim, todas essas questões dos determinantes sociais da saúde, né. Então é uma concepção aceita e estabelecida mesmo.

A perspectiva dos determinantes sociais do processo saúde-doença, que fazem relação com as diversas dimensões da existência, buscam implementar ações nas mediações, que são históricas, dinâmicas, sociais e contraditórias. Para Buss e Pellegrini Filho (2007), os determinantes sociais em saúde (DSS) envolvem fatores físico-materiais – diferença de renda e sua influência na saúde, escassez de recursos e de investimentos em infraestrutura –; fatores psicossociais – experiências de pessoas em sociedade desiguais, estressores e prejuízos à saúde –; ecossociais – biologia-indivíduo-grupo-ambiente-ecologia, entendidos em relação sócio-histórica –; e capital social/coesão social – relação entre as desigualdades sociais, a saúde da população e os vínculos sociais de solidariedade.

Segundo a comissão de determinantes sociais da saúde no Brasil (2006 apud BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78) “Os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.”

Na entrevista da UFRN, encontramos a seguinte referência à concepção de saúde adotada:

Saúde sem dúvidas a gente tem a concepção ampliada de saúde. Saúde é qualidade de vida e isso resulta das condições de vida, de trabalho, de moradia, de salário. Então, toda aquela concepção geral do conceito ampliado de saúde e dos seus determinantes sociais (DSS).

Em Ceballos (2015), podemos identificar que o modelo dos determinantes tem a saúde como um direito social de acesso à justiça social, embora isso seja um grande desafio. Esse modelo preconiza a ação sobre as situações de vida dos indivíduos. Com foco na direta relação com as iniquidades sociais, a exposição a fatores de risco, a redução de danos e de vulnerabilidades biológicas e sociais, podemos concluir que as políticas de promoção da saúde devem vir alinhadas com estratégias de enfrentamento das iniquidades sociais. Essa concepção tem se refletido de forma relevante na formação nos institutos federais de educação, representando 40% das concepções presentes em todo grupo estudado.

Em nossa análise, não identificamos uma distinção, por parte dos entrevistados, da perspectiva dos determinantes sociais da saúde *versus* a determinação social em saúde, sugerindo que esse debate, dado o limite fluido entre as duas concepções, e até mesmo a distinção entre as duas, não é tão claro para os profissionais ou até mesmo presente na formação ofertada nas instituições. Mesmo assim, inferimos que a concepção indicada pelos entrevistados, aqui categorizada, aproxime-se mais da noção da determinação social da saúde do que as demais concepções, sugerindo-nos um caminho para introdução desse debate nas instituições.

4.3.2 Organização Mundial da Saúde (OMS)

A OMS, na sua constituição lançada em 1948, define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou incapacidade. Não sem críticas, esse conceito foi difundido mundialmente e adotado na formulação dos sistemas de saúde de diversos países. Não cabe no

escopo deste trabalho discutir a história e surgimento do conceito de saúde tal como postulado pela organização. Entretanto, faz-se necessário salientar que a história da OMS oferece exemplos sobre as tensões e disputas por concepções e enfoques preponderantes centrados em aspectos biológicos e individuais ou intercalados com outros que preconizam fatores ambientais e sociais.

Para ilustrar os movimentos de disputas das concepções, Buss e Pellegrini Filho (2007) afirmam que a definição de saúde como um estado de completo bem-estar esteve presente dentro da OMS desde a sua fundação em 1948, o que representa uma concepção ampla de saúde, ou seja, para além do enfoque biomédico doença-centrado. Entretanto, os autores apontam um contramovimento na década de 1950, com as políticas de erradicação de doenças, e as campanhas de combate específicas. Já nos anos 1970, o lema “Saúde para todos no ano 2000” recoloca o debate dos determinantes sociais. Nos anos 1980, predominou o conceito de saúde como um bem privado passivo de assistência médica individual. Na década de 1990, com o surgimento das Metas do Milênio, abriu-se novamente espaço para uma ênfase nos determinantes sociais, culminando na criação da comissão sobre determinantes sociais em saúde em 2005 (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

No *corpus* do estudo, a concepção “OMS” representa 26% entre as identificadas. A OMS, tal como vista no capítulo um, não é propriamente uma concepção de saúde, entretanto, para fins didáticos e pelo volume de menções foi necessário elevá-la enquanto categoria operacional que revela um determinado fenômeno. Por vezes, sua menção aponta uma repetição literal do conceito de saúde adotado pelo organismo. Outros autores, em estudos semelhantes com os de professores de cursos superiores em saúde, identificam a presença da repetição do conceito de saúde da OMS, percebidos pela forte presença da categoria bem-estar (STANGA; REZER, 2015). Identificamos que a repetição irrefletida sobre o conceito de saúde, como bem-estar, tal como definido pela OMS, sugere a ampla difusão dos conceitos e a importância da organização como reguladora de discursos em saúde, ao mesmo tempo em que expõe a não criticidade sobre esse conceito, entendido por alguns autores como limitado (ALMEIDA FILHO, 2000; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Tomamos como exemplo a fala do entrevistado do IFSC – Florianópolis

Assim, a gente entende saúde, né? A gente acaba seguindo meio que o conceito. Vamos dizer assim... Mundial da saúde, né? Mas o conceito para mim é o bem-estar do ser humano não só na questão física, mas mental... Então, assim, o bem-estar em todas as áreas no sentido amplo, não só a

ausência de doenças, mas o fato dele estar se sentindo bem... Bio, psico, socialmente, então isso para mim é saúde.

4.3.3 Saúde pública

As mudanças ocorridas na modernidade, a ampliação das competências tecnológicas em saúde, seja no campo do diagnóstico ou terapêutico, ou em outros, como da educação, informação, alimentação, assim como a ampliação do acesso a bens e serviços, vacinas, métodos contraceptivos, saneamento etc. impactaram diretamente na preservação e prolongamento da vida humana. Emerge disso outra realidade, com o aumento das doenças crônico-degenerativas, processos naturais do envelhecimento, aglomeração nas cidades, entre outros fatores, que exemplificam as transformações culturais e sociais ocorridas na modernidade, fortemente marcadas por processos de industrialização e avanço das tecnologias produtivas. Carvalho (1996) afirma que o discurso sanitário vigente é tributário ao modelo biomédico de saúde e como tal, frente à pós-modernidade, é incapaz de enfrentar a complexidade assumida pelo quadro epidemiológico e sanitário do final do século.

A saúde pública tradicional é constituída historicamente pelo modelo biomédico. Dito de outra forma, a saúde pública moderna nasce sob a égide do pensamento positivista. Assim, desde a medicina social anglo-saxônica, miasmática, passando pela saúde pública francesa e pela teoria microbiana, as práticas sanitárias fundamentaram-se na objetividade do saber científico e se utilizam de práticas e políticas de controle dos modos de vida da população de acordo com a necessidade de mudanças no padrão sócio-sanitário vigente.

Nos anos 1960, a partir de um esforço das ciências sociais em disputar a hegemonia do conhecimento sobre saúde, a saúde pública sofreu influência do pensamento social estruturalista, surgindo uma concepção mais complexa do processo saúde-enfermidade.

Para Campos (2000), a saúde pública tradicional⁵² teria um caráter estruturalista, na medida em que delega ao Estado e ao aparato técnico quase toda a responsabilidade pela produção de saúde. Uma espécie de coletivização da assistência médico-curativa, portanto, também biomédica, baseada na centralidade do Estado em prover acesso a serviços de saúde para grande massa da população,

⁵² Sobre a construção do discurso da dimensão da saúde pública e da discussão da mudança do perfil epidemiológico da população com as ações sanitárias estatais, ver: Ceballos (2015).

como programas de vacinação, por exemplo.

Na atual fase da saúde pública, apesar de se reconhecerem os avanços da promoção da saúde focada na adoção de práticas preventivas, no combate a estilos de vida não saudáveis, esta pode ser caracterizada como uma forma moralista e normativa em saúde. Isso porque os grupos aos quais essas práticas são orientadas não participam ativamente da construção dos modos de vida preconizados (CAMPOS, 2000).

A concepção de saúde pública encontrada nas análises aborda as políticas de saúde desenvolvidas no Brasil a partir da reforma sanitária brasileira, que culminou no que hoje é conhecido como SUS. Apresentam, assim, noções vinculadas às políticas públicas de saúde e aos processos gerenciais organizativos do sistema.

E a parte social é a parte que envolve todo o sistema do SUS. (IFTO – Araguaína).

Ou seja, questões sociais que vão influenciar no desenvolvimento de determinadas patologias, sabendo que tem questões que dependem de várias políticas públicas para que se tenha uma resolução real dos problemas de saúde. (CEFET – Nova Iguaçu).

A “saúde pública” representa 27% das concepções de saúde mencionadas, com 43 frequências na pesquisa, aparecendo em igual relevância com a categoria “OMS”.

É importante ressaltar que “saúde coletiva” é tratada como categoria empírica da categoria operacional “saúde ampliada”, embora compreendamos e consideremos a referência de alguns autores, como Carvalho (1996) e Campos (2000), que postulam a saúde coletiva, saúde ampliada, como campo da saúde pública e até mesmo como sinônimos. Entretanto, o que identificamos nas entrevistas, e estamos chamando de saúde pública, não é a lógica das ciências sociais acrescida à compreensão de saúde, mas a nomeação de práticas de gestão do sistema público de saúde, como a própria concepção em si, tendo como unidades de registro, por exemplo, a “reforma sanitária”, “direito à saúde”, “sistema do SUS”, “políticas públicas”.

Isso faz com que a concepção de saúde pública identificada nesta pesquisa não seja em si uma concepção de saúde, mas uma categoria de ausência, que pode tender sua utilização para práticas de saúde mais biomédicas, vinculadas à noção da OMS, pautadas na determinação social ou por outras concepções não identificadas por nós.

4.3.4 Biomédica

A concepção de saúde “biomédica” constitui sua perspectiva no “silêncio dos órgãos” – referência à saúde de forma negativa, uma oposição à doença. Em termos objetivos, saúde seria a ausência de doença. De origem pragmatista e liberal, (RAMOS, 2010) essa concepção fundamenta sua racionalidade no corpo, fragmentando-o em partes, órgãos, tecidos, células, microrganismo, átomos – deixando emergir, conseqüentemente, os especialismos oriundos dessa fragmentação –, estruturando o conhecimento sobre a função a partir da disfunção. Os componentes corpóreos são os pontos de partida e de chegada, orientando a lógica dos serviços, da assistência, das políticas e da gestão, a promover relações médico-curativas individuais.

O modelo biomédico é tributário do advento da modernidade⁵³. Em meados do século XVIII ainda não existiam os sistemas classificatórios de doenças, fundados a partir da classificação de sintomas. A doença ainda era compreendida como uma entidade presente no ambiente. Esse cenário foi se alterando com a ascensão dos Estados modernos, o declínio do Renascimento, o capitalismo, o industrialismo, o avanço científico e a centralidade da ciência para as explicações causais. O modelo científico passa a ser central para a compreensão da saúde, das instituições, das políticas e seus processos gerenciais (BATISTELLA, 2007b).

A ausência de doença. Pronto! A professora saúde coletiva já me bateu.
(IFPR – Londrina)

Mas ainda vejo no currículo, nos nossos planos de trabalho, uma visão muito voltada para a questão hospitalocêntrica. (CEFET – Nova Iguaçu).

Na análise das entrevistas, identificamos que o discurso dos processos sobre uma percepção do currículo e dos profissionais ainda terem uma visão hospitalocêntrica se configura como uma opinião. Enquanto apenas uma resposta se referia diretamente à “ausência de doença” como concepção de saúde, as demais se referem a uma preocupação com a adoção dessas concepções. Ainda nos parece ser necessário o desenvolvimento de mais estudos para confirmação da hipótese de que

⁵³ Apesar de afirmar que o modelo biomédico é tributário da modernidade, o compreendemos a partir da categoria da historicidade, assim, entendemos que essa toda outra concepção nasce a partir do desenvolvimento ao longo da história, mediado pelo avanço das forças produtivas, pelas relações sociais de produção, econômicas e culturais, culminando seus conhecimentos e práticas na modernidade.

há uma preocupação com uma execução não refletida na prática.

4.4. SUS

O Brasil é o único país da América Latina com um sistema universal de saúde e que possui serviços gratuitos e abertos em todo território nacional. O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), composto por entidades e movimentos sociais comprometidos com a defesa do direito universal à saúde, foi o propulsor da implantação do sistema único, compreendendo, em 1988, a saúde como um direito constitucional do cidadão e dever do Estado (PAIM, 2018). Ter um sistema único de saúde alude a processos jurídicos, administrativos e institucionais que compatibilizam a universalização do direito à saúde, por meio de uma rede de serviços e ações distribuídas em instituições responsáveis por garantir cuidado e atenção à saúde (PEREIRA; LIMA, 2008).

A categoria operacional “SUS”, tal como formulada por nós, como questão de pesquisa, objetivava identificar as formas pelas quais esse sistema está presente no currículo; como a formação dos institutos engloba os princípios e diretrizes do SUS; a força ou a fraqueza dessas orientações; e se essa formação é direcionada a desenvolver os profissionais trabalhadores para atuarem no sistema único. Esse objetivo se expressava principalmente nas perguntas: “de que modo o SUS está presente no currículo do curso?” e “Pensando nos princípios do SUS, como esses se manifestam nesse currículo?”

Após a análise das entrevistas, identificamos as referências ao SUS, os modos de inseri-lo no currículo e as referências aos seus princípios e diretrizes. Agrupamos as diversas referências nas seguintes categorias empíricas: “princípios e diretrizes”; “defesa do SUS”; “curricularização do SUS” e “precarização do trabalho”⁵⁴.

⁵⁴ Essa categoria, por ter apenas uma menção, foi retirada da tabela para fins didáticos.

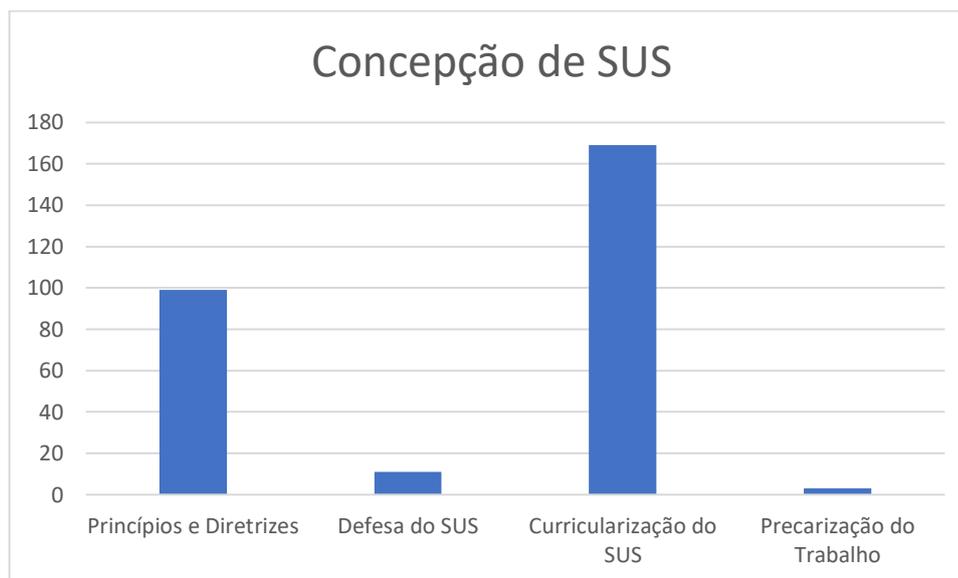
Tabela 6 – Categoria operacional “SUS” por instituto e categoria empírica

| Instituto | Categoria empírica por Instituto | | |
|-----------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------|
| | Princípios e diretrizes | Defesa do SUS | Curricularização do SUS |
| IFGO – Águas Lindas 1 | 4 | 2 | 1 |
| IFGO – Águas Lindas 2 | 10 | | 14 |
| IFGO – Águas Lindas 3 | | | 10 |
| IFRJ – Realengo | 43 | 1 | 3 |
| IFTO – Araguaína | 5 | | 2 |
| IFPR – Londrina 9 | 8 | 1 | 4 |
| IFPR – Londrina 10 | | | 11 |
| IFBA – Eunápolis | 20 | 2 | 18 |
| CEFET – Nova Iguaçu | 1 | 3 | 16 |
| IFSC – Florianópolis | 2 | | 27 |
| UFRN | 6 | 2 | 28 |
| IFPA – Belém | | | 35 |
| Total | 99 | 11 | 169 |

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Identificamos que o instituto federal com maior frequência de respostas em “princípios e diretrizes” foi o do Rio de Janeiro, *campus* Realengo. O IFPA – Belém foi o único instituto, quando analisado isoladamente, a não mencionar os princípios e diretrizes do SUS.

Na categoria “defesa do SUS” as frequências foram as seguintes: IFGO – Águas Lindas (2), IFRJ – Realengo (1), IFPR – Londrina (1), IFBA – Eunápolis (2), CEFET – Nova Iguaçu (3) e UFRN (2). Todas as entrevistas apresentaram frequência de resposta em “curricularização do SUS”.

Gráfico 4 – Somatório das frequências das categorias empíricas da categoria operacional

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

A distribuição dos dados mostra uma alta frequência de menções, principalmente na categoria “estratégias de circularização do SUS” (169) e nos “princípios e diretrizes” (99). As demais categorias têm os seguintes números: “defesa do SUS”, 11; “precarização do trabalho”, 3 – presente apenas na entrevista 10, referente ao IFPR – Londrina.

Os dados nos sugerem que o SUS se encontra presente nos currículos dos cursos como um importante orientador, bem como que há o domínio de seus princípios e diretrizes. Entretanto, podemos perceber que a repetição dos termos se concentra em algumas unidades, como o IFRJ – Realengo, que obteve a frequência de 43 menções aos princípios e diretrizes, embora não tenha obtido tal frequência quanto à inserção dos princípios no currículo. Ou, ao contrário, quando observamos o IFPA – Belém, que apresenta uma frequência alta na curricularização do SUS, não mencionando seus princípios e diretrizes. Esses dados nos sugerem que para uma avaliação da inserção do SUS nos currículos é importante a análise articulada das categorias em questão, “princípios e diretrizes” e “curricularização do SUS”, tendo em vista que a frequência simples e a separada dessas categorias não indica como ou com quais bases de sistema único estão sendo aplicadas.

Outro dado interessante foi a presença em algumas unidades de categorias empíricas que referiam à necessidade de defender o SUS de desmontes e ataques políticos institucionais, valorizando assim, o sistema como um espaço de excelência

em saúde em disputa. Essa se mostra, portanto, uma discussão relevante a ser realizada na formação, considerando a necessidade de instrução dos trabalhadores e trabalhadoras sobre os processos das relações de forças que incidem sobre a disputa do sistema público de saúde. Passemos, então, à análise destrinchada de cada categoria.

4.4.1 Princípios e diretrizes

Algumas das unidades de registro que compõem esta categoria empírica são: humanização, educação em saúde, integralidade, universalidade, equidade, gestão. Ela reflete não só os princípios e diretrizes do SUS, mais também outros conceitos, como: integralidade, universalidade, igualdade, autonomia, direito à informação, participação social, descentralização, hierarquização, regionalização e resolutividade, e também formas organizativas do sistema, linhas de cuidado em saúde e programas específicos.

Olha, é difícil visualizar assim tão pontualmente que a integralidade, universalidade, ela vai estar presente no currículo. Eu acredito que esses princípios vão ser discutidos, de fato, quando se discute as disciplinas específicas de políticas públicas, que são apresentados esses princípios a eles e quando se fala realmente das políticas. Porque as políticas, elas se fundamentam na equidade, na integralidade e na universalidade do sistema. Então, quando, por exemplo, vou explicar a implementação de uma política pública de saúde, a gente vai perpassar assim por esses princípios. Mas, pontualmente, somente nas disciplinas. (IFGO – Águas Lindas).

A Carta Magna de 1988 estabelece o sistema público constitucional de saúde com as diretrizes constitucionais de: descentralização de recursos e atribuições, que fundamenta o mecanismo de ampliação da oferta e do acesso a serviços e ações de saúde, o controle social, dispositivo constitucional de participação comunitária, e a integralidade. Na lei nº 8.080/1990, que regulamenta o sistema, são citados como princípios e diretrizes: universalidade, integralidade da atenção à saúde, descentralização e participação social (BRASIL, 1990).

Tal como observado nas análises, os princípios e diretrizes mais citados foram: universalidade, integralidade e equidade, salientando a presença destes nos currículos de forma distribuída entre as disciplinas – não sendo mencionado outros, o que pode refletir uma superficialidade dos princípios e diretrizes não aprofundada por este estudo –, justificando a importância do conhecimento dos fundamentos para consequente compreensão das políticas e do trabalho no sistema, o que vincula essa

categoria empírica à “curricularização do SUS”. Tal como já formulado, elas devem ser analisadas em complementariedade.

Eu percebo os princípios do SUS no currículo da enfermagem, principalmente na saúde coletiva, a gente tenta abordar esses princípios, até com as atividades que são realizadas, relacionadas à saúde coletiva; acredito que em outras disciplinas, como “paciente graves”, “práticas”, os professores tentam também trazer essas perspectivas. (CEFET – Nova Iguaçu).

4.4.2 Defesa do SUS

Garantir a universalidade da assistência à saúde representou uma perspectiva de resgate histórico da dívida social do Estado brasileiro, caracterizando-se pela responsabilidade do ente público com a implementação, financiamento e organização de um sistema nacional de saúde, um sistema para todos.

O sistema único construiu legados importantes na história da saúde no Brasil e mundialmente, como: sistema de vigilância sanitária, assistência farmacêutica, política de controle ao tabagismo, plano nacional de imunização, política de controle ao HIV/AIDS, programa de atenção primária à saúde, equipes de saúde da família, sistemas de informação em saúde. O SUS tem se configurado, desde sua implementação e formulação, como um projeto concreto, porém não consolidado (PAIM, 2018). A falta de prioridade do SUS diante das agendas políticas e os ataques visando seu desfinanciamento, privatização e desmonte, foram reforçados pela crise econômica e política brasileira instaurada desde 2014. A perpetuação e aprofundamento da hegemonia contrária ao SUS o tornam ainda mais reduzido.

Sempre, principalmente quando você fala, quando tem, né. A gente tem uma disciplina de políticas e ao longo de todas as disciplinas eles discutem o sistema único de saúde e no próprio estágio. Até para eles irem para o estágio, compreender o SUS no seu nível na atenção primária, secundária, como que se dá toda a estrutura do sistema único de saúde. Como que surgiu, como foi, como foi a política da reforma sanitária brasileira. Então, tudo isso eles aprendem aqui. Então, tem todo o surgimento do SUS e como foi o SUS um sistema universal que até eles mesmos precisam compreender e defender. Que é um sistema muito bem elaborado, que, se em algumas regiões do país não funcionam, ou até mesmo as discussões que a gente tem de desmonte do SUS... É tudo isso, então é bem presente no nosso cotidiano. (IFGO – Águas Lindas).

Bahia (2008) afirma que, diante de tantos desafios políticos e financeiros que impossibilitam o SUS de cumprir seus deveres constitucionais, é necessário resgatar a defesa da seguridade social, revisar a política monetária e formular uma política de desenvolvimento nacional. “A gente também tem uma defesa do sistema único de

saúde, porque a gente entende ele como um dos programas, ou um dos projetos mais justo que dá acesso igual a todos.” (IFBA – Eunápolis).

Identificamos a presença, ainda que com baixa frequência de menções, do reconhecimento da importância da necessidade de se defender o sistema único, tal como já discutido anteriormente, um sistema que apresenta um legado histórico como vetor do direito à saúde e à vida no Brasil, referência internacional em política pública de saúde que demonstrou resultados e avanços significativos na promoção da saúde no Brasil.

4.4.3 Curricularização do SUS

A “curricularização do SUS” refere-se à presença dos princípios e diretrizes do SUS no currículo, das modalidades de atenção de gestão e de cuidado em saúde, da organização e divisão do trabalho, do histórico de desenvolvimento do sistema, a diferenciação entre o sistema público e o privado, a intersectorialidade, e outras noções que fazem parte do conjunto da política e sistema de saúde pública brasileira. Em suma, refere-se à orientação do currículo do curso a uma formação que se destine a compreender o máximo de noções necessárias a boas práticas de atuação dos profissionais no e para o SUS.

Na verdade, a gente trabalha todo voltado para o SUS. Então, como eu já falei ali, a gente, até pelas parcerias que temos, a gente trabalha muito a primeira fase ali na disciplina de Contextualizando. A gente trabalha forte a questão do SUS, depois ele vem transversal nas outras disciplinas e depois, na terceira fase, ele vem forte de novo na saúde coletiva, com o que a gente trabalha. Porque na primeira, no Contextualizando, a gente tem um tópico bem de “políticas públicas”, depois, na “saúde coletiva”, a gente resgata com algumas coisas que não foi trabalhado – e lógico que paralelo, né? Transversalmente, vem algumas outras questões. E também muito trabalhando para as questões e parcerias, onde a gente desenvolve nossos projetos, aonde o aluno vem de campo de estágio. [...] Uma coisa que chamou bastante atenção, logo que eu entrei aqui, que eu comecei a trabalhar com essa questão do transplante, né? Que eu lembro que na primeira turma que a gente trabalhou a questão deles entenderem o que é SUS... Que as pessoas não têm essa concepção de que a transfusão de sangue é SUS, de que o transplante acontece 100% no SUS... Então, a gente sempre tenta trabalhar essas concepções. Então, o SUS é muito presente assim em dois pontos bem claros, como: tópicos dentro do nosso plano de aula, de ensino e nos outros dois mais transversalmente. (IFGO – Águas Lindas).

Tendo em vista que há cursos dos quais a inserção dos trabalhadores no mercado de trabalho se dá apenas em unidades públicas de saúde – tais como os agentes comunitários de saúde –, outros dos quais a inserção se dá mais em

instituições privadas – tais como o profissional de análises clínicas – e até inserções mistas, como o técnico em enfermagem, cabem os questionamentos: há uma diferença significativa de conteúdos formativos para cursos destinados à atenção privada e cursos destinados à atenção pública de saúde? Mesmo afirmando que um curso é destinado à formação de trabalhadores para o SUS, os conteúdos presentes nos currículos dos cursos que orientam à prática dos trabalhadores são alinhados às políticas públicas de saúde?

Como já abordado na Tabela 2, a “curricularização do SUS” foi a categoria empírica, dentro da categoria operacional SUS, que apresentou maior frequência nas análises das entrevistas, sugerindo-nos a forte orientação do currículo para o desempenho do trabalho em saúde no sistema único.

Sendo os currículos formulados anteriormente à consolidação da política de formação dos IFs (2008), ou à criação da instituição já no escopo dessa vigência legislativa, não foi observada diferença significativa no que concerne à forma de curricularização do SUS. São ainda necessários estudos posteriores para acompanhamento das reformas curriculares que têm sido empenhadas nos institutos federais. Como podemos verificar: “É porque o currículo, quando a gente entrou o currículo já tinha sido montado. Mas ele foi montado em cima de uma estrutura voltada para o SUS. Porque era o modelo que se tinha na época da escola.” (IFTO – Araguaína).

Essa categoria se mostrou como uma perspectiva que poderia orientar estudos específicos e mais aprofundados nas unidades de formação em saúde, visando correlacionar a política de formação de trabalhadores da saúde e a forma de sua inserção nos currículos do curso. A finalidade disso seria aproximar os currículos das necessidades de formação dos trabalhadores da saúde na perspectiva de se alinhar as concepções e políticas do SUS com a formação dos trabalhadores técnicos.

4.4.4 Precarização do trabalho

Essa categoria operacional foi criada a partir de duas categorias empíricas, “atenção com o custo mais baixo” e “ampliação das funções do técnico” que aparecem de forma concentrada apenas em uma entrevista. Ela se refere à menção de um entrevistado sobre como os processos de ampliação da contratação de trabalhadores para o mercado de trabalho estão necessariamente vinculados ao quanto esse

trabalhador é mais barato, portanto, pode ser contratado em grande quantidade para ampliação da assistência. Apesar de ser atípico dentro do escopo deste trabalho, das entrevistas e dos objetos da pesquisa, consideramos uma questão relevante de pesquisa a ser mencionada.

Ainda é baixa. Eu acho que tende a aumentar porque o técnico em saúde bucal pode executar diversos procedimentos sobre supervisão do cirurgião dentista. Então, a rede pública está enxergando que hoje você pode ter um cirurgião dentista e até cinco técnicos e, dessa forma, você consegue atuar de uma maneira mais ampla em relação à saúde do que se você [...] em questões até financeiras, porque a remuneração do técnico é inferior à remuneração do cirurgião dentista. (IFPR – Londrina).

O trabalho em saúde sustenta dimensões específicas que inserem sua particularidade em ações de relações interpessoais, demandam a utilização de teorias, técnicas, instrumentos e tecnologias, mas necessariamente demandam a dimensão relacional. O trabalho em saúde, enquanto “ato produtivo de coisas e pessoas” (MERHY; FRANCO, 2008) se configura como um trabalho que não é pautado na produção de bens, mas sim de vida de sujeitos, do cuidado. Assim, o trabalho em saúde é o trabalho humano no exato momento de sua execução, tendo a intenção de satisfazer necessidades de saúde dos usuários, mas também utilizando-se de tecnologias para cumprir sua finalidade, sejam elas instrumentos (tecnologias duras); saber técnico estruturado (tecnologias leve-duras); e “relações que só têm materialidade em ato” (p. 283 – tecnologias leves). O trabalhador da saúde utiliza-se do intercâmbio dessas tecnologias para a produção do cuidado.

O processo de precarização do trabalho tem se caracterizado pela exploração do trabalho, promovida pela insegurança e intermitência dos vínculos, pela realização do trabalho em condições degradantes, o que resulta em efeitos de rompimento com os meios tradicionais de organização e representação dos trabalhadores. Além disso, causam a deterioração das condições de trabalho, intensificação do trabalho, extensão da jornada, redução dos ganhos e desproteção social, causando insatisfação, adoecimentos físicos e mentais associados às funções laborais.

Em uma perspectiva macro, o desemprego estrutural também se vincula a processos de precarização do trabalho, na medida em que, segundo Morosini (2018), a precarização do trabalho é um fenômeno social intrínseco ao modo de produção capitalista.

Assim, a precarização do trabalho é um fenômeno de precarização social, posto que a ontologia do homem é ser um sujeito que trabalha, primeiro no reino da

necessidade, mas buscando superá-lo, com vistas à liberdade. A precarização do trabalho é um processo histórico que expressa a correlação entre o capital e o trabalho reiteradamente desfavorável ao segundo, promovendo como síntese a precariedade social, condição intrínseca ao modo de produção capitalista.

A força do sujeito que trabalha no modo de produção capitalista, devido às contradições da relação social capital-trabalho, constitui-se como mercadoria, produto explorado, para obtenção da mais-valia, como nos mostra Marx (2011). Ou seja, o modo de produção capitalista instaura um processo de desenvolvimento civilizatório baseado na contínua precarização.

Embora compreendamos o processo de precarização do trabalho como um fenômeno intrínseco ao modelo de produção capitalista, a vinculação desse processo com os trabalhadores técnicos da saúde se dá na intensificação da precariedade dos vínculos, com contratações realizadas por empresas terceirizadas, que também fragilizam a organização e representação dos trabalhadores e o pagamento de salários baixos. A precarização se manifesta também nas condições de trabalho exaustivas e degradantes de trabalho – muitas vezes em territórios com a presença de conflitos armados –, falta de materiais para execução do trabalho⁵⁵, de suporte da gestão, entre outros problemas.

Assim, a menção na entrevista sobre a precarização do trabalho em saúde se deu como um processo de valor positivo, no sentido de que a oferta de salários mais baixos aos técnicos, em relação aos salários dos profissionais de nível superior, possibilitaria a ampliação da contratação de trabalhadores, massificando o atendimento aos usuários e ampliando a cobertura, o que, conseqüentemente, levaria as instituições de formação a uma ampliação de demanda por formação.

É possível observar uma contradição nessa relação: ampliação da contratação de trabalhadores e da cobertura *versus* precarização do trabalho em saúde⁵⁶ (MOROSINI, 2018). Assim, em troca da precarização dos trabalhadores da saúde, os serviços de saúde podem ampliar a sua cobertura, justificadas em bases ideológicas

⁵⁵ E diante da pandemia de Covid-19, estudos mostram que, embora a gravidade do contexto de saúde mundial, a exposição contínua dos trabalhadores ao vírus e as comorbidades dos profissionais de saúde, não há fornecimento de equipamentos de proteção individual para os trabalhadores nas unidades básicas de saúde. Ver mais em: Nogueira, Mariana; et al, (2020).

⁵⁶ Outra discussão importante de se realizar é sobre a própria natureza do trabalho em saúde e a fragilização em si da proposta com a precarização dos serviços. Tendo em vista a característica própria de promoção do cuidado a partir de tecnologias leves; cabe questionamento de como exercer cuidado sem recebê-los.

e políticas do menor malefício para promoção de um bem comum, na inevitabilidade do processo, apresentando-se como dado estrutural desvinculado de condições históricas particulares, e na descartabilidade das necessidades de determinada camada da população para promoção de um “bem maior”. Cabe indagar a possibilidade de realização de estudos posteriores para verificar a dimensão da problemática e seus efeitos ampliados nos institutos federais.

CONCLUSÃO

A educação e a saúde são simbioses que garantem a liberdade e o valor da vida humana, sem as quais o ser humano jamais poderá alcançar o máximo de suas potencialidades no desenvolvimento dos seus projetos de vida. E é na interseção entre elas que se encontra este trabalho, construído não só por duas mãos, mas por todos aqueles e aquelas que antes de nós puderam se debruçar sobre o assunto, e pavimentaram um caminho que outros muitos e muitas ainda irão percorrer. Abraçamos juntos o desafio de ir contra correntes utilitaristas, pragmatistas, totalitaristas, fragmentadoras, objetificantes ou até mesmo ilusórias de pensamento-ação, práxis, para construir um trabalho que tem por base em um pensamento crítico que se pretende transformador da realidade.

Ressaltamos que não pretendemos esgotar aqui as potencialidades de estudos e nuances que possam ser ainda observadas sobre as divisões e subclassificações das concepções de saúde, bem como a presença delas dentro dos Institutos Federais de Educação, reconhecendo os limites deste estudo. Este trabalho visou dividir didaticamente as concepções de forma a possibilitar melhor a compreensão do corpo que lhe imprimem racionalidade. Vale lembrar que as concepções de saúde são interdeterminadas pelas relações ético-políticas e de produção existentes em uma determinada sociedade, e só é possível a sua compreensão em articulação com essa realidade social que lhe imprimem inelegibilidade.

Dessa forma, sintetizamos que o modelo mágico-religioso é um modelo consolidado a partir de duas perspectivas culminadas na antiguidade clássica e na idade médica, que trazem a perspectiva de saúde juntamente com a mediação do para além do homem e a não sistematização de conhecimentos. A concepção médico-racional, nascida na sociedade grega, aborda uma sistematização de conhecimentos filosóficos que influem sobre as condições de saúde na relação homem-meio, trazendo modificações sócio-sanitárias. A concepção biomédica, tributária ao advento da modernidade e em relação simbiótica com o capitalismo, constitui-se como um conjunto de conhecimentos sistematizados, dotados da racionalidade científica pragmatista que fragmentou e reduziu a percepção de saúde humana na ausência de doenças, imprimindo consequências na gestão do trabalho em saúde e na formação do corpo profissional, ao dividir verticalmente e horizontalmente os processos de trabalho, refletindo a divisão social de classes. E a saúde coletiva, tributária crítica do movimento da medicina preventivista e da saúde pública, carrega a teoria dos

determinantes sociais da saúde, bem como da determinação social da saúde, concebendo saúde pelo seu valor de uso e a partir da interação não hierárquica de fatores biológicos, culturais, educacionais, territoriais, antropológicos, políticos e econômicos. São necessárias alterações estruturais nessas dimensões para as modificações das condições sócio-subjetivas de saúde, teoria a qual nos filiamos neste trabalho, bem como o modelo assertivo crítico de concepção de saúde que melhor compreende a realidade humana e visa de maneira contundente incidir sobre os problemas estruturais de saúde, não propondo soluções subjetivistas, culpabilizantes, fragmentadoras, utilitárias ou até mesmo simples para questões sócio-sanitárias tão complexas que envolvem o sistema capitalista como um todo.

A relação entre a concepção de saúde no ordenamento social está presente na formulação e implementação de políticas públicas e na formação dos trabalhadores, na execução dos serviços e na forma como se produzem subjetividades. Se uma política pública tem uma concepção de saúde mais alinhada ao mecanicismo biológico, promoverá políticas da ordem que privilegia serviços curativos, evidências científicas e até medicina preventiva baseada no controle social. Entretanto, se a concepção é mais alinhada à determinação social da saúde, é mais provável que seja privilegiada a implementação de políticas vinculadas a modelos de atenção que incidam sobre os condicionantes sociais e políticos, econômicos e subjetivos, levando também em consideração a autonomia dos sujeitos nos seus processos saúde-doença. Sendo assim, considerando a interconexão entre o modo de produção material, social e os modos de vida, a forma como se exerce o cuidado, como se considera o que é saúde e seus domínios será manipulada, formulada, conformada por esse jogo, produzindo e mediando efeitos sociais.

O Brasil é o único país da América Latina com um sistema universal de saúde e que possui serviços integrais e gratuitos em todo território nacional. Garantir a universalidade da assistência à saúde representou uma perspectiva de resgate histórico da dívida social do Estado brasileiro, caracterizando-se pela responsabilidade do ente público com a implementação, financiamento, e organização de um sistema nacional de saúde, um sistema para todos. Os trabalhadores técnicos da saúde se tornaram importantes na medida em que era necessário o barateamento dos serviços em saúde, com uso de um corpo de trabalho ao invés de tecnologias caras (no caso do Brasil, importadas) de exames e laboratoriais, para ampliação da cobertura.

Em síntese, a formação desses trabalhadores torna-se estratégica para ampliação da cobertura em saúde, dada pela redução dos custos da atenção, ou seja, pela concentração e proposta de resolução dos problemas e agravos de saúde em unidades de baixo custo tecnológico, sendo elas as unidades básicas de saúde. Ao mesmo tempo, esse projeto ampliou a oferta de mercado de trabalho em saúde para técnicos e auxiliares, consolidando profissões como de agentes comunitários de saúde, agentes de controles de endemias, agentes de saúde bucal, entre outros.

O trabalho em saúde é, em sua maioria, composto pelas tecnologias leves (MERHY; FRANCO, 2008), ou seja, pelo próprio desempenho do trabalhador sem necessidade de utilizar aparatos tecnológicos. Este é um campo de alta exploração da mais-valia, sendo principalmente ordenado pelo Estado, pois a expansão da cobertura se deu de forma concomitante à deterioração das condições de trabalho, remuneração e precarização dos vínculos, um processo de precarização do trabalho que tem se configurado como inerente ao modelo de capitalismo neoliberal.

Para além de ser um trabalhador que domina as técnicas, o profissional da saúde deve desenvolver tecnologias de dimensão subjetiva na atenção à saúde, por ser um trabalho que necessita de autonomia profissional e de saberes tácitos, aprendidos com a experiência, sendo a abrangência, a autonomia e a complexidade do conhecimento utilizadas de acordo com o lugar que ocupam na divisão social do trabalho. Ou seja, a realidade exige dos trabalhadores algo que não é necessariamente ensinado nas escolas, que não é orientado pela gestão, que não é prescritivo, numa articulação de conhecimentos práticos, teóricos, filosóficos, culturais e científicos, guiados pela motivação do exercício do cuidado. Acrescenta-se a isso o fato de serem trabalhadores de baixo poder social e simbólico e estarem lidando diretamente com as dificuldades enfrentadas pela precariedade social, que é ao mesmo tempo sua realidade e a que os usuários trazem, encontradas principalmente nos serviços de porta de entrada, nas unidades básicas de saúde.

No que compete especificamente à educação profissional desses trabalhadores, compreendemos, junto com Ceccim e Feuerwerker (2004), que a educação profissional em saúde é um projeto educativo de extrema relevância social, pois contribui para elevação da qualidade de vida da população, na superação da dualidade técnico-científica, no enfrentamento de aspectos epidemiológicos e na estruturação do cuidado em saúde. Esta, por sua vez, é considerada uma diretriz importante para a garantia da qualidade da atenção, ressaltando que não se deve

incorrer em teorias culpabilizantes desses profissionais quanto à avaliação da qualidade do sistema que, como abordado, apresenta diversas fragilidades e projetos em disputa que visam privatizá-lo cada dia mais, precarizando seus serviços.

Entretanto, historicamente as escolas técnicas vêm acompanhadas de políticas moralizantes, conservadoras, destinadas a uma classe social pauperizada e com orientação ao trabalho no setor industrial, dentro da dualidade educacional e da fragmentação do ensino. A educação profissional tem se constituído como um lugar estratégico de disputa do campo da educação, onde a formação para o trabalho *versus* o ensino propedêutico responde e reflete ao modelo de sociedade vigente, em que a divisão de classes se faz cada dia mais profunda e desigual, sendo necessária a superação desse paradigma dual, que polariza técnica e humanidade, elevando a educação tecnológica como uma síntese possível entre ciência e trabalho (KUENZER, 2000).

Assim, educação profissional em saúde se estabelece como um campo hegemonizado pela lógica educacional mercantil, que é ofertada majoritariamente pelo setor privado. Embora o Plano Nacional de Educação mencione a meta de ampliação da oferta pelo setor público federal, as escolas técnicas federais detêm apenas dois por cento (2%) das matrículas. Tal fato pode refletir também um polo da privatização da saúde, pelo abandono do setor público educacional de ordenar o ensino dos trabalhadores, tal como descrito pela lei que regulamenta o sistema.

Tendo em vista os limites imposto pelo recorte do objeto e período histórico estudado, ressaltamos a relevância de estudos posteriores que avaliem – tanto quantitativamente quanto qualitativamente – o impacto das novas políticas educacionais implementadas, tais como a reforma do ensino médio, a BNCC e a EC 95. Além dos possíveis impactos gerados pela crise política-econômica-social, pelo ensino a distância e, sobretudo, pela pandemia de Covid-19, que tem trazido desafios à saúde pública e à educação nacional.

Trazemos como resultado do estudo empírico que a concepção de saúde coletiva/ampliada tem maior presença dentro dos institutos estudados, embora apareça vinculada à noção dos determinantes sociais da saúde-doença. A categoria determinação social da saúde, central para a nossa análise, não foi referida pelos entrevistados como orientadora da formação nos IFs. Portanto, os dados sugerem que os institutos em questão não utilizam a determinação social do processo saúde-doença como conceito que orienta as práticas educativas, embora utilizem a noção

dos determinantes sociais da saúde. Essa categoria, conforme discutida, envolve a interação de fatores sociais, ambientais, físicos e econômicos para materialização das condições de saúde da população. Com base em Nogueira (2010), compreendemos que a categoria dos determinantes sociais em saúde reforça a perspectiva positivista predominante na epidemiologia social, na medida em que não combate as inequidades em saúde e pressupõe relações causais de condições específicas. Sendo a saúde fenômeno eminentemente humano, não pode ser subordinada a associações empíricas de fatores sociais e condições de saúde.

Outro ponto importante a ser salientado é a convivência de múltiplas concepções inseridas na mesma organização em interação. É possível observar interações, e até mesmo contradições, tendo em vista que essas concepções podem ser excludentes. Identificamos que as concepções de saúde podem estar presentes nas organizações de maneira irrefletida, não organizada ou sistematizada. Os dados nos sugerem que as concepções de saúde estão presentes nos institutos federais de educação de forma desagregada (COUTINHO, 2011)⁵⁷, ainda em construção.

Os profissionais coordenadores não demonstram clareza nas definições de saúde utilizadas, sugerindo-nos haver desconhecimento sobre estas e sobre suas raízes epistemológicas. Por vezes, a defesa de uma superação de uma concepção é mais por uma consciência formal, do que uma consciência crítica. Por exemplo, em grande parte das entrevistas, cita-se a necessidade de superação do modelo hospitalocêntrico de saúde, sem correspondente nomeação de qual linha conceitual o instituto faz parte no sentido de promover essa superação. Assim, o modelo, que tal como estudamos no capítulo um, pertence à visão biomédica de saúde, não encontra bases conceituais para ser superado na prática. Ou seja, a noção apresentada pode advir da reiteração de um discurso crítico que o sujeito conhece, mas ainda não se tornou sua própria concepção. Assim, as concepções aparecem dispersas e em interação, convivendo em disputa ou em diálogo. Talvez seja possível se falar da existência de núcleos sadios do senso comum, ou de um bom senso, mas ainda não se trata de uma concepção orgânica sobre o tema (GRAMSCI, 1991).

⁵⁷ Carlos Nelson Coutinho (2011) nos explica em o “Leitor de Gramsci” que, para o filósofo, uma concepção desagregada é parte integrante do senso comum, adequada à posição social e cultural dos indivíduos. Em relação a senso comum, ele aponta a “concepção de mundo absorvida acriticamente pelos vários ambientes sociais e culturais nos quais se desenvolve a individualidade moral.” (p. 148). Essas ideias podem ser encontradas na organização que o autor brasileiro fez de “Os cadernos do cárcere”, de Gramsci (2002), volume 1.

Cabe ressaltar e problematizar que, na definição dos critérios das entrevistas, escolhermos estudar cursos que possuíam alguma vinculação com a estratégia de saúde da família. Esse critério de seleção pode refletir diretamente a formação de trabalhadores que serão vinculados ao trabalho no SUS. Isso pode, ainda, ilustrar que cursos vinculados à estratégia de saúde da família tendem a possuir currículo e profissionais mais identificados com concepções de saúde como noções menos biomédicas; e tendam a inserir diretamente o SUS no currículo, tendo em vista que este é o campo de trabalho desses mesmos profissionais. Entretanto, identificamos que ainda são necessários estudos posteriores de comparação das concepções de saúde e de SUS presentes em cursos que tenham o caráter de inserção prioritária dos trabalhadores no mercado de trabalho privado, tais como os de análise clínica, estética, farmácia, entre outros. Seriam interessantes até mesmo estudos que comparem as concepções da formação no ensino público *versus* privado.

Além disso, identificamos que o SUS encontra-se presente nos currículos dos cursos e que há o domínio de seus princípios e diretrizes, de uma maneira limitada. A presença em algumas unidades de categorias empíricas que referiam a necessidade de defender o SUS de desmontes e ataques políticos institucionais, valorizando o sistema como um espaço de excelência em saúde em disputa é, portanto, uma relevante discussão a ser realizada na própria formação, considerando que os trabalhadores e trabalhadoras necessitam estar a par desses processos.

Tomada a hipótese central da pesquisa de Ramos (2021), que as instituições federais não seriam atingidas pela demanda de realização da crítica às concepções que orientam a oferta da educação profissional em saúde, sejam elas em relação às concepções de saúde ou de educação, por não terem a tradição de atuarem na área da saúde, trazemos como contribuição relevante a **conclusão de que ela não se comprova nos institutos federais estudados**. Embora os IFs sejam um novo formador em saúde, observamos, a partir das categorias operacionais, que **eles forjaram seu alinhamento ao SUS a partir da incorporação de quadros de professores concursados, principalmente durante o período de expansão da rede (2011 a 2014)**, que tinham formação superior e pós-graduação vinculadas às áreas de saúde pública/ saúde coletiva. Isso ocorre de forma diferente do processo das ETSUS, que já nasceram como um projeto direcionado ao sistema único com a formação dos trabalhadores em serviço, seus princípios e diretrizes. São necessários estudos específicos sobre a inserção dos professores nos institutos federais,

avaliando o perfil dos que foram sendo incorporados nas instituições a partir da ampliação e interiorização da rede.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G. S. C.; SILVA, M. J. S. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde Debate**, v. 38, n. 103, p. 953-965, out./dez. 2014.

ALMEIDA FILHO, N. de. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 3, n. 1-3, p. 4-20, dez. 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2000000100002>. Acesso em: 9 abr. 2021.

AROUCA, A. S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. 1975. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975.

BAHIA, L. Sistema único de saúde. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

BARDIN, L.; RETO, L. A.; PINHEIRO, A. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2000.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. *In*: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007a.

BATISTELLA, C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. *In*: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007b.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, [2016].

BRASIL. [Constituição (1937)]. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**. Rio de Janeiro, 1937.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 20 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 12 set. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.948, de 8 de dezembro de 1994**. Dispõe sobre a instituição do Sistema Nacional de Educação Tecnológica e dá outras providências. Brasília, DF, 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8948.htm#art3%C2%A75. Acesso em: 9 abr. 2021.

BRASIL. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF, 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso em: 12 set. 2021.

BRASIL. **Lei nº 11.195, de 18 de novembro de 2005**. Dá nova redação ao § 5º do art. 3º da Lei nº 8.948, de 8 de dezembro de 1994. Brasília, DF, 2005. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11195.htm. Acesso em: 21 mar. 2022.

BRASIL (org.). **Política Nacional de Atenção Básica**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série Pactos pela Saúde, 4).

BRASIL. Ministério da Educação. Plano de Desenvolvimento da Educação: razões, princípios e programas. Brasília, DF, 2008, Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/livro/livro.pdf>. Acesso em: 12 set 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Plano Nacional de Educação 2014-2024**. 25 jun. 2014. Acesso em: 9 fev. 2021.

BRUYNE, P.; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: os polos da prática metodológica**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, p. 77-93, abr. 2007.

CAMPOS, G. W. de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CARVALHO, Antônio Ivo de. Da saúde pública às políticas saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 1, n. 1, p. 104-121, 1996. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812319961101572014>. Acesso em: 20 mar. 2022.

CASTEL, R. **Metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. São Paulo: Vozes, 2010.

CEBALLOS, A. G. da C. de. **Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2015.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, jun. 2004.

COUTINHO, Carlos Nelson. Introdução. In: GRAMSCI, Antonio. *O leitor de Gramsci: escritos escolhidos 1916-1935*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

COUTINHO, C. N. (org.). *O leitor de Gramsci: escritos escolhidos 1916-1935*. In:

FERNANDES, Florestan. **Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina**. 4. ed. São Paulo: Global, 2009.

FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica: curso dado no College de France (1978-1979)**. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro; São Paulo: Paz e Terra, 2015.

FRIGOTTO, Gaudêncio. **Educação e crise do capitalismo real**. São Paulo: Cortez, 1995.

FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M.; RAMOS, M. A política de educação profissional no Governo Lula: um percurso histórico controvertido. **Educação & Sociedade**, v. 26, n. 92, p. 1087-1113, out. 2005.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, M. H. M. de. Atenção Primária à Saúde. *In*: GIOVANELLA, L. *et al* (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

GIOVANELLA, L. *et al*. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. e00012219, 2019.

GRAMSCI, A. **Os intelectuais e a organização da cultura**. Trad. Carlos Nelson Coutinho. 8. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

GRAMSCI, A. **Cadernos do Cárcere**. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. v. 1.

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. São Paulo: Paz e Terra, 1976.

KUENZER, A. Z. O ensino médio agora é para a vida: entre o pretendido, o dito e o feito. **Educação & Sociedade**, v. 21, n. 70, p. 15-39, abr. 2000.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976.

LIMA, J. C. F. Breve história das disputas em torno do processo de regulamentação profissional e educacional das profissões em saúde: do Brasil Colonial à Primeira República. *In*: MOROSINI, M. V. *et al* (org.). **Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000300822&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 16 mar. 2021.

LIMA, J. C. F.; BRAGA, I. F. **Projeto memória da educação profissional em saúde no Brasil anos 1980-1990**. Relatório final. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz. 2006.

LIMA, N. T. (org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; OPAS; OMS, 2005.

LIMA, Julio 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: EPSJV, 2015. p. 233-253.

LOSURDO, D. **Contra-história do liberalismo**. Trad. Giovanni Semeraro; Avelino Grassi; Roberto Girola. Aparecida-SP: Ideias & Letras, 2005.

LÖWY, M. **As aventuras de Karl Marx contra o Barão de Münchhausen: marxismo e positivismo na sociologia do conhecimento**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1994.

LUZ, M. T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. *In*: R. PINHEIRO; R. MATTOS. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2009. p. 21-41.

MACHADO, M. H.; XIMENES NETO, F. R. G. Gestão da educação e do trabalho em saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1971-1979, jun. 2018.

MALANCHEN, J.; MATOS, N. S. D.; ORSO, P. J. (org.) **A pedagogia histórico-crítica, as políticas educacionais e a Base Nacional Comum Curricular**. Campinas: Autores Associados, 2021.

MARX, K. **Teses sobre Feuerbach**. São Paulo: Martins Fontes, 2002. Disponível em: <http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/feuerbach.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2020.

MARX, K. **Contribuição à crítica da economia política**. Trad. Florestan Fernandes. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MARX, K. **O Capital [Livro I]: crítica da economia política. O processo de produção do capital**. Tradução Rubens Enderle. 2. ed. Rio de Janeiro: Boitempo, 2011. v. 1.

MATTA, G. C. A organização mundial da saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 3, n. 2, p. 371-396, set. 2005.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em Saúde. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 278-284.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 – Série textos).

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Saúde, sociedade e história**. São Paulo: Porto Alegre: Hucitec Editora; Rede Unida, 2017. (Saúde em Debate, 270).

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. da C. G.; SILVA, A. L. A. da. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 329-335, jun. 2017.

MOROSINI, M. V. *et al* (org.). **Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000300822&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 16 mar. 2021.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso. **Transformações no trabalho dos agentes comunitários de saúde nos anos 1990-2016**: a precarização para além dos vínculos. 2018, 357 f. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 11–24, jan. 2018.

NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NOGUEIRA, R. P. (org.). **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. (Coleção Pensar em Saúde).

NOGUEIRA, M. *et al.* Monitoramento da saúde e contribuições aos processos de trabalho e a formação profissional dos agentes comunitários de saúde (ACS) em tempos de Covid-19. **Boletim Bimestral**, Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, n. 1, 2020. Disponível em: <https://acscovid19.fiocruz.br/monitoramento-da-saude-e-contribuicoes-ao-processo-de-trabalho-e-formacao-profissional-dos-ac-s-em>

NUNES, Everardo Duarte. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. **Saúde e Sociedade** [online]. 1994, v. 3, n. 2, p. 5-21. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12901994000200002>. Acesso em: 21 mar. 2022.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018.

PELLISSARI, L. B. **Educação profissional e neodesenvolvimentismo**: políticas públicas e contradições. Jundiaí: Paco, 2019.

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

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

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

PIRES, M. J. de S.; RAMOS, P. O termo modernização conservadora: sua origem e utilização no Brasil. **Revista Econômica do Nordeste**, v. 40, n. 3, set. 2009. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4207148/mod_resource/content/1/516_05_s_emin%C3%A1rio_PIRES_o%20termo%20moderniza%C3%A7%C3%A3o%20conseradora.pdf. Acesso em: 10 jun. 2021.

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

RAMOS, M. N. É possível uma pedagogia das competências contra-hegemônica?: relações entre pedagogia das competências, construtivismo e neopragmatismo. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 93-114, mar. 2003.

RAMOS, M. Concepção do ensino médio integrado. *In*: SEMINÁRIO NACIONAL DO ENSINO MÉDIO. 2007. Natal: Superintendência de Ensino Médio da Secretaria de Educação do Estado do Rio Grande do Norte, 2007. p. 26.

RAMOS, M. **Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil**: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ; EPSJV/Fiocruz, 2010.

RAMOS, M. N. **A educação profissional técnica de nível médio em saúde na Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica brasileira face ao atual Plano Nacional de Educação**. [S. l.: s. n.], 2021.

RIZZOTTO, M. L. F. *et al.* O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 2, p. 263-276, jun. 2016.

SABROZA, P. C. **Concepções de saúde e doença**. Curso de Aperfeiçoamento de Gestão em saúde. Educação A Distância/Escola Nacional de Saúde Pública. Abrasco, 2001. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/13%20CNS/SABROZA%20P%20ConcepcoesSaudeDoenca.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2020.

SAVIANI, Dermeval. O choque teórico da politécnica. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 131-152, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462003000100010>. Acesso em: 21 mar. 2022.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social**: trajetória da saúde pública. São Paulo: Editora SENAC, 2005.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 538-542, out. 1997.

STANGA, Adriani Cristiani; REZER, Ricardo. Concepções de saúde, trabalho docente e o Pró-Saúde: nos caminhos da hermenêutica.... **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 593-614, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000200014>. Acesso em: 21 mar. 2022.

VIEIRA, M. *et al.* Dinâmica da formação técnica e da ocupação de postos de trabalho em saúde: Brasil, anos 2000. *In*: MOROSINI, M. V. G. C. *et al.* (org.). **Trabalhadores técnicos em saúde**: aspectos da qualificação profissional no SUS. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2013. p. 121-148.

WOOD, Ellen Meiksins. **Democracia contra o capitalismo**: a renovação do materialismo histórico. São Paulo: Boitempo, 2003.

YAMAMOTO, O. H. Políticas sociais, terceiro setor e “compromisso social”: perspectivas e limites do trabalho do psicólogo. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, n. 1, p. 30-37, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000100005>. Acesso em: 21 mar. 2022.