



**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO
RIO GRANDE DO NORTE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL**

THAIS PAULO TEIXEIRA COSTA

**O CENTRO DE FORMAÇÃO DE PESSOAL PARA OS SERVIÇOS DE
SAÚDE DR. MANOEL DA COSTA E SEU PERCURSO NA
EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE**

NATAL/RN

2018

THAIS PAULO TEIXEIRA COSTA

O CENTRO DE FORMAÇÃO DE PESSOAL PARA OS SERVIÇOS DE
SAÚDE DR. MANOEL DA COSTA E SEU PERCURSO NA
EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional (PPGEP), do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte (IFRN), em cumprimento às exigências legais como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação.

Linha de Pesquisa: Políticas e Práxis em Educação Profissional.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a Lenina Lopes Soares Silva

NATAL/RN

2018

THAIS PAULO TEIXEIRA COSTA

**O CENTRO DE FORMAÇÃO DE PESSOAL PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE
DR. MANOEL DA COSTA E SUAS CONTRIBUIÇÕES À EDUCAÇÃO
PROFISSIONAL EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional (PPGEP) do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte em cumprimento às exigências legais como requisito parcial pra obtenção do título de Mestre em Educação.

Aprovada em 06/04/2018

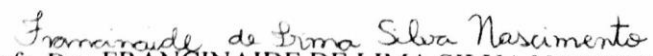
BANCA EXAMINADORA


Prof.a. D.ra LENINA LOPES SOARES SILVA
(Orientadora)


Prof.a. D.ra OLÍVIA MORAIS DE MEDEIROS NETA
(Membro titular interno)


Prof.a. D.ra JANETE LIMA DE CASTRO
(Membro titular externo)


Prof.a. D.ra MÉRCIA MARIA DE SANTI ESTÁCIO
(Membro suplente externo)


Prof.a. D.ra FRANCINAIDE DE LIMA SILVA NASCIMENTO
(Membro suplente interno)

Costa, Thais Paulo Teixeira.

C837c O Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde Dr. Manoel da Costa e suas contribuições à educação profissional em saúde / Thais Paulo Teixeira Costa. – Natal, 2018.

127 f : il. color.

Dissertação (Mestrado em Educação Profissional) – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte. Natal, 2018.

Orientador (a): Dra. Lenina Lopes Soares Silva.

1. Educação profissional em saúde. 2. Formação profissional em saúde. 3. Recursos humanos em saúde. 4. Centro de Formação de

Aos mestres da minha vida:
Hudson Paulo Costa e Sueli Paulo Teixeira Costa

AGRADECIMENTOS

Sempre gostei de ler os agradecimentos dos livros e trabalhos acadêmicos por sentir que estava me aproximando do escritor. Desta forma, espero que os meus agradecimentos também aproximem os futuros leitores/as desta dissertação à minha vida.

A escrita deste trabalho foi marcada por um grande amaduramento pessoal. Provavelmente, daqui a algum tempo, ao ler novamente o meu trabalho, terei novos questionamentos, considerando que vive em mim a vontade de realizar muitos sonhos vinculados ao Sistema Único de Saúde e à Educação para seus trabalhadores.

Neste caminho dissertativo, compreendi a luta da educação profissional em saúde. Trajetória difícil, mas que me fez ter verdadeira paixão e reconhecimento pelos muitos que lutam por uma educação de qualidade para os trabalhadores de nível médio e elementar, normalmente esquecidos na educação e, de igual modo, na saúde.

Assim, durante a escrita deste trabalho, fui surpreendida por momentos prazerosos e, por vezes, dolorosos. Hoje, sentindo o cheiro final desta etapa, vejo que foram necessários, para compreender a parte da música que diz: “a beleza de ser uma eterna aprendiz”.

Todavia, as leituras sobre a educação profissional me fizeram refletir sobre o modelo de educação que temos e o que queremos. Desta forma, o atual modelo de pós-graduação no Brasil, sem dúvida, carece de atenção. Com isso, levo o aprendizado, já nesta reta final, de que valeu o esforço. Mas, também levo a certeza de que “viver, nunca caberá no Lattes”.

Falando em vida, deixo claro que finalizo esta dissertação graças ao lindo e querido Deus, por sua infinita bondade, amizade e amor ao longo desses dois anos. Como viveria sem sua luz?

Aos meus pais, Hudson e Sueli, que me deram o dom da vida e todo o amor que tenho por viver. Obrigada por tamanha dedicação!

Aos meus irmãos, Tales e Tássio, que dedicam tanto amor por mim. Somos tão diferentes, que nos completamos. Não cabe para escrever agradecimentos a vocês. Obrigada por todas as doses de ânimos!

Ao amor da minha vida, Natan, que se fez presente em minha jornada acadêmica e, agora, como esposo, dá-me luz e força para trilhar em busca dos nossos sonhos. Obrigada!

À minha orientadora e amiga, Lenina, que partilhou de muitas angústias junto a mim, por vezes, transcritas na dissertação, e me ajudou a seguir e enfrentar desafios que permearam esses dois anos. Seu amor também é “sem censura”. Obrigada, de todo coração!

Aos amigos da vida: Matheus Rangel, Thaysa Belo, Barbara Varela, Victor Hugo, Jussara Lisboa, Élide Dias, Nathalia Hanany, Renata Fonsêca, Allany Moutinho, Barbara Melo e Tainá Cavalcante, os quais partilharam de muitas das conquistas ao longo desses anos, assim como de tantos bolos para finalizar este trabalho. Grata a Deus pela vida de cada um!

Minhas professoras e amigas do coração, Janete e Rosana, que me acompanham com tanto amor! Obrigada nunca será suficiente!

Aos amigos do grupo Never Temer! Grupo querido que me mostrou um outro lado da pós-graduação. Com vocês, esta jornada foi única e uma verdadeira “viagem”. Obrigada!

Ao Observatório de Recursos Humanos e Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva por, em mais um momento de formação, estarem presentes. Obrigada a todos os integrantes!

Aos meus queridos professores do Programa de Pós-Graduação do IFRN. Admiro muito a dedicação e amor de cada um pela educação profissional e, assim, pelo PPGEF. Obrigada por ampliarem o meu olhar e mudarem a minha forma de ver a educação. Lembrar-me-ei de todos com muito carinho! Um abraço especial à Olívia e Dante, que conviveram mais perto de mim durante esta trajetória.

À minha querida sala 07, da Escola de Saúde da UFRN-ESUFRN: Roses, Fernandinha, Flavinho, Déa, Mercinha e Bibi! Ter a companhia de vocês ao longo do mestrado foi um prazer. Como aprendi com vocês! E como ganharam um espaço em meu coração. Obrigada! Aproveito para agradecer à ESUFRN, por me acolher de maneira tão bonita e gentil, não só os professores, como também os alunos/as tão especiais! Não citarei nomes para não ser injusta. Meu amor pela educação se concretizou por tamanhas oportunidades concedidas. Minha eterna gratidão!

Ainda, um agradecimento bem carinhoso a Rafael Lima e Nara Lidiana. Rafael, por ser um companheiro de jornada e ter partilhado comigo tantos momentos

que não cabem aqui. E, Nara, pela parceria no IFRN. Meu agradecimento especial pelo apoio em nossa representação estudantil!

Por fim, obrigada aos que fizeram desta pesquisa possível! Obrigada a todos os servidores do CEFOPE/RN, que abriram as portas e me acolheram de maneira tão linda! Flávia, o meu muito obrigada a você, por contribuir para que esta pesquisa se tornasse possível!

RESUMO

Esta dissertação tem o objetivo de analisar a trajetória das políticas de Educação Profissional em Saúde no Brasil e o percurso formativo do Centro de Formação de Pessoal (CEFOPE/RN), em uma perspectiva histórica, no Rio Grande do Norte. O caminho metodológico escolhido para alcançar este objetivo foi percorrido em duas etapas: revisão bibliográfica e pesquisa documental. Os resultados da pesquisa bibliográfica apresentam uma lacuna na formação dos trabalhadores de nível médio e elementar da área da saúde, em decorrência da falta de prioridade a estes trabalhadores no decorrer da história da Educação Profissional em Saúde no Brasil. Desta forma, destaca-se a contribuição das Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS), como espaço de reconhecimento e emancipação da formação destes trabalhadores. Quanto aos resultados da pesquisa no Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), apresentama necessidade de novos estudos nas Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde, considerando o pequeno quantitativo de Escolas que foram utilizadas como *locus* de estudo. A pesquisa documental indica que o CEFOPE/RN tem contribuído com o fortalecimento da Educação Profissional em Saúde, a partir do acompanhamento e da formação da força de trabalho dos trabalhadores de nível médio e elementar atuantes no Sistema Único de Saúde. Sendo assim, como instituição pública, o CEFOPE/RN contribui para o processo de reconhecimento e formação profissional dos trabalhadores de nível médio que estão inseridos no Sistema Único de Saúde e auxilia no fortalecimento da saúde pública, no Rio Grande do Norte. Portanto, conclui-se que é necessário o acompanhamento das ETSUS, para que tenham maiores condições e autonomia no desenvolvimento dos cursos ofertados aos trabalhadores, de modo que estes espaços se potencializem para lutar e fortalecer a atuação dos trabalhadores, com auxílio e acompanhamento.

Palavras-chave: Educação Profissional em Saúde. Formação Profissional em Saúde. Recursos Humanos em Saúde. Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The Professional Education in Health in Brazil policies trajectory and the Personnel Training Center - CEFOPE/RN contribution analysis are the objectives of this work. The methodological path chosen to fulfill these objectives was carried out in two stages: a bibliographical review and a documentary research. The bibliographical research results on the Professional Health Education in Brazil trajectory point to a gap in the middle and elementary level health workers training, due to the lack of priority given to these workers in the course of the history and, in this way, the contribution of the Technical Schools of the Unified Health System, as a space of recognition and emancipation for these workers trainings. The results of the research in the CAPES Portal point to the possibility of new studies in the Brazilian Unified Health System Technical Schools (ETSUS), considering the small number of schools that were used as a study locus. The documentary research shows that CEFOPE/RN has contributed to a professional health education strengthening, based on the monitoring and training of the Unified Health System middle and elementary level workforce. Thus, CEFOPE/RN, as a public institution, contributes to the process of middle-level workers recognition and professional training. It also assists the public health strengthening in the state of Rio Grande do Norte. It is concluded that it is necessary to monitor the ETSUS in order to have greater conditions and autonomy in the development of the courses offered to the workers.

key words: Professional Health Education Professional Training in Health. Human Resources in Health. Staff Training Center for Health Services.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEFOPE/RN	Centro de Formação de Pessoal Para os Serviços de Saúde Dr. Manoel da Costa – Rio Grande do Norte
CEP-AP	Centro de Educação Profissional Graziela Reis de Souza
CGPRH/MS	Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos do Ministério da Saúde
CNE	Conselho Nacional da Educação
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
ETSUS	Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde
ETSUS/AM	Escola de Formação Profissional Enfermeira Sanitarista Francisca Saavedra – Amazonas
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IAPS	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal em Saúde
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal da Saúde
PREV-SAÚDE	Programa Nacional dos Serviços Básicos de Saúde
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PRONATEC	Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego
RET-SUS	Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NO BRASIL	22
2.1	POLÍTICAS DE SAÚDE EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E AS QUESTÕES DA SAÚDE NA PRIMEIRA REPÚBLICA (1989-1930)	23
2.2	SAÚDE E EDUCAÇÃO PROFISSIONAL NA ERA VARGAS (1930 - 1945)	29
2.3	SAÚDE E EDUCAÇÃO PROFISSIONAL NO PERÍODO DE 1946 a 1963	34
2.4	EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NO PERÍODO CIVIL-MILITAR (1964 - 1985)	39
3	EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE E AS ESCOLAS TÉCNICAS DO SUS: HISTÓRIA E ESTUDOS	46
3.1	A INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS ESCOLAS TÉCNICAS DO SUS	46
3.2	ESCOLA TÉCNICA DO SUS NOS ANOS 2000: MARCOS DA SUA TRAJETÓRIA	58
3.3	A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE AS ETSUS: UM ESTUDO DE TESES E DISSERTAÇÕES	65
3.4	ANÁLISE DAS PRODUÇÕES ENCONTRADAS	66
3.5	CONTRIBUIÇÕES DOS ESTUDOS PARA CONHECIMENTO DAS ETSUS	76
4	A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NO RIO GRANDE DO NORTE: O CENTRO DE FORMAÇÃO DE PESSOAL PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE DR. MANOEL DA COSTA SOUZA	80
4.1	A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NO CEFOPE/RN: ONDE SE INICIAM OS PROCESSOS DE FORMAÇÃO	81
4.2	CENTRO DE FORMAÇÃO DE PESSOAL PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE DR. MANOEL DA COSTA SOUZA: ANOS INICIAIS	86
4.3	O CENTRO DE FORMAÇÃO DE PESSOAL PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE DR. MANOEL DA COSTA SOUZA: NO PERCURSO DE 1997 A 2015	93
4.4	A PROPOSTA POLÍTICO-PEDAGÓGICA DO CEFOPE/RN: REFLEXÕES SOBRE O MODELO ADOTADO	101
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
	REFERÊNCIAS	112

INTRODUÇÃO

A Educação Profissional em Saúde é compreendida como uma modalidade que se dedica a formação e qualificação dos(as) trabalhadores(as) de nível médio que, especificamente, atuam nos serviços de saúde (PEREIRA; RAMOS, 2006). Configura-se como uma área da Educação Profissional e dialoga sobre a relação entre trabalho e educação. Assim, esta dissertação tem como objeto de estudo o Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde Dr. Manoel da Costa e as políticas desenvolvidas no âmbito da Educação Profissional em Saúde no Brasil. O referido Centro, atualmente, é situado na avenida Alexandrino de Alencar, 1850 - Tirol, Natal – Rio Grande do Norte.

No Brasil, a Educação Profissional, inicialmente, foi destinada àqueles que se encontravam fora dos padrões da sociedade, em uma perspectiva assistencialista e tecnicista (MOURA, 2007). Seus marcos históricos têm caráter reducionista, o que limita a formação dos sujeitos ao emprego. Entretanto, identifica-se que, ao articular o trabalho enquanto princípio educativo, a Educação Profissional possibilita a mediação entre o trabalho técnico e o trabalho intelectual, característica que possibilita romper com a divisão técnica do trabalho entre os que fazem e aqueles que pensam.

O trabalho na área da saúde vem sendo composto, nas últimas décadas majoritariamente por mulheres (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2011). Neste sentido, esta dissertação tratará os sujeitos como trabalhadores(as), por reconhecer a força de trabalho daquelas que atuam nos serviços de saúde e, também, por observar que muitos estudos não ressaltam o gênero feminino na escrita, mesmo quando o estudo é direcionado às mulheres trabalhadoras que atuam na área da saúde. Desta forma, busca-se de maneira singela ressaltar em alguns momentos no decorrer do texto o papel da mulher nos serviços de saúde.

Os(as) trabalhadores (as) de nível médio, em sua maioria, são de uma classe social oriunda predominantemente das camadas economicamente menos favorecidas e, muitas vezes, enfrentam uma formação baseada no tecnicismo e na repetição do trabalho. Isto implica em uma desvalorização frente aos(as) demais trabalhadores(as), como os(as) doutores(as) e diplomados(as), os(as) quais apresentam imagens instituídas como superiores, cultuadas pela sociedade. Desta

forma, esses(as) trabalhadores(as) de nível médio enfrentam desafios tanto na formação recebida quanto no espaço de trabalho, sendo hierarquicamente subordinado nas relações de trabalho.

A Educação Profissional em Saúde, foco desta dissertação, é conceitualmente direcionada para a formação e qualificação dos(as) trabalhadores(as) de nível médio e elementar que atuam na área da saúde. Assim, considerando-se as interferências do capitalismo na sociedade, observa-se dois grandes projetos perpassando a formação desses trabalhadores: um adequado à proposta tecnicista para o trabalho e outro, contra-hegemônico, que não pretende adequar a trabalhadora ao cenário existente, articulando a formação aos conhecimentos da vida cotidiana (PEREIRA; RAMOS, 2006).

Apesar de vistas como importantes por parte dos gestores e da sociedade, a educação e a formação dos(as) trabalhadores(as) da saúde, ao longo da história das políticas públicas, são insuficientes diante da complexidade do sistema de saúde, dos(as) gestores(as) dos serviços e por parte daqueles que o fazem.

Diante do exposto, faz-se necessário observar o cenário de luta travado, ao longo dos anos, para melhoria dos serviços da saúde e ampliação das políticas públicas neste âmbito de atuação. Neste cenário de luta evidencia-se a década de 1980 como período marcante para a área de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Assim, as Conferências de Saúde, realizadas no âmbito nacional, estadual e local, reorganização política e do modelo de atenção à saúde são alguns dos fatores que, aqui, são destacados para discutir a trajetória da formação dos (as) trabalhadores (as) na Educação Profissional em Saúde.

Para Castro (2008), esta década foi decisiva não somente para a mudança no Sistema de Saúde do Brasil, mas também para importantes avanços relacionados ao campo de recursos humanos.

No tocante à Educação Profissional, em meados da década de 1980, teve início o Projeto de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio e Elementar para os Serviços Básicos de Saúde, conhecido como “Projeto Larga Escala”. Esse projeto tinha o propósito de qualificar, por meio da formação reconhecida pelo Ministério da Educação, o grande número de atendentes de enfermagem existente na rede de saúde, que não possuíam formação adequada

para exercer esta função. Com ele, teve início a política de formação de pessoal de nível médio nos serviços de saúde.

De acordo com Castro (2008), compunha a estrutura do Projeto Larga Escala três componentes que iriam definir o desenho da política de formação de pessoal de nível médio para o sistema de saúde. São eles: o Currículo integrado, a formação de docentes e a criação de uma escola destinada a formar a força de trabalho em saúde.

Ainda de acordo com Castro (2008), o Projeto Larga Escala proporcionou a descentralização da oferta de qualificação para os trabalhadores e a transformação das práticas educacionais até então desenvolvidas para o pessoal de nível médio e elementar.

É necessário destacar que os conceitos, trazidos na discussão sobre o fortalecimento da saúde coletiva no período do desenvolvimento do Projeto Larga Escala, durante a Reforma Sanitária Brasileira (ocorridos na década de 1970), situavam-se em um momento que viria a modificar saberes e práticas do cuidado em saúde. Este momento será marcado pela superação do modelo centrado na prática médica, para a busca da valorização das necessidades sociais dos sujeitos. Estas mudanças alteraram a forma como a trabalhadora da saúde se relaciona com o usuário do serviço, bem como o modelo educativo para sua formação.

A Constituição Federal de 1988 representa um marco jurídico normativo na proteção de direitos considerados fundamentais para a sociedade (PIOVESAN, 2009). Para a área da saúde, torna-se um marco por, em seu Art. 196, reconhecer a saúde como: “Direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 2016, p. 153). Deste modo, passou-se a discutir as questões políticas, econômicas e sociais como sendo fundamentais para garanti-la.

A institucionalização do acesso universal à saúde e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 romperam com a realidade anterior do acesso da população a estes serviços, no que dizia respeito à diferenciação dos cidadãos em seus direitos essenciais, com base em condições de trabalho ou classe social.

No entanto, a construção de um sistema público de saúde, de caráter universal, em uma sociedade com ideologias neoliberais, propunha uma totalidade de mudanças por parte da sociedade que o reivindicava, tendo em vista que as ações abrangiam toda a sociedade (PAIM, 2008).

As mudanças estabelecidas pelo movimento de criação do SUS também diziam respeito à melhoria dos processos de formação dos profissionais da área, tendo em vista a importância da formação, qualificação, treinamento e atualização dos profissionais para atuarem em um novo modelo de saúde, agora com uma proposta universal e equânime.

Amâncio Filho (2004) ressalta que havia um interesse de aproximar as áreas da educação e da saúde para que a formação dos/as trabalhadores/trabalhadoras fosse orientada pela leitura das necessidades sociais e conduzida por um amplo debate com a sociedade e organismos de participação social do SUS como, por exemplo: Conferências Municipais, Estaduais e Federais de Saúde. Aqui, destaca-se o interesse na formação dos (as) trabalhadores (as) de nível médio em saúde, considerando o amplo espaço de atuação nos serviços de saúde.

Neste sentido, defende-se que a Educação Profissional viabiliza a integralidade na formação dos trabalhadores por possibilitar um processo de formação com interpretação dialética da realidade, com articulação de diferentes saberes e práticas que envolvam dimensões na formação cultural, política e social do desenvolvimento humano.

Desta forma, deve-se tomar a Educação Profissional para trabalhadoras da área da saúde como um elo fundamental no processo de reorganização do conhecimento científico-tecnológico na formação humana das trabalhadoras, pois,

especificamente, em relação à Educação Profissional em Saúde, é importante compreender que a lógica da integração ensino-serviço apresentará limites enquanto estiver circunscrita aos aspectos metodológicos e não avançar para a construção de referenciais políticos e epistemológicos da Educação Profissional em Saúde. Além disso, insistimos que, visto pelo prisma ontológico, a atenção em saúde pode ser compreendida como a ação humana destinada ao cuidado do/com o outro. Por esse sentido, o trabalho não é uma mercadoria, o trabalhador não é um recurso e a educação não se reduz ao método (PEREIRA; RAMOS, 2006, p. 109).

Assim sendo, formar trabalhadores(as) técnicos(as) da saúde requer ir além da formação reprodutivista. Trata-se de discutir a formação destes sujeitos tendo em vista sua emancipação humana em articulação com a realidade, de maneira que o trabalho seja compreendido para além da produção capitalista, posto que estão inseridos em um espaço de trabalho que não atende às prerrogativas de lucro do mercado capitalista.

A implementação do SUS propôs um novo direcionamento na formação dastrabalhadoras conforme sua organização. Novos cenários e possibilidades foram desenvolvidos com o modelo de criação que tornou necessárias atividades de formação que tivessem como referência os princípios éticos da universalidade, da equidade e da integralidade para garantir à população o acesso igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Entretanto, passados trinta anos e inúmeras ações que pretendiam aproximar as áreas da educação e da saúde, “a formação dos(as) trabalhadores(as) da saúde não se orienta pela leitura das necessidades sociais em saúde” (BRASIL, 2001, p. 42).

Este cenário desarticulado entre as necessidades sociais e a formação dastrabalhadoras para atuar no SUS, foi influenciado pela grande oferta de cursos da área da saúde em instituições públicas e privadas de ensino, com currículos fechados e pouco comprometidos com o fortalecimento das políticas públicas de saúde (SILVA; SANTANA, [2014]).

Nas últimas décadas, o desenvolvimento social e econômico e o acelerado avanço científico e tecnológico desencadearam significativas alterações na organização do trabalho e no desenvolvimento da produção de bens e serviços. A produção em massa, nos modelos taylorista/fordista, introduziu nos meios de produção “uma nova flexibilidade que abriu caminho para o dinamismo tecnológico” (CLARKE, 1991, p. 131).

Ademais, nesse cenário dinâmico, novas habilidades foram exigidas aos trabalhadores, tencionando-o a uma constante desqualificação e fragilidade no ambiente de trabalho. Outro fator ocasionado pela divisão social do trabalho, nesse momento, cujo modelo de organização dividia a sociedade entre ocupações, foi a dificuldade da inserção do(a) trabalhador(a) no mercado, na medida em que já não se conseguia acompanhar o processo de produção no qual estava inserido.

Em prosseguimento ao referido momento, buscava-se superar a crise do capitalismo utilizando-se de novas formas de acumulação. Para tanto, o Estado brasileiro assumiu o neoliberalismo, envolto no processo de globalização e reestruturação produtiva como estratégias de superação. Isso, para Cabral Neto (2012), mostra que “o neoliberalismo configura-se, [...], como uma superestrutura

ideológica e política que acompanha a transformação histórica do capitalismo moderno” (CABRAL NETO, 2012, p. 4).

As transformações operadas pelo modelo neoliberal resultam na deterioração da vida e do trabalho na sociedade. A exploração e precarização do trabalho, bem como a destruição dos direitos conquistados pelos trabalhadores e trabalhadoras, intervêm em suas vidas, contribuindo para o aumento da insegurança profissional vivenciada na vida cotidiana.

Sob a influência das transformações operadas pelo neoliberalismo, os trabalhadores de nível médio, na figura dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), são exemplos das inserções profissionais precárias nessa área. A ausência de um vínculo estável contribui para a rotatividade e sua insatisfação no ambiente de trabalho (VIEIRA; CHINELLI; LOPES, 2011). Este cenário reforça a importância da oferta de uma formação contra-hegemônica para trabalhadoras, de maneira que sua formação contribua para analisar e intervir nas características nocivas do trabalho.

Assim, as Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) são instituições que potencializam o debate entre a formação e o ambiente de trabalho. Podem ser consideradas como um espaço que busca a transformação social através de sua capilaridade, ao atingir municípios de difícil acesso com um ensino voltado para uma formação cidadã. Ressalta-se, também, sua historicidade como espaço resultante de lutas por reconhecimento e valorização das trabalhadoras.

Diante do exposto, este trabalho de dissertação, intitulado: O Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde dr. Manoel da Costa e seu percurso na educação profissional em saúde, analisa as políticas de Educação Profissional em Saúde e o seu caminhar histórico na Educação Profissional no Rio Grande do Norte.

Para viabilizar a realização deste estudo, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- a) identificar e discutir as políticas de formação dos trabalhadores de nível técnico em saúde presentes na história da Educação Profissional em Saúde no Brasil;
- b) analisar a produção do conhecimento na área da Educação Profissional em Saúde no Brasil, constante no Portal da Coordenação de

Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior de teses e dissertações e sua articulação com as Escolas Técnicas do SUS;

c) analisar o papel desempenhado pelo CEFOPE/RN como instituição que integra a Rede de Escolas Técnicas do SUS, no período de 1985 a 2015 no Rio Grande do Norte.

A relevância social do estudo encontra-se em compreender como vem ocorrendo a formação dos (as) trabalhadores (as) de nível médio que atuam no SUS, bem como a atuação do CEFOPE/RN enquanto instituição que contribui para esta formação. Considera-se que o cenário de atuação destes (as) trabalhadores (as) é extremamente complexo e que mesmo inserido na Constituição Federal de 1988 o SUS ainda está se consolidando. Deste modo, os trabalhadores que estão inseridos neste sistema convivem com enormes desafios, envolvendo o reconhecimento das atividades que desenvolvem, como também, questões salariais.

Desta forma, para compreender a realidade, é necessário investigar e analisar os motivos pelos quais determinadas circunstâncias ocorrem. Com o intuito de compreender o papel do CEFOPE/RN, instituição que faz a Educação Profissional em Saúde no Rio Grande Norte, foi necessária uma aproximação com o materialismo histórico-dialético, conforme aborda Frigotto (1994):

No processo dialético de conhecimento da realidade, o que importa fundamentalmente não é a crítica pela crítica, o conhecimento pelo conhecimento, mas a crítica e o conhecimento crítico para uma prática que altere e transforme a realidade anterior no plano do conhecimento e no plano histórico-social (FRIGOTTO, 1994, p. 81).

Para atingir os objetivos propostos, foram utilizadas como referência de metodologia obras de Minayo (2009; 2013) e Ghedin e Franco (2011). Segundo Minayo (2013), uma pesquisa qualitativa pode ser considerada como aquela capaz de incorporar significado e intencionalidade. Deste modo, pretende-se compreender os caminhos históricos e sociais das instituições, com um enquadramento qualitativo.

Neste contexto, Minayo (2009) destaca a importância da realidade para a materialidade da pesquisa, uma vez que possibilita:

[...] o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Ou seja, a metodologia inclui simultaneamente a teoria da

abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade) (MINAYO, 2009, p. 14).

Seguindo esta abordagem, Ghedin e Franco (2011) afirmam ser necessário considerar que os caminhos nem sempre serão lineares, previsíveis e completos.

Esse processo do método vai facultar ao pesquisador trabalhar para além do observável, dialogar com os referenciais teóricos que podem mostrar-se adequados à busca da complexidade do concreto e, ainda, com recurso à teoria, retornar ao empírico com um olhar mais profundo para melhor compreendê-lo (GHEDIN; FRANCO, 2011, p. 252).

Ghedin e Franco (2011) salientam que o método só existe à medida que um pesquisador questiona e reflete sobre o seu objeto de estudo. Logo, aqui, buscou-se refletir sobre o sentido histórico, político e social do objeto desta pesquisa.

Escolhido o método para o desenvolvimento desta dissertação, optou-se por uma pesquisa bibliográfica e, em seguida, documental. Na primeira etapa, foi realizada uma busca em fontes bibliográficas, o que se compreende como pesquisa bibliográfica, uma vez que se trata do levantamento de referências já analisadas e socializadas em meios físicos e virtuais (FONSECA, 2002).

A revisão bibliográfica possibilitou a coleta de materiais para compreender os marcos históricos da Educação Profissional em Saúde. Foram selecionados para análise os livros de Morosini (2013), Hochman (2005; 2006), Pereira e Ramos (2006), Ramos (2010), Pereira (2002), Malhão, Cortes e Lima (2016) e Castro (2008), os quais apresentavam contribuições sobre o tema. A leitura dos materiais contribuiu com a aproximação e o desenvolvimento do objeto da pesquisa.

Lüdke e André (1986) salientam o pouco aproveitamento da análise documental em pesquisas na área da educação e em outros campos da ação social. Para as autoras, existe uma valiosa contribuição deste procedimento para a pesquisa qualitativa, tanto no desvelar de aspectos novos de um tema ou problema quanto na complementaridade de outras técnicas de investigação.

Para Godoy (1995), estudos de caso caracterizam-se como um tipo de pesquisa cuja finalidade é analisar uma unidade social intensiva. Este estudo tem essa característica, mas por optar-se pela análise do percurso histórico foi feita uma investigação em documentos produzidos pelo Centro com relação às políticas de Educação Profissional em Saúde, como regimento escolar, projeto político

pedagógico e atas de classe (RIO GRANDE DO NORTE, 1985; 2011). Optou-se por utilizar essas atas pois haviam sido oficializadas e registradas pela coordenação do CEFOPE/RN, no período de 1997 a 2015.

A busca foi realizada no período de maio a junho de 2017, e os dados foram sistematizados em uma planilha do *Microsoft Excel*, com as seguintes informações: Curso Ofertado; Ano de Conclusão; Turmas Ofertadas; alunos matriculados e que concluíram os cursos. A pesquisa foi realizada no setor da Secretaria Escolar do CEFOPE de abril a junho de 2017. Esta etapa possibilitou a captação e validação de informações para identificar as tendências pedagógicas norteadoras da implementação dos processos educacionais dos trabalhadores de nível médio em saúde.

Portanto, a pesquisa qualitativa contribuiu para a análise da trajetória da Educação Profissional em Saúde, que articulado com a dialética existente entre as diferentes instâncias da organização social, trouxe uma visão reflexiva sobre a formação e luta das trabalhadoras.

A organização desta dissertação se estrutura em três capítulos, sem considerar essa Introdução e as considerações finais. O capítulo: Políticas Públicas para Educação Profissional em Saúde no Brasil, realiza um resgate histórico da Educação Profissional em Saúde no Brasil e analisa a trajetória da formação profissional no modelo de atenção à saúde em cada período histórico delineado no estudo, observando-se as influências econômicas e políticas que permearam a configuração histórica da formação dos trabalhadores técnicos em saúde.

O capítulo, Educação Profissional em Saúde e as Escolas Técnicas do SUS: história e estudos, discorre sobre as ETSUS, como também acerca dos estudos em teses e dissertações encontradas no Portal da CAPES. A análise dos estudos aponta as ETSUS que foram analisadas de acordo com os achados do Portal e discute estratégias de fortalecimento e divulgação da imagem institucional destas Escolas.

O capítulo, intitulado: O Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde Dr. Manoel da Costa Souza apresenta a história deste e suas contribuições para a Educação Profissional em Saúde dos trabalhadores(as) do SUS. Para isso, foi feita uma análise de documentos oficiais, trazendo as ações desenvolvidas por esta Escola no período de 1997 a 2015. Este capítulo traz a análise do percurso

formativo do CEFOPÉ/RN e suas contribuições para a formação dos(as) trabalhadores(as) técnicos da área da saúde, mostrando os avanços e desafios enfrentados por esta instituição.

O período abrangido por esse trabalho contempla o estudo já realizado sobre os anos iniciais do CEFOPÉ/RN, realizado por Germano (1996), e vai até o ano 2015 quando o país já começava a vivenciar tempos de desmonte das instituições públicas e, em especial, do SUS. Com essa percepção, considera-se que esse trabalho tem também a finalidade de manter viva a história desta instituição reforçando sua importância para a sociedade.

Encerra-se esta dissertação com as considerações finais que apresentam as reflexões presentes no decorrer da dissertação, de maneira a contribuir com futuros estudos na área. Assim, enfatiza-se a necessidade de ampliação da divulgação das ações desenvolvidas pelo CEFOPÉ/RN como estratégia de dar conhecimento desta instituição à sociedade, fortalecendo assim, sua imagem, e conseqüentemente o SUS.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NO BRASIL

Com o objetivo de discutir sobre as políticas públicas para a Educação Profissional em Saúde no Brasil, observou-se a trajetória da formação profissional no modelo de atenção de cada época, com ênfase dada às políticas públicas para a formação dos (as) trabalhadores (as) de nível médio em saúde.

Nas políticas públicas para a Educação Profissional em Saúde no Brasil, verificou-se a trajetória da formação profissional, seus espaços de atuação e suas relações com os fatores econômicos, políticos e sociais de cada momento histórico.

Assim, compreendeu-se que as políticas públicas são articuladas com as relações de poder presentes nos espaços governamentais do Estado, sendo desenvolvidas em duas dimensões: de acordo com os interesses dos representantes e com o posicionamento da sociedade (AZEVEDO, 2004).

A Educação Profissional em Saúde, possui foco na formação dos (as) trabalhadores (as) com nível de formação de ensino médio e elementar que atuam no referido setor. Para Pereira e Lima (2008 p.188), “a Educação Profissional em Saúde, no seu viés de transformação, afirma a formação omnilateral e a humanização do trabalhador pelo trabalho”.

Para a construção deste capítulo, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre Educação Profissional em Saúde no Brasil. Seus resultados baseiam-se nos estudos de Cunha (1980), Morosini (2013), Ramos (2010), Pereira e Ramos (2006), Pereira (2002) e Castro (2008), dentre outros que em linhas gerais se complementaram ao refletirem sobre os fundamentos históricos da saúde no Brasil e a formação profissional dos (as) trabalhadores (as) supracitados, consideram os registros na área de conhecimento e os marcos da Educação Profissional, bem como a etapa em estudo.

Para discorrer sobre o assunto, partiu-se dos seguintes questionamentos: Em que cenários sociopolíticos são forjadas as questões que envolvem a educação profissional em saúde no Brasil? Como é pensada a formação profissional para trabalhadores(as) da saúde nesses cenários? Qual o contexto de implantação e atuação do CEFOPE/RN?

Este capítulo está estruturado em subcapítulos: Políticas de Saúde em Educação Profissional e as questões da saúde na Primeira República (1889-1930); Saúde e Educação Profissional na era Vargas (1930 - 1945); Saúde e Educação Profissional no período de 1946 a 1963 e Educação Profissional em Saúde no período militar (1964 - 1985).

2.1 POLÍTICAS DE SAÚDE EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E AS QUESTÕES DA SAÚDE NA PRIMEIRA REPÚBLICA (1889-1930)

Para a compreensão dos cenários sociopolíticos nos quais foram desenvolvidas as questões de saúde no Brasil, os fundamentos históricos acerca das políticas públicas de saúde e de Educação Profissional devem ser considerados.

A divisão social do trabalho na saúde apresentava suas marcas ainda no Império, em 1829, quando o saber médico-científico se sobrepunha às práticas populares em saúde, com o controle das áreas de formação existentes na época, como farmácia e odontologia. Para o (a) trabalhador (a) técnico (a) em saúde, a inserção no mercado de trabalho ocorreu vinculada às necessidades das atividades médicas que, ao longo do processo histórico, eliminou e criou ocupações de acordo com as carências do setor (LIMA, 2013).

Seguindo os escritos de Cunha (1980), vê-se que o Decreto nº 11.530, de março de 1915, buscou “reorganizar o ensino secundário e superior da república” (BRASIL, 1915). Nele, foi proposta a adoção de barreiras de entrada para o ensino superior, sendo “reduzido o número de escolas em cidades com menos de 100 mil habitantes” (CUNHA, 1980, p. 168). Essas barreiras normativas de fiscalização federal foram atuantes sobre as escolas particulares para que ocorresse a equiparação das escolas livres e estaduais às escolas oficiais, que eram mantidas pela União.

A reorganização do ensino, segundo Carvalho (2003) e Lima (2013), impediu o registro dos diplomas dos egressos dos cursos de odontologia, enfermagem e farmácia, os quais passaram a ser denominados ‘práticos de saúde’. A terminologia ‘práticos de saúde’ era utilizada para referenciar àqueles que não possuíam diploma de nível superior. Termo bastante recorrente durante a Primeira República (1889-1930).

Nesta perspectiva, observa-se que

Essa discussão ocorre em um contexto marcado por três processos sociais e econômicos que se combinam e acabam determinando mudanças importantes na estrutura social, com repercussões nas áreas da saúde e educação, particularmente, na Educação Profissional: a imigração estrangeira, a urbanização e a industrialização. Concomitantemente, esses processos estão na base de movimentos sociais e sindicais urbanos que abrem uma nova fase na história do país e que determinam, a partir dos anos 20, principalmente, que a saúde e a educação sejam alçadas ao primeiro plano das políticas sociais (LIMA, 2013, p. 68).

Assim, identifica-se que os marcos educacionais da Educação Profissional em Saúde, nesse período, não se apresentaram como uma medida de consolidação da força de trabalho, mas sim como uma maneira de enfraquecer o movimento operário.

Neste sentido, o Estado utilizava-se de barreiras normativas legais, como a proibição de sindicatos e associações, para combater os movimentos sociais que se fortaleciam entre a classe média e trabalhadores, os quais passaram a desejar que seus filhos recebessem formação profissional para além da elementar, ou seja, ler, escrever e contar. Sendo assim, foi negado o direito de uma ascensão social por uma “ocupação burocrática” pelas vias legalizadoras (CUNHA, 1980).

O período de 1900 a 1920 foi marcado por grandes reformas urbanas e sanitárias, em especial, nas cidades com portos e na então Capital Federal – Rio de Janeiro. Castro Santos (1993), em seu estudo, diz que o motivo determinante dessa iniciativa se deu para evitar prejuízos financeiros sob o comércio exterior em relação às péssimas condições sanitárias da capital federal e dos portos brasileiros. O Estado de São Paulo também teve a mesma iniciativa, movido por fortes interesses financeiros, em decorrência da imigração para a cafeicultura. Ainda, nesse período se observa como marca a presença de Oswaldo Cruz¹, entre 1903 e 1909.

Oswaldo Cruz, oriundo do Instituto Pasteur, irá enfrentar as epidemias da época (febre amarela e varíola), que ameaçam a “saúde dos portos” e a agroexportação, por meio de campanhas com vacinações e inspeções sanitárias. Com a industrialização e a urbanização, nos anos vinte, virão a surgir novas formas de proteção da força de

¹ Oswaldo Gonçalves Cruz nasceu em 5 de agosto de 1872, em São Luís de Paraitinga/ São Paulo, e faleceu em 1917, aos 44 anos. Médico e cientista, contribuiu para extinção da febre amarela, da peste bubônica e da varíola. O portal eletrônico *in vivo* da Fiocruz apresenta sua história de vida. (GONÇALVES, 2017).

trabalho, como as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CONILL, 2002, p. 212, grifo da autora).

A figura de Oswaldo Cruz fez com que a questão sanitária passasse a ter relevância no cenário político. O Estado se portava em relação à saúde adotando medidas que visavam a manutenção de um Estado geral de salubridade, sem investir nas questões sanitárias. Como exemplo, tem-se a criação da Diretoria Geral de Saúde Pública que, apesar de possuir o apoio de Oswaldo Cruz, foi vista como um órgão provisório e emergencial, ao postergar a criação de uma instituição que enfrentasse com eficiência e eficácia as questões de saúde pública da população (SCOREL; TEIXEIRA, 2014).

Com o objetivo de reestruturar a saúde pública no país, em 1903, foi aprovado um projeto que tornava obrigatória a vacinação da população civil. Este acontecimento ficou conhecido como a Revolta da Vacina e não apresentou resultados favoráveis, além de criar um enorme confronto entre os governantes e a sociedade civil. O fato aumentou a resistência da população à vacinação e trouxe vítimas à cidade do Rio de Janeiro, com o consequente surto epidêmico em 1908.

Vale ressaltar que as ações de saúde pública, até a primeira década do século XX, estiveram concentradas nas grandes cidades devido aos interesses da elite cafeeira, assim, desencadeando problemas urbanos e sociais no interior do país (SCOREL; TEIXEIRA, 2014). Nesse período, observa-se a concentração de poder atrelada à má condução do fim da escravidão no país e ao descaso por parte dos governantes pela indústria nacional. Tudo isso fortaleceu o poder daqueles que pertenciam ao seleto grupo da elite brasileira.

A situação de saúde no país apresentava características que interferiam na vida da sociedade. Desse modo,

O país encontrava-se diante de dois problemas fundamentais interligados: a presença avassaladora de doenças atingindo populações urbanas e rurais e o despovoamento de grande parte do seu território. O abandono da população rural e do interior seria consequência do descaso gerado por políticas promotoras de uma indústria artificial e, principalmente, do formato político adotado pela Constituição de 1891, o federalismo. A autonomia das unidades federativas implicaria distintas e incompletas práticas judiciais, administrativas, de educação e saneamento em diferentes regiões do país, minando qualquer possibilidade de solidariedade e cooperação. (HOCHMAN, 2006, p. 73).

O resultado proporcionado pela organização política da Primeira República tornou o país doente e improdutivo. A imagem de um país doente acabou sendo utilizada por sanitaristas e intelectuais como Monteiro Lobato, em sua obra *Jeca-Tatu*, lançada em 1919 (MONTEIRO, 2008). A obra mostra de forma literária que a doença gera trabalhadores ineficientes, reduzindo as produções econômicas. Assim, faz-se oportuno registrar que a preocupação pelo bem-estar da população esteve baseado em interesses econômicos e não pelo desenvolvimento humano e social da população.

A falta de profissionais e trabalhadores (as) da área da saúde para atuarem no país não é um problema recente. Desde o Império, a quantidade de profissionais dessa área não era suficiente para atender à população formada por pobres e escravos, o que tornava o atendimento médico privilégio dos membros da elite e que deixava os socialmente necessitados sob proteção das Santas Casas de Misericórdia (ESCOREL; TEIXEIRA, 2014).

Ademais, outra possibilidade de cuidado para a população economicamente carente seria recorrer aos curandeiros, utilizando os remédios caseiros produzidos com ervas medicinais e outros produtos recomendados ou administrados por eles (LIMA; RAMOS; LOBO NETO, 2013).

Em 1920, as questões de saúde pública ganharam maior espaço em decorrência da criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), integrado pelo argumento da necessidade de ação rápida do Ministério da Justiça e Negócios (HAMILTON, 1993). Vale destacar o importante papel do DNSP frente às atividades de Educação Sanitária² da época, o que resultou em uma maior presença do governo federal em relação às ações de saúde e saneamento no país, a partir dos estudos revelados pelo Instituto Oswaldo Cruz.

Apesar de sua importância, o DNSP não foi suficiente para mediar as endemias e o quadro de doenças da época. A ausência de maior investimento na saúde pública do Brasil afetou os fatores econômicos e produtivos. A redução de mão de obra, resultado das endemias, gerou grandes impactos na sociedade, de modo geral, envolvendo fatores sociais e econômicos.

² O termo educação sanitária se referia a práticas educacionais em torno dos cuidados com o bem-estar físico, podendo ser exemplificado por banho diário, vacinação e cuidado com os dentes (SOUZA, 2012).

Neste sentido, as necessidades econômicas da classe burguesa tenderam a desencadear modificações no modo de vida da classe trabalhadora. Todavia, a preocupação com a oferta da saúde à sociedade não partia de um interesse no cuidado coletivo, mas na força de trabalho que possuía. Inclusive, esta afirmação pode ser esclarecida pelo seguinte marco histórico, vinculado a constituição dos Estados Nacionais.

Além de regulações pontuais no período de guerras ou inovações na gestão das cidades, visando ao abastecimento e ao escoamento de dejetos, ocorridas em períodos anteriores, as políticas públicas para a saúde desenvolveram-se de maneira organizada e sistemática, a partir do século XVIII, durante a consolidação dos Estados Nacionais, quando a população passou a ser considerada um bem do Estado, que tinha interesse na sua ampliação e na sua saúde, já que isso significava um aumento do poderio militar (CARVALHO; BUSS, 2014, p. 123).

A preocupação com as questões de saúde está associada ao interesse de fortalecimento, ora da figura do Estado, ora dos interesses econômicos da classe burguesa. A educação também possui correlações com as necessidades de qualificação da força de trabalho, sendo um desafio para instituições de ensino formar para além das demandas do mercado capitalista.

A educação é um setor que, ao longo da história, confronta-se com os interesses da classe burguesa. A escola, conforme diz Saviani (1994, p. 162), desde suas origens, como um espaço de “preparação dos futuros dirigentes”, contribuiu para os interesses das altas classes da época: acesso e manutenção do poder para específicos grupos sociais.

Naquela época, o modo de produção capitalista foi decisivo para intensificar a separação da sociedade em classes, visivelmente dividida entre os que trabalham e os que estudam/pensam. Em contraposição ao interesse econômico, o movimento da Educação Profissional passou a lutar por uma formação na qual teoria e prática não fossem dissociadas, com o objetivo de oportunizar aos indivíduos o acesso ao conhecimento, independentemente de sua ocupação.

Na área da saúde, a regulamentação da formação em enfermagem pelo DNSP, em 1923, por meio do Decreto nº 16.300, de 31 de dezembro de 1923 (BRASIL, 1924), representa um importante marco para a Educação Profissional em Saúde. Ao criar o Serviço de Enfermeiras subordinado à Diretoria Geral do DNSP,

este recebe um vínculo de orientação das enfermeiras norte-americanas, com financiamento da Fundação Rockefeller³. Nesse período, o Estado assumiu a formação profissional dos (as) trabalhadores (as) técnicos da saúde, promovendo novas organizações escolares e unindo as existentes às necessidades hospitalares, médicas e de guerra (LIMA; RAMOS; LOBO NETO, 2013).

Apesar de algumas iniciativas importantes voltadas para as políticas sociais, a saber: instituição por lei do Departamento Nacional do Trabalho e Departamento Nacional da Saúde; a promulgação, em 1923, do Código Sanitário pelo Decreto nº16.300 e da Lei Eloy Chaves, pelo Decreto nº 4.682, em 1923, sobre assuntos previdenciários; as políticas sociais para a saúde e educação ainda se apresentavam de maneira fragmentada e emergencial, com predominância de um forte conflito entre capital e trabalho, regulado por uma legislação esparsa e tratado basicamente pelo aparato policial (BRASIL, 1924; LIMA; RAMOS; LOBO NETO 2013).

As Caixas de Aposentadorias e Pensões correspondiam ao primeiro período da história da previdência brasileira e, regulamentadas pela Lei Elóy Chaves, foram criadas em 1923. Elas faziam a prestação de serviços, tipo consultas médicas e fornecimento de medicamentos. Para tanto, foi criado um fundo constituído pelo recolhimento compulsório, sistema que se assemelha a um direito por contrato, garantido por meio de contribuições ao longo do tempo, ou seja, assegurado para quem trabalhava desde que este pagasse pelo serviço de forma indireta.

Ainda, de acordo com Castro Santos (1985), na Primeira República, as práticas sanitárias buscavam o controle do conjunto de doenças que ameaçava a força de trabalho e a expansão de suas atividades. Ou seja, o cuidado em saúde era conduzido por estratégias de controle para que não atrapalhasse o desenvolvimento econômico do período.

O cuidado com a saúde da população estava baseado nos interesses próprios da classe dominante, a qual visava expandir o capitalismo, sem a intenção de proteger e recuperar a saúde da população. Dessa maneira, “a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, em 1930, retirou da bandeira da reforma

³ Os estudos realizados por Palmer transcritos no livro *Gênese da Saúde Global: a Fundação Rockefeller no Caribe e na América Latina* publicado pela FIOCRUZ em 2015, de acordo com Faria (2017), apontam que a Fundação Rockefeller trouxe benefícios para as questões de saúde na América Latina e Caribe, além de aperfeiçoar a prática científica para época. O estudo aponta que a prática do cuidado era feita respeitando as características culturais e étnicas.

sanitária sua força ideológica e a transformou – para usar uma expressão corrente atualmente – em projeto governamental” (CASTRO SANTOS, 1985, p.17).

A crise de 1929 configurava-se como um período de profundas mudanças em diversos campos da sociedade como, por exemplo, crise econômica decorrente da alta produção do café e crise no campo político, junto ao fortalecimento do movimento operário e forte aumento da urbanização. Tudo isso pode ser considerado como fatores que tencionaram e conduziram ao golpe político que levou Getúlio Vargas ao poder, em 1930, conforme será apresentado no subcapítulo 2.2.

Na trajetória apresentada neste tópico, observa-se que, já na primeira república, era visível a necessidade de trabalhadores da saúde. O cenário limitado de práticas sanitárias também tornou desafiador o exercício do desenvolvimento das práticas do trabalho em saúde, em especial, para trabalhadores de nível médio, diante da tamanha desigualdade e restrição de informação impostos a esses.

Portanto, a seguir damos continuidade a discussão em torno dos marcos históricos da Educação Profissional em Saúde, em especial, as contribuições do Ministério da Saúde, no período de 1930 – 1945.

2.2 SAÚDE E EDUCAÇÃO PROFISSIONAL NA ERA VARGAS (1930 - 1945)

Os marcos de criação do Ministério da Educação e Saúde Pública para a sociedade e sua interface com a Educação Profissional em Saúde são apresentados neste subcapítulo, que destaca os marcos da Educação Profissional em Saúde através das primeiras regulamentações. Tem-se a Era Vargas (1930-1945) como um período histórico marcado pela industrialização brasileira, no qual foi priorizado o trabalho e a educação da população, considerados como problemas fundamentais para o desenvolvimento do Brasil.

Desse modo, no período de 1930 a 1937, foram desenvolvidas propostas políticas sobre a industrialização brasileira, em destaque as questões relacionadas ao trabalho e à educação da população como principais problemáticas (GHIRALDELLI, 2003). A organização do Estado proposta por Vargas ocorreu sob a lógica de um Estado nacional centralizador, antiliberal e intervencionista (SHIROMA; MORAES; EVANGELISTA, 2003).

Em 1930, o Decreto nº 19.402 criou o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, anteriormente, chamado de Ministério da Educação e Saúde Pública (BRASIL, 1930). No país, iniciava-se a Revolução de 1930, na qual a constituição de um Estado capitalista passou a existir de forma planejada com concentração de vários níveis da administração pública, bem como pelo controle sobre as políticas econômicas e sociais nas mãos do Executivo Federal.

Para Hochman (2005),

Modernização, desenvolvimento, nacionalismo, antiliberalismo, centralização política e administrativa, controle político e extensão da proteção social foram os novos e centrais componentes dos discursos, das intenções e das principais ações públicas do novo regime político que se instaurou ao longo da década de 1930 e findou em 1945 (p. 129).

A criação do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, em 1930, representa o primeiro passo para a organização das ações de saúde. Lima e Pinto (2003) consideram que esse Ministério buscou solucionar os problemas decorrentes da expansão econômica capitalista, como a crescente urbanização e a ampliação da massa trabalhadora em precárias condições de higiene, saúde e habitação.

Desta forma, o Estado passaria a responder à questão social não mais de maneira parcial e policial, mas, sim, considerando o seu espaço nas relações de poder. Assim, é possível visualizar a concepção das políticas com movimentos pendulares ao destacar o período como sendo de instabilidade e de sucessivas mudanças de comando do Ministério da Educação e Saúde Pública.

Para Castro Santos (1985), a criação do Ministério da Educação e da Saúde Pública, na década de 1950, alterou a data da Reforma Sanitária, em voga à época, que lutava por melhores condições sanitárias para o Brasil, transformando-a em projeto governamental.

Perde-se, desse modo, a força da interiorização do saneamento e as atividades passam a aderir ao modelo burocrático do novo Ministério, não sendo esse o modelo ideal para suprir a busca por melhores condições de saúde necessárias à população daquele período.

Segundo o autor em questão,

Na verdade, os sanitaristas não atentavam para o que hoje parece trivial: o movimento não precisava de ministério. Demandava a mobilização política da população do interior em torno da bandeira do saneamento. Esta mobilização exigia que Vargas estivesse determinado a enfrentar as oligarquias agrárias e promover a elevação dos padrões de saúde e saneamento dentro das fazendas e nas sedes dos municípios. Estas eram as condições – que não se verificaram durante a era de Vargas – para a erradicação das “grandes endemias dos campos” (CASTRO SANTOS, 1985, p.17, grifo do autor).

No que concerne à Educação Profissional, a década de 1930 representa iniciativas mistas, centralizadas em São Paulo e financiadas por ferrovias (MANFREDI, 2002). A formação de trabalhadores técnicos é tratada como uma necessidade da expansão industrial, sem pertencer a uma política educacional. Sobre as questões relacionadas com o desenvolvimento econômico e político, vê-se que não existiu preocupação com o ensino técnico, científico e profissional, o que potencializou separação do acesso à formação entre classes sociais na educação brasileira.

Nesta perspectiva, esses fatos ficam comprovados quando o ensino técnico se caracteriza como um segmento preparatório para o Ensino Superior e outro profissional, independente e restrito, em termos da configuração produtiva e ocupacional, conforme estão representados nos marcos a seguir: criação do Conselho Nacional da Educação (CNE) pelo Decreto nº 19.850, de 11 de Abril de 1931, e a Reforma Francisco Campos (1931-1932) (BRASIL, 1931). De acordo com Silva, Lima e Silva (2017), a expansão econômica não foi sinônimo de desenvolvimento social.

Na conjuntura da “Nova República”, houve a expansão das novas forças produtivas, com a intensificação da divisão social e técnica do trabalho, ao mesmo tempo em que a maioria da população se encontrava mais pobre (p. 170, grifo do autor).

A análise de Ciavatta (2009), em registros fotográficos, identifica que a cultura escolar acompanhou toda a modificação produtiva durante os anos de 1930 a 1940. A modernização da economia e o fortalecimento do capitalismo no Brasil são marcas do período conhecido como Estado Novo (1937-1945).

No cenário de desenvolvimento econômico e produtivista, é possível visualizar influência dos moldes capitalistas de mercado na Educação Profissional em Saúde. As atividades de enfermagem, no Brasil, passaram a ser regulamentadas

pelo Decreto nº 20.109, de 15 de junho de 1931. Esse acordo rompeu com as características da formação dos “práticos de saúde”, ou seja, aqueles profissionais que adquiriam sua formação nos espaços de trabalho e atribui o conceito de que o conhecimento seria adquirido por meio de uma formação específica.

As diversas iniciativas, ainda na chamada Era Vargas, para o desenvolvimento das questões estruturais e produções de matérias-primas básicas, foram desenvolvidas com recursos da previdência social na medida em que o empresariado nacional não tinha recursos nem interesse em assumi-los (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986). Destaca-se no Governo Vargas, a realização da Primeira Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1941.

A realização da Conferência Nacional de Saúde ocorreu com o intuito de fortalecer as ações do Estado na área. As Conferências Nacionais de Saúde caracterizam-se como um espaço político, social e de decisões democráticas com o objetivo de desenvolver diretrizes para a saúde no Brasil. Sua periodicidade sofreu influências políticas, como no período da ditadura civil-militar, e traçou diretrizes históricas, como a ocorrida na Oitava Conferência Nacional de Saúde (PEREIRA, 2002), que servirá como base para a construção do capítulo da saúde na Constituição Federal.

A Primeira Conferência Nacional de Saúde se configurou como um espaço de aproximação e o desenvolvimento de atribuições entre as três esferas de governo. Deste modo,

A I CNS constituiu, portanto, um espaço privilegiado de articulação entre governo federal e estados e viabilizou a sistematização das normas técnicas e administrativas definidas para a área da saúde. No evento, ajustaram-se mecanismos burocrático-administrativos que dariam suporte às prioridades estabelecidas e fortaleceriam as ações em curso, orientadas por uma supervisão criteriosa que controlava, a partir do executivo federal, as ações de saúde em todo país (FONSECA, 2007, p. 213).

A Primeira Conferência Nacional de Saúde trouxe à tona, a necessidade de ampliação de campanhas para doenças comuns à época, como tuberculose e hanseníase. Apesar de discutir o desenvolvimento de serviços básicos de saúde, não conseguiu debater e enfrentar as condições de pobreza e desigualdade

vivenciadas pela população (SAYD; VIEIRA JÚNIOR; VELANDIA, 1998; PEREIRA, 2002).

Ressalta-se que, no mesmo período, ocorria a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), produzindo no país diversas alterações econômicas e sociais. As limitações decorrentes da segunda guerra dificultavam a importação de produtos e força de trabalho qualificada para o país. Essas limitações redefiniram a política de ensino técnico profissional, que se inspirou na Constituição outorgada em 10 de novembro de 1937, pelo então presidente Getúlio Vargas.

Então, observa-se que,

As décadas de 1930 e 1940, [...] constituíram o marco cronológico específico para o desenvolvimento dos debates em torno da implementação do ensino técnico-profissional e da definição das modalidades que deveriam integrá-lo, como parte de uma crescente ação reguladora do Estado sobre o mercado e as relações de trabalho. Essas discussões, em decorrência da própria definição do modelo político corporativo adotado, realizaram-se no interior da burocracia estatal, ainda que uma de suas consequências mais importantes, paradoxalmente, tenha sido a “privatização” de uma parcela fundamental daquele tipo de formação. A criação do Senai, instituição modelar do posteriormente chamado “sistema S”, através do Decreto-lei 4.048/42, acompanhou, assim, a promulgação do conjunto de Leis Orgânicas da Educação Nacional destinado a regular distintos níveis e ramos educacionais (NEVES; PRONKO, 2008, p. 37, grifos do autor).

Frente ao exposto, também ocorreram as discussões sobre a formação profissional em saúde, em decorrência da expansão da rede hospitalar do Distrito Federal e do alto quantitativo de enfermeiras sem diploma. A Lei nº 775, de 6 de agosto de 1949, foi pensada como regulamento básico dos cursos de enfermagem e auxiliar de enfermagem e definiu seus níveis de ensino, contendo 36 meses para o curso de enfermagem e, para a criação do curso de auxiliar, estabelecida a realização em 18 meses (BRASIL, 1949).

De acordo com Lopes, Nóbrega-Therrien e Aragão (2016), a promulgação da Lei nº 775, de 6 de agosto de 1949, esteve baseada na necessidade da qualificação do auxiliar na enfermagem, especialmente, pela fragilidade da situação social do país naquele período.

Como resultado dessa reflexão histórica, percebe-se que a Educação Profissional em Saúde foi desenvolvida dentro de uma ótica de produtividade do

mercado de trabalho em saúde, como uma categoria de apoio para a área. Como prova, tem-se a ausência de políticas que pudessem direcionar a formação dos (as) trabalhadores (as) de nível médio em saúde. Deste modo, é provável que a ausência de políticas públicas de educação e a ausência de um Sistema de Saúde Público, naquela época, tenha interferido nesta falta de direcionamento.

De modo geral, este estudo mostra que a área da saúde e a Educação Profissional, historicamente, apresentam-se como campo de interesses econômicos e sociais com forte conotação humana por lidar com cuidados para a vida. Dando prosseguimento ao capítulo, discute-se os demais marcos desta área, em continuidade à pesquisa sobre a Educação Profissional em Saúde atrelada à configuração do Ministério da Saúde e Educação, de 1946 a 1963, no subcapítulo que será apresentado a seguir.

2.3 SAÚDE E EDUCAÇÃO PROFISSIONAL NO PERÍODO DE 1946 A 1963

Em 1945, com o fim da segunda guerra mundial, o Brasil foi marcado por um período de manifestações em busca da sua redemocratização. Eurico Gaspar Dutra assumiu a presidência do país após Getúlio Vargas ser deposto pelo exército, em 1945, no período de 1946 a 1951 (SCOREL; TEIXEIRA, 2014; FERREIRA, 2016).

Para a educação, a Constituição Federal de 1946 é vista como mais progressista do que a anterior. Costa (2009) apresenta que foi estabelecido o repasse em 10% para a União e 20% para os Estados e Municípios, com responsabilidade sobre a legislação e as diretrizes da educação nacional para os Estados. Em 1946, o Decreto nº 21.321 incluiu a Escola Anna Nery, localizada no Rio de Janeiro, como integrante da Universidade do Brasil (BRASIL, 1946). De acordo com Germano (1983), apesar da contribuição histórica para as escolas de enfermagem no Brasil, a referida instituição possui marcos elitistas e preconceituosos, como a proibição do ingresso de alunas negras em cursos de enfermagem.

A Lei nº 775, de 6 de agosto de 1949, dispôs sobre o ensino de enfermagem (BRASIL, 1949). Então, o curso de enfermagem, em nível de graduação, teria seu tempo de duração de 36 meses enquanto o curso de auxiliar de enfermagem, de 18 meses. De acordo com Leonello, Miranda Neto e Oliveira (2011), a década de 1950

contou com grande abertura de cursos e escolas de enfermagem, com o total de sessenta e sete cursos de auxiliares de enfermagem em todo Brasil. No entanto, apesar do favorável quantitativo, havia alto percentual de analfabetos no país, sendo o acesso aos cursos, portanto, restrito aos que possuíam maior poder aquisitivo.

É oportuno registrar que, até a década de 1950, a regulação do trabalho em saúde se dava através das instituições médicas (PEREIRA; RAMOS, 2006). Somente a partir de 1960, “o Estado, através do Ministério do Trabalho e pela via das Leis de Criação dos Conselhos e Exercício Profissional, repassou e autorizou a função aos Conselhos de Profissões federais e regionais” (GIRARDI, 1996, apud LIMA, 2013, p. 65).

Deste modo, é possível compreender que a hegemonia da classe médica em relação às demais profissões da área da saúde não é algo recente na história da saúde no Brasil, além de possuir relações de poder instituídas a um longo período histórico.

No Brasil, a década de 1950 apresentou visíveis mudanças na área da saúde, com as mudanças econômicas decorrentes do aumento da presença do Estado nas estruturas do país (CAPUTO; MELO, 2009). A segunda Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1950, entre os seus objetivos, demonstrou a preocupação com a formação de pessoal: médicos sanitaristas, engenheiros sanitaristas, enfermeiros, visitadoras de saúde pública e outros auxiliares.

Ainda nesse período, a população mais carente não tinha acesso à assistência à saúde. De acordo com Pereira (2002, p.26), as necessárias reformas para a superação das necessidades de saúde esbarravam-se em “interesses restritos ao patriciado brasileiro”.

Em 1951, destaca-se a separação das pastas Ministeriais da Saúde e Educação, embora tendo vindo a ter força apenas quando passou a ser uma medida de sustentação política, dentro de um contexto marcado por interesses ministeriais visíveis para acomodações políticas, em 1953.

Havia a busca por uma atuação independente, mas essa, conforme solicitada por médicos e sanitaristas, foi alcançada parcialmente em detrimento dos interesses políticos da época, não sendo atendida a reforma ministerial em decorrência das crises e do suicídio de Vargas, em 1954 (HAMILTON; FONSECA, 2003).

Por essa razão, a separação entre as pastas do Ministério da Educação e da Saúde não modificou, estruturalmente, os serviços vinculados às pastas. Dessa forma, novos interesses, além da ampliação do acesso à saúde, foram considerados.

O que se apresenta como fator relevante de mudança é sua dimensão político-partidária que, de forma irreversível, incorporou-se à definição de políticas para o setor, interferindo sobre suas formas de gestão a médio e longo prazo, ficando evidente que esse campo de ação pública teria de aprender a lidar com a questão político-partidária e buscar formas de convivência e adequação entre a ação profissional, com base na especialização do conhecimento, na excelência técnica e nos interesses político-partidários que estariam presentes quando se tratava de definir formas de gestão de políticas públicas em um sistema democrático (HAMILTON; FONSECA, 2003, p. 819).

No âmbito da criação do Ministério da Saúde, o que se observa é uma maior disputa política em vez de uma discussão sobre a melhoria das condições de saúde da população. Como exemplo, Escorel e Teixeira (2014) afirmam que, nos primeiros dez anos do Ministério, um total de 14 ministros estiveram no comando da pasta, com variação de tempo de mandato em até um ano.

Ainda no Governo Vargas, em 1954, ocorreu o aumento de despesas de saúde, com a expansão da rede de hospitais e ambulatorios, decorrente do maior número de pessoas vinculadas aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP⁴), bem como um conseqüente aumento da prestação de serviços. Os IAP foram criados em 1930 para ofertar atendimento médicos a trabalhadores. Todavia, as categorias profissionais mais estabelecidas e com maiores arrecadações possuíam suas próprias categorias enquanto a outra parte da população, sem ocupação regulamentada, não conseguia ter direito algum à saúde, deixando claras as iniquidades sociais existentes no país (LOBATO; GIOVANELLA, 2014).

Para Pereira e Ramos (2006), durante o período final do Governo Vargas, as conquistas da urbanização e os movimentos culturais não eram a verdadeira reforma necessária para a superação do “Brasil doente” (PEREIRA; RAMOS, 2006,

⁴ Os Institutos de Aposentadorias e Pensões foram criados em 1930 para ofertar atendimento médicos aos trabalhadores. Todavia, as categorias profissionais mais estabelecidas e com maiores arrecadações possuíam suas próprias categorias enquanto a outra parte da população, sem ocupação regulamentada, não conseguia ter direito algum à saúde, deixando claras as iniquidades sociais existentes no país (LOBATO; GIOVANELLA, 2014).

p. 30), considerando que grande parte da população expressava em seus quadros de doença, a insuficiência dos serviços de saúde.

Somente na década de 1960, a Terceira Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1963, foi realizada. Assim, foi realizada na cidade do Rio de Janeiro e teve o objetivo de discutir “a situação sanitária da população brasileira; a distribuição das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal; a municipalização dos serviços de saúde e fixação de um plano nacional de saúde” (ESCOREL; TEIXEIRA, 2014, p. 317). Também, esta Conferência denunciou a alta taxa de doenças no país e as relações entre saúde e desenvolvimento.

Apesar de, nesse período, a regulação do trabalho ainda ocorrer através de instituições médicas, a Terceira Conferência sinalizou a ausência e má distribuição dos (as) trabalhadores (as) que atuam na área (PEREIRA, 2002). Seu relatório destacou a “fixação do Plano Nacional de Saúde” ao afirmar:

Que se empreste o máximo de apoio ao problema de formação de pessoal técnico, inclusive com a colaboração das Universidades e órgãos de educação de base e incentivo aos centros de formação de pessoal auxiliar de tipo médio (BRASIL, 1992, p. 243).

A Terceira Conferência Nacional de Saúde sinalizou para a necessidade de garantir maior atenção à formação dos (as) trabalhadores (as), bem como a identificação dos Centros de Formação como um espaço importante e apropriado para este tipo de formação. Também, indicou o início do processo de descentralização e municipalização em busca de respostas para a melhoria das questões sanitárias no Brasil.

No que diz respeito ao Relatório da referida Conferência, destaca-se que este só foi divulgado apenas em 1992, em decorrência do Golpe Militar de 1964. Este documento foi publicado por iniciativa do Movimento Socialista de Saúde do Partido Democrático Trabalhista (BRASIL, 1992).

O Decreto nº 27.426, de novembro de 1949, ao aprovar o Regulamento para os Cursos de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem em seu artigo segundo, afirma que “o curso de auxiliar de enfermagem tem por objetivo o adestramento de pessoal capaz de auxiliar o enfermeiro em suas atividades de assistência curativa” (BRASIL, 1949, p. 1). Analisa-se que o escrito delimita o espaço de atuação do auxiliar de enfermagem, ao subordinar suas práticas a outro profissional de maneira técnica e

fragmentada. Nesta perspectiva, mais uma vez, é possível visualizar a divisão técnica do trabalho em saúde, por tratar o(a) trabalhador (a) de nível por meio de uma visão reducionista das atribuições do seu trabalho.

Registra-se que:

No decorrer da história, a década de 1950 registra o processo de intelectualização da enfermagem no mundo. No Brasil, foram estimuladas as discussões no âmbito da formação da enfermeira e da divisão do processo de trabalho em intelectual e prático, administrativo e técnico, bem como da própria divisão da categoria em classes. Essa fragmentação dificulta a visibilidade e o seu reconhecimento social, questões que ainda irão permear algumas décadas (BOCK et al., 2011, p. 284).

A múltipla divisão da categoria de enfermagem atrela-se às inovações tecnológicas advindas do fim da Segunda Guerra Mundial, as quais interferiram nos setores da educação e saúde no Brasil. O cuidado em saúde passou a requerer maior especialização da força de trabalho em decorrência da organização dos serviços hospitalares: locais centrados na tecnologia e no cuidado curativista.

Com a Primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 4.024, de 1961, o país caminhava para um discurso de inovação envolvendo toda a sociedade para garantir que as modificações eram importantes e necessárias. Todavia, Ciavatta e Ramos (2012) asseguram que o discurso apresentado não estava de acordo com a necessidade social do país. Em especial, pela “era das diretrizes”, traduzidas pelas autoras como um discurso que tornava mínima a educação para as classes desfavorecidas e direcionava os recursos públicos para os interesses da sociedade capitalista (CIAVATTA; RAMOS, 2012, p. 12).

Na Educação Profissional em Saúde, as orientações trazidas pela “era das diretrizes” modificaram, por exemplo, o acesso ao curso de enfermagem. Após sua implementação, escolas que não se adequavam à Lei de Diretrizes e Bases da Educação de 1961, ou seja, que não tinham condições de oferecer o curso superior de enfermagem, foram fechadas ou viraram escolas de auxiliares de enfermagem (BRASIL, 1961).

Deste modo,

Destaca-se que, com as modificações da LDB de 1961, a revisão do curso de enfermagem nos anos 60, ABEn e escolas de enfermagem conjugaram esforços para pleitear, junto ao Conselho Federal de Educação (CFE), a revisão do currículo mínimo de enfermagem,

estabelecido após a LDB/61, pelo Parecer 271/62, o qual apresentava grandes inconveniências, como a redução do tempo de duração do curso, a extinção da disciplina de saúde pública do curso geral e a introdução de um quarto ano facultativo, com opção para enfermagem de saúde pública ou enfermagem obstétrica. A questão da formação da obstetrix foi resolvida mediante o Parecer 303/63, o qual fixou o curso em três anos (BAPTISTA; BARREIRA, 2006. p. 413).

Essas mudanças intensificaram a separação entre os trabalhadores de nível elementar e médio dos enfermeiros da época. Tal fator potencializou a modificação do trabalho, que passou a exigir trabalhadores mais qualificados e intelectualizados em detrimento dos interesses estratégicos do capital que, além do trabalho, incorporavam os conhecimentos (KUENZER, 2011).

Conforme apresentado ao longo deste capítulo, não se pode pensar a Educação Profissional para trabalhadores de nível médio em saúde dissociada dos fatores econômicos, sociais e políticos. Deste modo, os marcos da Educação Profissional em Saúde, nos anos de 1946 a 1964, encontram-se atrelados a interesses corporativos, como a regulação da classe por profissionais médicos e ausência de uma política específica para esta classe.

Em continuação, discutiremos como ocorreu no período de derrotas democráticas, 1964 a 1985, os marcos da Educação Profissional em Saúde no período.

2.4 EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NO PERÍODO CIVIL-MILITAR (1964 - 1985)

O período de ditadura civil-militar, iniciado em 1964, foi marcado por um percurso histórico de repressão dos movimentos e políticas sociais. No que diz respeito às questões de saúde, estas são destacadas pelo recrudescimento de doenças como a tuberculose, malária e doença de Chagas, assim como pelos altos índices de mortalidade, morbidade e acidentes de trabalho. Com maiores consequências, vale destacar a redução de verbas para o setor saúde em função de o investimento orçamentário ter como prioridade os ministérios militar, industrial e do comércio (ESCOREL; TEIXEIRA, 2014).

A unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS) resultou na criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966 pela Lei nº 72, de novembro de 1966 (BRASIL, 1966). Esta medida, não tinha o interesse de ampliação do acesso a todo o serviço de saúde e não garantiu maior investimento na saúde pública tencionando a população, os estudiosos e sanitaristas à Reforma Sanitária Brasileira a partir de 1970 (SCOREL; TEIXEIRA, 2014).

Para Paim (2008), a ideia da Reforma Sanitária aparece como resposta à crise da saúde durante a ditadura civil militar brasileira (período de 1964 a 1985), tendo como referencial as experiências de outros países, a exemplo da Itália. Este movimento desencadeou a criação do SUS na Oitava Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, resultado de uma luta pela democratização do acesso aos serviços de saúde.

Sabe-se que em relação à atuação dos(as) trabalhadores(as) da área da saúde, a Quarta Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1967, já havia apresentado como iniciativa, o desenvolvimento de uma estratégia de educação e treinamento para os serviços de saúde, envolvendo tanto a categoria médica como, também, os trabalhadores de nível elementar e médio na área da saúde.

Desse modo, em cada Conferência, percebe-se que reivindicações para o fortalecimento da força de trabalho ocorreram de maneira constante. Entretanto, a formação profissional para trabalhadores (as) de nível técnico aparece como uma maneira de substituição da carência de outros profissionais de nível superior, tencionando o reconhecimento e a valorização desses trabalhadores (PEREIRA; RAMOS, 2006).

Quanto à formação de recursos humanos, sabe-se que a falta de investimentos no serviço público de saúde contribuiu para que a década de 1970 tenha sido marcada pelas categorias médica e atendente de enfermagem, as quais permaneceram com grande representatividade nos postos de trabalho em saúde nesse período.

Este modelo de organização apresentou consequências futuras à formação e reconhecimento dos profissionais de nível médio, como aborda Malhão, Cortes e Lima (2016):

Avalia-se que a utilização em massa do atendente como um dos polos da pirâmide ocupacional do setor inibiu o desenvolvimento de

estratégias mais arrojadas de formação de mão de obra específica (auxiliares e técnicos) em nível de segundo grau. Dado que, em média, 70% dos recursos públicos para a assistência médica foram repassados ao setor privado na década de 1970, não havia nenhum estímulo à formação de um grande contingente de profissionais qualificados de nível médio, com vistas a integrar as equipes hospitalares e para-hospitalares. A lógica do setor privado foi sempre rebaixar os salários dos profissionais de menor qualificação (p.18).

Desta maneira, o atendente de enfermagem não possuía formação específica e seu conhecimento era aprendido, realmente, na prática. Todavia, esta característica não impediu sua inserção nos serviços de saúde, considerando a ausência de pessoal devidamente qualificado para atuar no setor. De acordo com Dantas e Aguillar (1999), 65% dos atendentes que se encontravam nos serviços não recebiam sequer treinamento para aperfeiçoamento das atividades que realizavam.

Nesse período, a Lei nº 5.692, de 1971, define as Diretrizes e Bases do Ensino de 1º e 2º graus (BRASIL, 1971). Todavia, são alvos de críticas por ter como base interesses econômicos capitalistas potencializadores de uma maior exclusão para a classe trabalhadora (CIAVATTA; RAMOS, 2012). Deste modo,

Nos espaços gerados pelas contradições existentes numa sociedade capitalista, educadores comprometidos com a profissionalização dos trabalhadores da saúde inseridos nos serviços vislumbraram brechas na Lei nº 5.692/71, através do ensino de suplência, para que se viabilizasse uma qualificação profissional por meio de centros formadores, as Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS), o que daria à qualificação uma característica da formação profissional (PEREIRA; RAMOS, 2006, p. 37).

Vale ressaltar o distanciamento entre o discurso sobre a necessidade de qualificação e formação dos (as) trabalhadores (as) de nível médio e elementar da área da saúde, encontrado nas Conferências Nacionais de Saúde e a aplicação prática do reconhecimento profissional. A necessidade de encontrar lacunas na legislação para legitimar a formação destes (as) trabalhadores (as) pode ser vista como um claro exemplo de trabalhadores (as) que atuavam em saúde sem a devida formação.

A ausência de profissionais qualificados para atuar no serviço fez com que, em 1975, um acordo entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-americana de Saúde, com apoio do Ministério da Educação e Cultura, desse início ao Programa de Preparação Estratégica de Pessoal da Saúde (PPREPS). Castro (2008), ao citar o

documento histórico do PPREPS ainda em plena ditadura civil-militar, em 1976, expôs seu propósito, qual seja:

Promover progressiva adequação da formação de Recursos Humanos para a Saúde nas exigências de um sistema de serviços, com cobertura máxima possível, integral, regionalizada e de atenção progressiva, de acordo com as necessidades das populações respectivas e das realidades das diversas regiões do País. Corrigindo, progressivamente, as grandes distorções que existem atualmente (CASTRO, 2009 apud BRASIL, 1976, p. 6).

Entre os resultados do PPREPS, ressalta-se a importante contribuição ocorrida na capacitação de um grande quantitativo de pessoas nos diversos níveis de escolaridade (CASTRO, 2008). A autora também destaca as contribuições encontradas por pesquisas sobre os resultados para além dos indicadores quantitativos, quais sejam: impulsionou o surgimento dos Núcleos de Desenvolvimento de Recursos Humanos nas Secretarias Estaduais de Saúde de todo país, bem como o desenvolvimento do Projeto de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio e Elementar para os Serviços de Saúde, na década de 1980.

Deve-se registrar que a Quinta Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1975, propôs-se a discutir a interiorização dos serviços de saúde e a organização do Sistema Nacional de Saúde, com destaque para a falta de técnicos e auxiliares nos serviços de saúde (BRASIL, 2009a; PEREIRA, 2002).

O desenvolvimento de propostas para a organização do Sistema Nacional de Saúde, na década de 1970 é visto como um período de maior concentração de renda para a população de poder econômico elevado do Brasil e aumento das desigualdades sociais para aqueles socialmente excluídos. Essas contradições sociais possibilitaram reflexões sobre a situação das questões de saúde, assim como estratégias de atendimento à população, que vão culminar no Movimento da Reforma Sanitária (GERMANO, 1996).

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira caracteriza-se como uma reforma geral, buscando em um horizonte utópico reaver as condições de vida da população. Deste modo, tendo como um dos seus resultados o Sistema Único de Saúde, que será regulamentado em 1990, este é um Movimento ainda vivo, considerando os enfrentamentos necessários perante a luta pelo fortalecimento do SUS (PAIM, 2009).

Em 1977, a Sexta Conferência Nacional de Saúde sugeriu o debate acerca da interiorização dos serviços de saúde. Sobre a área de Recursos Humanos em Saúde, o debate foi desenvolvido com a denominação de “Instituição do Grupo Saúde Pública – Importância na Política de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde” (BRASIL, 1977, p. 3). Todavia, esta Conferência é analisada por retroceder as ações do cuidado em saúde, de maneira a ceder espaço para formas curativas (PEREIRA, 2002).

Até a década de 1980, a formação dos (as) trabalhadores (as) técnicos (as) em saúde esteve ligada a anexos dos hospitais públicos e privados voltados para auxiliar a assistência médico-hospitalar. Ela estava baseada em cursos rápidos de treinamento, sendo uma amostra delineada pela separação entre trabalho intelectual e trabalho manual (PRONKO, 2011).

Em 1980, a Sétima Conferência Nacional de Saúde esteve voltada para discutir o Programa Nacional dos Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE). A proposta estava baseada na universalização de serviços básicos de saúde, com o intuito de fortalecer o setor público. Todavia, as sucessivas mudanças da proposta inicial do projeto fizeram com que, em 1981, ele passasse a não ser prioridade, sendo chamado de “natimorto” (RODRIGUEZ NETO, 2003 apud ESCOREL; TEIXEIRA, 2014, p. 419).

Sabe-se que o PREV-Saúde, em sua proposta, agregava a ampliação do cuidado em saúde com ações de prevenção, além da ênfase em propostas que envolviam a formação profissional para trabalhadores de nível médio e elementar da saúde (PEREIRA, 2002). Este cenário, mais uma vez, indicava a necessidade de investimento para a formação destes trabalhadores.

Com a proposta de ampliar a formação de trabalhadores (as) de nível médio, o Projeto de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio, conhecido como Projeto Larga Escala (1980-1986), marcou o processo de ensino e de aprendizagem do setor saúde, ou a Educação Profissional em Saúde, no sentido de considerar o ambiente e as práticas de trabalho como objeto de estudo.

Neste projeto, trabalhadores (as) da saúde foram envolvidos em uma proposta de formação para a cidadania, cujo intuito era capacitar o pessoal de nível médio em “larga escala” para atender às necessidades de um frágil sistema de saúde.

Segundo Castro (2008, p. 158):

O Projeto Larga Escala nasceu da necessidade de equacionar dois graves problemas com os quais se defrontavam os serviços de saúde e o sistema educacional: a adequabilidade deste último, no sentido de integrar teoria e prática, e a incapacidade do primeiro, de promover programas de formação de pessoal que fossem além das usuais propostas de treinamento, fragmentadas e pontuais (CASTRO, 2008, p. 158).

A ausência de propostas de formação adequadas, envolvendo os serviços de saúde e o sistema educacional, colaborou para o agravamento na formação de trabalhadores (as) de nível médio. Galvão e Sousa (2012) descrevem que o projeto possuía a forte preocupação com a formação para a cidadania, ao considerar as marcas da exclusão do sistema formal de educação.

Em 1986, reconhecendo as ações desenvolvidas pelo Projeto de Formação em Larga Escala, o plenário da 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, realizada em Brasília, pelo Ministério da Saúde, Educação, Previdência e Assistência Social e pela Organização Pan-Americana da Saúde, aprovou diversas propostas, dentre elas a criação de escolas técnicas públicas de caráter multiprofissional e específicas para o setor saúde (CASTRO, 2008).

Desta forma, é oportuno destacar que também houve debate sobre a falta de prioridades à formação dos (as) trabalhadores (as) de nível médio e elementar da área da saúde, que resultou em uma frágil inserção no mundo trabalho, em decorrência da frágil formação recebida.

A fragilidade dos serviços de saúde, no decorrer da história, potencializou a fragilidade na formação de trabalhadores de nível médio para atuar na área. Apesar de citados nas Conferências Nacionais de Saúde, espaço histórico relevante para a área, a importância de uma formação qualificada não foi visível por meio de ações concretas voltadas para trabalhadores (as).

Desta maneira, é possível identificar que o cuidado com a formação de trabalhadores (as) da saúde vem ocorrendo com o movimento de estruturação dos serviços de saúde, visível a partir do PPREPS e do Projeto Larga Escala. Fruto desta consolidação e do sucesso do Larga Escala, as ETSUS tornaram-se um espaço importante de reconhecimento e fortalecimento dos (as) trabalhadores (as) em questão.

Assim, na busca pelo conhecimento dos caminhos da consolidação das ETSUS, o capítulo a seguir dará continuidade à discussão sobre os marcos históricos vinculados à educação profissional em saúde contemplando os estudos realizados no Brasil sobre essas instituições.

3 EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE E AS ESCOLAS TÉCNICAS DO SUS: HISTÓRIA E ESTUDOS

Este capítulo tem o objetivo de dar continuidade à discussão acerca das políticas de formação dos(as) trabalhadores(as) de nível técnico da saúde em suas interfaces históricas, com estudos sobre as ETSUS.

Neste sentido, este capítulo contém três subcapítulos: o primeiro, intitulado A institucionalização das Escolas Técnicas do SUS, busca refletir sobre os anos iniciais das ETSUS, apresentando a trajetória inicial dessas escolas. O segundo, Políticas da Educação Profissional em Saúde e as interfaces com as Escolas Técnicas do SUS nos anos 2000, apresenta e reflete sobre as políticas que contribuíram com a história dessas Instituições. Por fim, o terceiro apresenta A produção do conhecimento sobre as ETSUS: um estudo em teses e dissertações, cujo objetivo é socializar e refletir sobre os estudos referentes às ETSUS.

A construção deste capítulo foi conduzida por reflexões sobre as ETSUS, sob as indagações: Como foram constituídas as ETSUS? Que políticas marcaram estas instituições? O que se tem produzido sobre as ETSUS na academia brasileira?

Estes questionamentos conduziram a pesquisa bibliográfica realizada sobre as ETSUS, sua relação com o SUS e sua história nas décadas de 1990 a 2000.

3.1 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS ESCOLAS TÉCNICAS DO SUS

O histórico da Educação Profissional em Saúde se encontra situado em um movimento marcado pela instabilidade de um sistema de saúde e a inserção precária dos(as) trabalhadores(as) de nível médio no ambiente de trabalho.

Neste cenário, trabalhadores (as) de nível médio e elementar da área da saúde foram historicamente excluídos nos espaços de trabalho, mesmo tendo uma enorme representação quantitativa nos serviços de saúde. A ausência de uma proposta de formação adequada, assim como a origem social e econômica destes (as) trabalhadores (as), contribuiu para essa situação.

Isso remete à dualidade perversa da educação brasileira que, de maneira reduzida, oferece formação à classe trabalhadora visando garantir apenas a sua própria subsistência. Com acesso limitado ao conhecimento, não desenvolvem

novas habilidades e competências e, por isso, limitam-se às condições que lhes foram impostas (LIBÂNEO, 2012).

Deste modo, a ausência de um direcionamento na formação dos(as) trabalhadores (as) da área da saúde não impediu sua inserção nos serviços de saúde, mesmo sem a devida qualificação. As ETSUS possuem origens diversas. Mas, no Brasil, possuem uma diretriz comum: a qualificação dos(das) trabalhadores(as) de nível médio locados nos serviços de saúde (PEREIRA; RAMOS, 2006). Esta diretriz demarca a diferença do público-alvo destas escolas, posto que os(as) trabalhadores(as) já estão inseridos(as) no mundo do trabalho.

Até a década de 1980, os cursos para trabalhadores(as) eram realizados em hospitais, em forma de treinamento, seguindo o modelo de atenção vigente no período, sem possibilitar aprofundamentos e reflexões sociais. Esse modelo acentuava ainda mais o contexto de exclusão que os rodeava, uma vez que haviam sido excluídos do ensino formal, possuíam limitações econômicas e estavam situados em diferentes locais do Brasil (PEREIRA; RAMOS, 2006).

Assim, os anos de 1980 configuraram-se como um momento de reconstrução da formação de trabalhadores da saúde por ser um período de desenvolvimento e integração das políticas da área junto à educação, com foco na formação daqueles que já estavam inseridos nos serviços. Neste cenário, o Projeto Larga Escala é visto como um marco histórico na formação dos trabalhadores de nível médio.

Este projeto resultou em um expressivo número de formados, além do marco desenvolvido pela inovação metodológica do ensino para a época. O sucesso do Projeto Larga Escala influenciou anos seguintes, especialmente no que diz respeito à criação de um novo projeto, denominado Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) (CASTRO, 2008).

Ainda, como impactos do Projeto Larga Escala na formação dos trabalhadores de nível médio, são apresentados: uma proposta de formação com responsabilidade na cidadania, por meio de metodologias ativas, horizontal, centrada na interação entre o sujeito e sua realidade; um currículo integrado, diferente das características de um currículo tradicional; e uma formação técnica e pedagógica para os instrutores participantes do projeto (CASTRO, 2008).

Estas características impulsionam a concepção das ETSUS, considerando que a proposta de formação dos (as) trabalhadores (as) da época não se adequava à necessidade dos desafios encontrados por elas, em seus espaços de trabalho.

Diante de tal conjuntura, na década de 1980, foi traçado o debate sobre o distanciamento da proposta de formação oferecida pelo Ministério da Educação e a realidade enfrentada pelos trabalhadores que executavam os serviços de saúde. Esta afirmação é narrada por Izabel dos Santos (1927-2010), mentora do projeto:

A minha experiência dizia que a escola formal, regular, pouco seria útil para o aluno/trabalhador que tinha sido excluído, em algum momento de sua vida, dos bancos escolares formais. Portanto, ela teria que ter, como princípio primordial, a inclusão. Como fazer isso? Foi a partir daí que eu comecei a formatar a ideia de que a escola, para esse aluno/trabalhador, deveria ser algo flexível; ele não poderia ser obrigado a ir até ela todos os dias; o professor não deveria ser um mero transmissor de conhecimentos. Dessa forma, passei a perceber que essa escola deveria ter regimentos diferentes, currículos diferentes, ofertar cursos descentralizados, pensar na qualidade da assistência de saúde prestada e formar instrutores e supervisores de ensino em processos técnicos e pedagógicos diferentes. Pressenti uma missão difícil (CASTRO; SANTANA; NOGUEIRA, 2002, p. 58).

Essas constatações descrevem a falta de prioridade, ao longo da história, à formação adequada aos trabalhadores. A educação tecnicista que, durante décadas, reduzia a formação dos sujeitos a pontuais treinamentos, contribuiu para o limitado reconhecimento do trabalho realizado em serviço. Desta forma, essas escolas proporcionaram uma forte mudança nos espaços de formação ao reconhecê-los como protagonistas de suas formações e práticas de trabalho.

Diante do exposto, a proposta político-pedagógica na qual se baseiam as ETSUS, em seus pressupostos básicos, envolve metodologias que cooperam para uma concepção democrática da educação, ofertando a reflexão crítica e o conhecimento indispensável à reformulação da prática profissional para melhor atendimento à população (GERMANO, 1996).

Destaca-se que sua proposta é direcionada à formação dos trabalhadores que atuam na saúde e, para tanto, necessitam de uma qualificação específica para atuação no ambiente de trabalho.

Na perspectiva de atribuir significado à formação oferecida, procura-se reconhecer estudantes/trabalhadores (as) como pontos de partida das práticas

educativas, com articulação de conhecimentos socialmente construídos à soma de novos saberes. O comprometimento da proposta pedagógica da escola, em relação à centralidade do (a) aluno (a) no processo de ensino-aprendizagem, ocorre por serem também trabalhadores (as) que já possuem algum tipo de exclusão do método tradicional de ensino em suas trajetórias (CASTRO; SANTANA; NOGUEIRA, 2002).

As ETSUS foram, então, institucionalizadas de maneira articulada com os serviços de saúde, visando ofertar a trabalhadores (as) a aplicação do conhecimento junto à prática e construir um serviço de melhor atendimento à população. Compreende-se que elas possibilitam o contínuo aprendizado ao longo da vida, visto que foram criadas com o enorme desafio de superar o modelo hegemônico tecnicista de ensino e proporcionar uma formação política, centrada na aprendizagem, na valorização dos (as) estudantes como sujeitos de aprendizagem e na construção significativa do conhecimento sobre a saúde e a prática em saúde (RAMOS, 2002).

Para esta autora,

Por essa abordagem, pretende-se romper com o caráter neutro, evidente e reificado da Educação Profissional em Saúde, fenômeno capaz de, por si, alterar as relações de trabalho fragmentárias, hierarquizadas e excludentes que caracterizam tanto os serviços de saúde quanto os processos de trabalho em geral (RAMOS, 2009, p. 155).

O final da década de 1980 configura-se em um momento marcado por uma eclosão em busca de direitos sociais. Esse momento desencadeou a construção de uma política de saúde de caráter universal, que veio a ser reconhecida como SUS, tendo como marco sua inclusão na Constituição Federal de 1988. A partir de sua promulgação, através das Leis Orgânicas da Saúde, um forte processo de reestruturação dos serviços de saúde produziu, em pouco tempo, importantes alterações para a produção das políticas públicas no Brasil.

A institucionalização do acesso universal à saúde pela criação do SUS teve como proposta romper com a realidade anterior referente à garantia do direito ao acesso aos serviços de saúde como direito social. Esse momento abriu espaço para a discussão a respeito da ideia de que a utilização e o acesso aos serviços de saúde devem ser tratados como direitos essenciais à população.

Segundo Paim (2009),

A proposta do Sistema Único de Saúde está vinculada a uma ideia central: todas as pessoas têm direito à saúde. Este direito está ligado à condição de cidadania. Não depende do “mérito” de pagar previdência social (seguro social meritocrático), nem de provar condição de pobreza (assistência do sistema de proteção), nem do poder aquisitivo (mercado capitalista), muito menos da caridade (filantropia). Com base na concepção de seguridade social, o SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminações ou privilégios (PAIM, 2009, p. 43, grifo do autor).

Os avanços sociais na área da saúde, conquistados com a Constituição Federal de 1988 e regulamentados pela Lei nº 8.080/1990, representam um marco imprescindível aos direitos conquistados pela população. Destaca-se que esta Lei, ao regulamentar os serviços de saúde em todo o território nacional, em seu artigo 27, inciso I, afirma que a formação dos (as) trabalhadores (as) deve se organizar no interior das instituições de saúde, visando “um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal” (BRASIL, 1990).

No entanto, há de se considerar que essas conquistas estão inseridas em um período de reforma administrativa do Estado, iniciado no Governo Fernando Collor de Melo (1990-1992), baseado em propostas de redução e voltado aos interesses da iniciativa privada. De acordo com Paim (2008),

[...] o Governo Collor, utilizando-se de expedientes diversos, reduziu em quase metade os recursos para a saúde. Portanto, não é difícil compreender o “caos do SUS” no seu nascimento, muito menos o sucateamento dos serviços públicos (PAIM, 2008, p. 189).

A redução de recursos para a saúde em um momento de estruturação de um sistema público com tamanha dimensão ao acesso, conforme proposto pelo SUS, tem impacto direto em sua organização, visível, em especial, na área de recursos humanos em saúde. Em consonância com Vieira, Pereira e Lima (2008), é no contexto de instabilidade das relações da gestão do trabalho que a área passa a ser mais discutida. Entretanto, os desafios para o desenvolvimento de suas políticas permanecem.

A II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, realizada em 1993, registrou a contradição/tensão que, desde então, vem marcando a área. Embora a questão dos RHS seja percebida como estratégia nos documentos da saúde pública, concretamente, foi pouco valorizada, já que relacionada de forma superficial com aspectos que, fundamentalmente, afetam as políticas públicas de saúde no país. A principal questão da área encontrava-se relacionada à própria ausência de uma política de recursos humanos que contemplasse um plano de cargos, carreira e salário (PCCS), no sentido de favorecer a implantação do SUS (VIEIRA; PEREIRA; LIMA, 2008, p. 345).

Portanto, apesar das discussões apresentadas, sejam elas nas Conferências Nacionais de Saúde ou de Recursos Humanos, constata-se que não existiu um direcionamento preciso para o desenvolvimento de políticas e valorização da área de recursos humanos.

As mudanças econômicas e políticas aqui apresentadas impactam no modelo de oferta da educação. Assim, para atender às necessidades do mercado de trabalho, a educação passou a adequar-se ao modelo de acumulação flexível, com modificações da imagem do novo aluno/trabalhador, para que este tenha um processo formativo cada vez mais amplo e adequado às necessidades da lógica produtivista (CABRAL NETO, 2012). Neste sentido, ficou difícil de as ETSUS atenderem à lógica, pois seu público não se direciona para o mercado.

É válido destacar que, com o processo de institucionalização do SUS, buscou-se romper com o modelo de atenção à saúde vigente no país, de característica hospitalar, centrado nos saberes hegemônicos dos cursos de medicina para uma perspectiva do cuidado ampliado, voltado à centralidade do sujeito no cuidado em saúde.

Essa mudança resultou em novos desafios para a formação dos(as) trabalhadores(as) da saúde. Assim, deve-se considerar que o SUS, constitucionalmente, é centrado em um modelo contra-hegemônico, não vinculado aos interesses do capital (PAIM, 2008).

Deste modo, se o SUS, dentro de uma sociedade capitalista, segue uma lógica contra-hegemônica e o funcionamento das instituições de saúde, em maior parte, dependidos seus trabalhadores, reforça-se a importância de um processo formativo para além da lógica produtivista, ao considerar as dimensões política e social do SUS.

Neste sentido, tornam-se necessários espaços formativos que dialoguem com o trabalhador e o auxiliem na construção de estratégias transformadoras dos seus espaços de atuação. É oportuno refletir que as ETSUS possuem este papel formativo e, para isso, é necessário compreender sua trajetória histórica.

Na década de 1990, o diagnóstico realizado por Sório e Lamarca (1998) mostrava a existência de 24 Escolas Técnicas⁵ que ofertavam cursos de qualificação profissional para trabalhadores (as) nos serviços de saúde, tendo seu processo educativo baseado nas necessidades de saúde da população. Contudo, esse estudo apresentava a baixa visibilidade existente na formação dos (as) trabalhadores (as) de nível médio, sendo justificado por

[...] uma série de entraves para o desenvolvimento efetivo das propostas de formação, merecendo destaque: a insuficiência de recursos humanos e financeiros; a baixa autonomia de gestão; o baixo prestígio político e a insuficiente articulação de parceiros (SÓRIO; LARMARCA, 1998, p. 151).

Deste modo, apesar do amplo debate sobre a formação de trabalhadores (as) de nível médio e a criação das ETSUS, permanece a falta de compreensão sobre seu papel por parte de gestores (as). De acordo com Santos (2002), o cenário da Região Nordeste diferia dos demais por possuir recursos de projetos como, por exemplo, o Projeto Nordeste. Já as demais regiões, sem esse apoio, lidavam com dificuldades de organização do espaço e pagamento de pessoal.

A falta de apoio fez com que a organização dessas escolas acontecesse de maneira lenta. Há de se considerar também que a modificação das propostas dos

⁵ As 24 Escolas Técnicas do SUS existentes eram: Centro Formador de Recursos Humanos para a Saúde Dr. Waldir Arcoverde, localizada em Alagoas; Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis, na Bahia; Escola de Saúde Pública, localizada no Ceará; Centro Formador de Recursos Humanos para a Saúde, localizada na Paraíba; Escola de Saúde Pública, localizada no Pernambuco; Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde Dr. Manuel da Costa Souza, no Rio Grande do Norte; Centro de Formação em Saúde Coletiva, no Espírito Santo; Centro Formador de Recursos Humanos para a Saúde/Escola de Saúde Minas Gerais/Fundação Ezequiel Dias – ESMG/FUNED e Escola Técnica de Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES, em Minas Gerais; Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos e Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, no Rio de Janeiro; Centro Formador – CEFOR de Osasco; Centro Formador – CEFOR de Araraquara; Centro Formador – CEFOR de Franco da Rocha; Centro Formador – CEFOR de Assis; Centro Formador – CEFOR de Vila Mariana; Centro Formador – CEFOR de Pariqueira/Açu; Centro Formador – CEFOR de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, em São Paulo; Centro Formador de Recursos Humanos para a Saúde Caetano Munhoz da Rocha, no Paraná; Escola de Formação em Saúde e Escola Técnica de Saúde de Blumenau, em Santa Catarina; Centro Formador de Pessoal de nível médio para a área da saúde, em Goiás; Escola Técnica de Saúde, no Mato Grosso, e Centro Formador de Recursos Humanos para Saúde, em Mato Grosso do Sul.

treinamentos ofertados aos (as) trabalhadores (as) de nível médio para uma formação baseada em uma nova concepção ocasionou um longo debate nas Secretarias de Saúde dos Estados (CASTRO; SANTANA; NOGUEIRA, 2002).

A fragilidade da gestão dessas escolas favoreceu a implementação de uma proposta de cooperação entre as ETSUS ainda na década de 1990, denominado Projeto Escola de Nível Médio.

Em vigor de 1995 a 1999, foi fruto de um acordo mais amplo firmado entre a OPAS, a antiga Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos do Ministério da Saúde (CGPRH/MS) e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), tendo como foco, além do fortalecimento e consolidação de uma rede de escolas técnicas de nível médio, o apoio técnico à outra rede de escolas de saúde pública” (MATHIAS, 2011, p. 1).

Sório e Lamarca (1998) afirmam que esta proposta teve a oportunidade de ampliar as relações entre atores e instituições ao potencializar a construção de identidade de grupo, fortalecendo a ideia de Rede nas Escolas Técnicas em Saúde do SUS. Destaca-se que, na análise das autoras, a proposta de Rede encontrava-se dentro da proposta de descentralização, sendo respeitadas as necessidades, perfil e realidade de cada local.

Cabe assinalar que a formação para o trabalho em saúde, na década de 1990, estava imersa na profunda mudança do Estado brasileiro, incentivada pela crescente hegemonia da doutrina neoliberal. Neste contexto, destacam-se a desregulamentação do mercado de trabalho e o enxugamento do Estado (PRONKO, 2011). Seguindo esta tendência, o setor saúde tem se apresentado com formas de contratação correspondente, devido ao incremento da desregulamentação do mercado de trabalho em saúde (VARELLA; PIERANTONI, 2008).

A ausência de regulamentação do mercado, contexto influenciado pelo modelo neoliberalista, também influenciou áreas como educação e saúde. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação, de 1996, trouxe a separação do ensino médio e técnico⁶, e a Educação Profissional foi regulamentada pelo Decreto nº 2.208, em 1997, com a separação do Ensino Médio da Educação Profissional (BRASIL, 1997).

⁶ É neste cenário, que a Lei de Diretrizes e Bases de nº 9.394/96 é promulgada. Inúmeros desdobramentos são feitos sobre sua aprovação que favorece a lógica do regime da acumulação flexível (PEREIRA e RAMOS, 2006). Esta diretriz propõe, em seu artigo 21, “a educação escolar

De acordo com Moura (2013), os prejuízos desta separação são incalculáveis à educação brasileira, tendo em vista que os impactos desta separação continuam mesmo após o Decreto nº 5.154/2004. Para Pereira e Ramos (2006), a contestação da Lei nº 9.394, de 1996, e do Decreto nº 2.208, de 1997, ocorre por não serem favoráveis à política de melhoria da Educação Profissional, massim às características que reduzem trabalhadores(as) à lógica de produção.

Para Ramos (2010), foi na década de 1990 que as políticas de Educação Profissional técnica em saúde e as políticas da área da educação adotaram, sob a influência de uma mudança de perfil profissional, o modelo da pedagogia das competências na formação de trabalhadores(as) da saúde, o qual foi difundido nas Escolas Técnicas de Saúde, com o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE).

O PROFAE foi concebido em 1999, com o financiamento do Banco Interamericano de Financiamento e Desenvolvimento. De acordo com Castro (2008, p. 183), neste projeto, estão presentes os “princípios do Projeto Larga Escala (flexibilização, descentralização e inclusão)”. Em seu documento de avaliação, sua estrutura buscava utilizá-la como uma estratégia de acompanhamento e incentivo ao aperfeiçoamento de práticas para trabalhadores (as) inseridos no serviço,

Considerando-se que a proposta de avaliação/certificação a ser elaborada é parte de um projeto de natureza pedagógica, voltado para os trabalhadores que foram - e estão - inseridos nos diferentes espaços de produção dos serviços de saúde do país, sem a qualificação específica necessária para atuarem na área de enfermagem, as premissas avaliativas devem se nortear por uma postura eminentemente educativa. De tudo o que foi exposto, as funções de avaliação, no sistema de certificação do PROFAE, devem ser: diagnóstica (indicativa de possíveis problemas, dos egressos e/ou do próprio sistema de formação); formativa (direcionada à melhoria dos desempenhos dos alunos, da atuação das instituições formadoras e do próprio PROFAE), somativa (atribuição do certificado) e de responsabilização (envolvimento das instituições formadoras e empregadoras no processo de certificação e remediação) (SANTOS et al., 2001, p. 6).

Faz-se oportuno destacar que a proposta de formação dos (as) trabalhadores (as), apresentada pelo PROFAE, está imersa no desafio da oferta de atendimento

de qualidade nos serviços de saúde. Entretanto, é válido destacar que, para além da proposta de formação, deve estar implicada uma análise no contexto da organização estrutural dos serviços de saúde, de maneira que as instituições também se responsabilizem pelas condições nas quais estão inseridos e realizam as suas práticas de trabalho.

A esse respeito, Arroyo (2003) traz a seguinte reflexão:

É ilusório sonhar que, qualificando os profissionais de saúde sem qualificar as condições do seu trabalho, estaremos melhorando os serviços de saúde. Políticas de formação e de requalificação das condições de trabalho terão de ser concomitantes. É o trabalho que forma ou deforma, qualifica ou desqualifica o trabalhador. Políticas de formação de trabalhadores adquirem sentido quando acompanham políticas de qualificação dos postos e das condições de trabalho (p. 72).

Diante do exposto, a formação dos recursos humanos em saúde deve fundamentar-se em uma visão crítica e transformadora de sua prática social. A relação entre trabalho-saúde-educação deve promover medidas de formação crítica para os sujeitos, oportunizando uma formação crítico-reflexiva em seu espaço de atuação.

Ainda de acordo com Arroyo (2003),

Programas como o PROFABE procuram dar conta de formar profissionais competentes nas artes de lidar com representações e esperanças, com medos e horizontes existenciais, por vezes, no limite. Lidar com valores e culturas. Tratos profissionais que exigem competências refinadas. Que coletivo profissional formar para dar conta de dimensões tão misturadas e tão delicadas? Tão humanas? (p. 80).

O modelo de atenção à saúde proposto pelo SUS promove o cuidado na perspectiva da integralidade. Deste modo, sua ação não se limita ao sistema biológico, por acreditar que este, por si só, não é o suficiente. Compreende-se que as propostas de formação para a área não devem se limitar à dimensão técnica, atendendo apenas às demandas do processo produtivo, por não responderem às necessidades de usuários dos serviços de saúde.

Todavia, Vieira e Chinelli (2013) chamam a atenção para o fato de que, apesar da importância do olhar atento à formação, na perspectiva do cuidado

integral aos usuários dos serviços de saúde, este cuidado não deve ser o exclusivo foco das políticas de formação de trabalhadores(as) do SUS.

Nesta perspectiva, considera-se que os espaços não viabilizam aos(as) trabalhadores(as), especialmente de nível técnico, as questões estruturais e políticas necessárias para que o cuidado em saúde, baseado na integralidade do atendimento, possa ser ofertado. Assim sendo, cada vez mais, maiores atribuições lhes são exigidas, sem que as condições de trabalho sejam modificadas.

Para Marques (2002), a formação por competências foi incorporada na perspectiva de ampliar a discussão sobre o papel da Escola, por acreditar que este conceito traz a possibilidade de romper com práticas pedagógicas que levam ao tecnicismo. Neste ponto, a pedagogia das competências é, então, reconhecida em uma perspectiva superior à dimensão técnica e fragmentada, possibilitando o desenvolvimento de “competência política, pedagógica, técnica e ética, a fim de compreender o significado dessa mudança para o setor Saúde” (MARQUES, 2002, p. 22).

Ao falar em formação por competências na área da saúde, é necessário lembrar que este conceito esteve presente no Projeto Larga Escala, na proposta do currículo integrado, e serviu como base ao PROFAE, com a Certificação por Competências, tendo o propósito de contribuir com sua prática de trabalho (CASTRO; SANTANA; NOGUEIRA, 2002).

No intuito de ampliar a proposta de formação para os trabalhadores de nível técnico em saúde, uma vez que se encontravam inseridos em um modelo voltado aos valores atribuídos à divisão social do trabalho, limitando seus espaços de atuação, a proposta da pedagogia por competências foi incorporada pelas ETSUS.

De acordo com Borges, Garbin e Siqueira (2012), as ETSUS se organizam pedagogicamente por meio do Sistema de Certificação por Competências, baseado na proposta de formação apresentada pelo PROFAE. O modelo de competências é estabelecido por diferentes atores da saúde, voltados à preocupação por uma formação humana, baseada no “saber-ser” (MARQUES, 2002).

Para Pereira e Ramos (2006), apesar dos avanços desenvolvidos pelo PROFAE à Educação Profissional em Saúde, destacados na qualificação de 70 mil trabalhadores, de 2000 a 2002, e da ampliação do debate acerca da formação

profissional para os gestores (SÓRIO, 2003), o desenvolvimento deste projeto ocorreu dentro de uma perspectiva do Estado Brasileiro, com uma lógica neoliberal.

Em consonância com Cabral Neto (2012, p.10), “o neoliberalismo configura-se [...] como uma superestrutura ideológica e política que acompanha a transformação histórica recente do capitalismo moderno”, a qual resulta na deterioração da vida e do trabalho em sociedade.

De acordo com Pereira e Ramos (2006),

O PROFABE contribuiu com a difusão de uma das principais referências para os currículos da Educação Profissional, afinada com os valores e com a epistemologia da fase de acumulação flexível do capital, qual seja a pedagogia das competências (p.91).

Izabel dos Santos, em entrevista à Castro, Santana e Nogueira (2002), diz que a proposta de Certificação de Competências do PROFABE oferta uma regulação das práticas mais societárias, envolvendo diversos atores, além de potencializar a educação permanente dos (as) trabalhadores (as) dos serviços. As palavras de Izabel ainda destacam que: “ensino por competência é, para mim, tranquilo, não tem contradição alguma, é quase que uma exigência do ensino profissional. O ensino profissional tem compromisso com o fazer” (CASTRO; SANTANA; NOGUEIRA, 2002, p. 81).

Sobre o modelo de competência instituído, Pereira (2002) o analisa como adequado se aplicado aos interesses dos (as) trabalhadores (as), de modo que suas formações contemplem características e cultura próprias, ainda que seja difícil não atender aos interesses do modelo político-econômico vigente.

A referida autora destaca que:

Do ponto de vista das investigações, é preciso que o pesquisador esteja atento para pensar a qualificação profissional como construção teórica inacabada, pois[...] é preciso ter atenção para os diferentes sentidos e concepções que relacionam indivíduo, sociedade, trabalho educação e saúde (PEREIRA, 2002, p. 235).

Diante do exposto, cabe assumir a responsabilidade de acompanhar os procedimentos pedagógicos e formativos apoiados em modelos de competência, para que a formação dos sujeitos caminhe na construção de conhecimentos e reflexões a respeito de sua forma de agir no mundo.

Em síntese, a análise desenvolvida neste subcapítulo discutiu sobre marcos da década de 1990, vinculados à história da Educação Profissional em Saúde, em especial, aos articulados às ETSUS. É oportuno registrar que sua concepção caminha com a consolidação do SUS, fazendo com que processos educativos também tenham o mesmo objetivo: fortalecer o sistema público de saúde.

Assim, espera-se que a reflexão aqui desenvolvida, ao resgatar a trajetória das ETSUS na década de 1990, contribua para a permanente análise da formação de trabalhadores do SUS e, conseqüentemente, compreensão da dimensão política da formação em saúde.

3.2 ESCOLA TÉCNICA DO SUS NOS ANOS 2000: MARCOS DA SUA TRAJETÓRIA

O debate sobre o fortalecimento de recursos humanos é contínuo na área da saúde e molda-se nas concepções históricas, econômicas e sociais. Neste cenário, o movimento político da Educação Profissional também influencia o contexto do setor saúde (RAMOS, 2010).

Ao analisar o cenário das políticas de Educação Profissional, no início dos anos 2000, Kuenzer (2006) apresenta a utilização de propostas de desenvolvimento de projetos para a Educação Profissional, articulados com o regime de acumulação flexível, implementado na década anterior.

Para esta autora, isso contribui para

[...]refletir que, na sociedade capitalista, na qual se produzem relações sociais e produtivas que têm a finalidade precípua de valorização do capital, não há inclusão que não atenda a esta lógica, como não há possibilidade de existência de práticas pedagógicas autônomas; apenas contraditórias, cuja direção depende das opções políticas que definem os projetos, seus financiamentos e suas formas de gestão (KUENZER, 2006, p. 907).

Nesta perspectiva, Cêa, Reis e Coterno (2007) apresentam alguns dos avanços propostos pelo PROFAE, de acordo com o Ministério da Saúde:

Com base em informações do MS (2004), os principais resultados alcançados pelo PROFAE, até março de 2004, foram os seguintes: formação de 148.656 mil alunos em auxiliar e técnico em enfermagem; 12 mil trabalhadores com o ensino fundamental concluído e cerca de 70 mil trabalhadores cursando este nível de

ensino; envolvimento de aproximadamente 300 escolas de Educação Profissional, incluindo as técnicas do SUS (10%), as públicas estaduais e federais (22%), as particulares (58%) e as do Sistema S (10%). O processo de execução dos cursos conta com a supervisão e o monitoramento de uma rede de instituições denominadas agências regionais (25 entidades) (CÊA; REIS; COTERNO, 2007, p. 141).

Sobre os resultados apresentados pelo relatório, destaca-se a articulação entre instituições públicas e privadas, sendo a última com uma porcentagem superior ao somatório total das instituições públicas (estaduais e federais) e ETSUS. Sobre as ETSUS, encontram-se vinculadas às Secretarias Estaduais de Saúde.

O relatório do 1º Fórum Nacional do PROFAE, intitulado “Construindo uma Política Pública de Formação Profissional em Saúde”, realizado em dezembro de 2002, pode justificar o envolvimento das ETSUS no projeto, ao considerar o seu poder de atuação. Sório (2003) faz a seguinte apresentação:

Um outro desafio diz respeito à pergunta que já fiz aqui, neste plenário: É possível transformar o PROFAE em uma política pública permanente? Responder, positivamente, a esta pergunta foi o caminho escolhido por todos nós. Por esse motivo, foi reforçado o apoio às escolas técnicas do SUS que passaram a ter um papel bastante diferenciado na formação. Ou melhor dizendo, o PROFAE, articulado com as políticas educacionais, apostou que as escolas técnicas do Sistema Único de Saúde poderiam ir muito além do que centros para ofertar cursos e apostou que essas escolas poderiam ser um espaço de mediação entre o mundo do trabalho e o mundo da educação (p. 61).

Neste sentido, a discussão sobre o PROFAE apresenta interesse no desenvolvimento de uma Política de Educação Profissional para a saúde, dando centralidade às ETSUS, consideração relevante e necessária para tornar possível o fortalecimento orçamentário e político nestas instituições.

Para a área de formação dos trabalhadores técnicos do SUS, em 2000, a Portaria nº 1.298, apresentada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), instituiu a Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do SUS (RET-SUS), buscando realizar a articulação entre as instituições. As ETSUS que compõem esta rede respeitam as suas características políticas locais, econômicas e sociais.

O artigo primeiro desta portaria apresenta os objetivos desta Rede:

Art. 1º Instituir a Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (RET-SUS), com os seguintes objetivos: compartilhar informação e conhecimento; buscar soluções para problemas de interesse comum; difundir metodologias e outros recursos tecnológicos destinados à melhoria das atividades de ensino, pesquisa e cooperação técnica, tendo em vista a implementação de políticas de recursos humanos de nível médio em saúde (BRASIL, 2000).

Diante dos objetivos apresentados, a Portaria garantiu as atribuições da Rede na formação de trabalhadores(as) técnicos(as) de nível médio em saúde, aumentando a centralidade nas políticas da área, relacionadas ao Trabalho e à Educação na Saúde. Neste contexto, a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003, representou uma importante conquista para a visibilidade das questões relacionadas ao trabalho em saúde.

Vinculada ao Ministério da Saúde, a SGTES tem como atribuição a formulação de políticas públicas no eixo da gestão, formação e qualificação de trabalhadores(as), bem como a regulação profissional na área da saúde no Brasil. Apesar de o mandato do presidente Luís Inácio Lula da Silva (2003 a 2011) ser visto como um “período de esperança para reorganização do sistema”, de acordo com Vieira e Chinelli (2013), prevaleceu a inserção de políticas de forma fragmentada, com poucos avanços no reconhecimento dos profissionais de nível técnico.

Neste cenário, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi implantada pela SGTES, por meio da Portaria Ministerial nº 198, em 2004 (BRASIL, 2004). Instituiu-se como estratégia para a formação e o desenvolvimento dos(as) trabalhadores(as) do SUS e se configurou como uma política capaz de resgatar a discussão da formação da classe trabalhadora em décadas anteriores.

Esta política se atualizou pela Portaria Ministerial nº 1.996, de 2007, e permaneceu com a centralidade de discutir a formação de trabalhadores(as) de acordo com as necessidades de seu trabalho (BRASIL, 2007). Para Cardoso, Costa e Costa (2017), o que permeia a diferença entre as duas portarias está nas diretrizes e nos dispositivos para a sua implementação nos Estados.

Em análise sobre a PNEPS, Ramos (2010) apresenta que, diferente do foco na formação de trabalhadores(as) que não detinham qualificação específica para atuação na área desenvolvida pelo Projeto Larga Escala, a PNEPS buscou atualizar

as práticas daqueles que possuíam formação, mas buscou “passar por transformações” (RAMOS, 2010, p. 62).

Ao analisar esta Política, Vieira et al. (2006) apresentou o seguinte parecer:

Na análise dos Pareceres Técnicos aprovados, constatou-se que a maioria das ações se constitui em cursos predominantemente de curta duração (considerou-se cursos de curta duração, aqueles com carga horária de até 60 horas) e eventos educativos esporádicos (oficinas, seminários, vivências, fóruns). Ao que tudo indica, tais ações não contribuem para avançar em um dos objetivos principais anunciados pela Política, qual seja, na articulação dos diversos programas já em andamento e superação de caráter fragmentado (p. 69).

Assim, vê-se que ainda há desafios a serem enfrentados em relação à formação ofertada aos(as) trabalhadores(as) da área da saúde, mesmo existindo uma Política Nacional direcionada à Educação Permanente em Saúde. Conforme apresentado por Vieira et al. (2006), trata-se de um desafio para a proposta desta Política, ao considerar-se que cursos de pequena duração podem apresentar limitações teóricas e práticas, o que dificulta reflexões e análises vindas dos(as) trabalhadores(as) no período de estudo e, desta forma, pode fragilizar a sua formação.

Para o cenário do(a) trabalhador(a) de nível médio, Vieira e Chinelli (2013) chamam a atenção para os programas voltados à sua capacitação profissional, a fim de que estejam próximos aos seus interesses, tendo em vista a contínua necessidade de considerar:

A relação trabalho e educação no SUS, a partir da compreensão historicamente multideterminada da qualificação, levando-se em conta a constituição dos grupos ocupacionais, assim como as concepções que os sujeitos políticos coletivos envolvidos nesses processos possuem acerca do trabalho e da Educação Profissional em Saúde. Isso inclui, ainda, perceber de que forma esses trabalhadores estão organizados e identificar se e como o tema aparece na agenda da gestão do trabalho e da educação na saúde (VIEIRA; CHINELLI, 2013, p. 1598).

Além do que analisam Vieira e Chinelli (2013), os desafios referentes à PNEPS, como uma estratégia de potencializar sua prática, de modo especial, ocorrem pelo fato de existir a necessidade de adequação dos seus espaços. Os serviços de saúde carecem de uma formação que envolva os(as) trabalhadores(as)

na realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Deste modo, ao articular trabalho, educação e saúde, torna-se pertinente estar atento às características que os envolvem.

Ademais,

O ensino na saúde implica não só transformação da prática, mas principalmente investimento cognitivo para ampliar o sentido dessas práticas. Durante muito tempo, o olhar profissional se reduziu à doença, ao órgão acometido patologicamente, à aprendizagem estruturada nas intervenções técnicas, no arcabouço teórico, nos protocolos e consensos analíticos. Hoje, já se fala em outras ações terapêuticas, como a dança, a música, o riso, a fé, o esporte, o ambiente, o alimento, a família, os animais, os sonhos – signos que possibilitam novas respostas celulares, conexões alternativas, sinapses autorregenerativas, reação a sistemas invasivos, etc. Olhar para essas potencialidades significa reaprender a pensar a saúde e o cuidado (NIDECK; QUEIROZ, 2015, p. 175).

Por esta razão, observa-se que o setor saúde, no Brasil, apresentou nítidas mudanças em relação às políticas públicas de saúde e de Educação Profissional no decorrer de sua história. Neste sentido, a necessidade de adequação ao modelo de atenção à saúde desenhou a trajetória da formação de recursos humanos para a área.

Atrelada a interesses econômicos, essa influência desafiou as instituições quanto à formação de trabalhadores(as) que, por muito tempo, seguiram uma orientação hospitalocêntrica, direcionando sua formação somente para a realização técnica do serviço de saúde, não com o objetivo de ofertar a formação humana necessária para lidar com questões e tensões específicas do trabalho.

Destaca-se, assim, a importância das ETSUS como espaço de formação, por serem instituições que rompem com a proposta tecnicista e fragmentada encontrada na formação dos(as) trabalhadores(as) de nível técnico.

Em 2009, em continuidade ao PROFAE, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Formação de Profissional de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS), por meio da Portaria nº 3.189 (BRASIL, 2009b), o qual buscou fortalecer a formação especializada de trabalhadores(as) para a saúde em regiões de difícil acesso, dando centralidade às ETSUS e Escolas de Saúde Pública vinculadas às gestões estaduais e municipais, com prioridade na formulação, execução técnica e pedagógica dos cursos desenvolvidos pelo projeto.

Na análise de Costa (2014) sobre a implantação do PROFAPS da Bahia,

Outros avanços observados foram no sentido do fortalecimento da instituição formadora e do aprimoramento de conhecimento do seu corpo técnico, devido ao acúmulo de conhecimentos resultantes dos processos de construção coletiva dos materiais didáticos dos cursos, fruto do trabalho desenvolvido pelos técnicos da EFTS e técnicos das instituições parceiras (p. 58).

É possível observar que esses projetos e programas apresentam propostas inseridas, de forma centralizada, na oferta de cursos nas ETSUS. Desta forma, a caminho do seu fortalecimento, este fator contribui com uma maior experiência em propostas de formação para a equipe atuante nas Escolas, como também aumenta o vínculo com trabalhadores(as) que fazem parte dos serviços de saúde.

Sório e Lamarca (1998) destacam que, no mundo do trabalho, as mudanças tornaram a atuação das ETSUS ainda mais complexa, diante da constante transformação tecnológica e cultural do mundo globalizado e de sua implicação nas práticas do trabalhador, a partir das quais são exigidos trabalhos técnicos e conceituais.

Pochmann (2012), ao discutir sobre as transformações da formação, destaca que,

para haver educação para o ciclo completo da vida (infância, adulto e velhice), cuja expectativa aproxima-se dos 100 anos de idade, os sistemas de formação profissional precisam incorporar cada vez mais os pressupostos do diálogo desenvolvido pelo conjunto dos atores sociais. Novas formas de produção e de reorganização do trabalho não existem sustentavelmente sem uma base recorrente de educação e formação profissional (p. 500).

Diante das constantes transformações na sociedade, especialmente na educação e no trabalho, é importante identificar e avaliar permanentemente as iniciativas da Educação Profissional em Saúde, para que os cursos ofertados não percam, em sua essência, os referenciais políticos e epistemológicos necessários para a formação de trabalhadores(as) que atuam ou atuarão no SUS.

No que tange aos projetos e programas desenvolvidos nos anos 2000, o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC) foi desenvolvido pela Lei nº 12.513/2011, ao alegar a necessidade de mão de obra qualificada (MELO, 2015). Uma análise do discurso do PRONATEC, de acordo com Melo e Silva (2017), faz ponderar que,

Traçando uma relação entre o discurso, a Lei proposta para o Pronatec e ações constadas no Programa, observamos que existe um discurso oficial anunciado, legitimado pela Lei, que orienta as ações voltadas para a Educação Profissional. É o discurso do capitalismo, da centralidade na dimensão econômica e, em consequência, do que interessa ao mercado para que o seu fortalecimento possa fortalecer a reprodução ampliada do capital (MELO; SILVA, 2017, p. 3).

Destaca-se que a Educação Profissional e, no contexto deste trabalho, a Educação Profissional em Saúde, busca utilizar a concepção do trabalho como princípio educativo, seguindo a corrente desenvolvida por Gramsci, que compreende o trabalho em sua vertente ontológica, não limitada à função essencialmente técnica (SEMERARO, 2015). Ao compreender o trabalho em seu sentido ontológico, busca-se ofertar aos sujeitos uma formação focada em uma perspectiva integrada e não apenas nos interesses do capital.

A proposta do PRONATEC, de acordo com Ramos ([2013] apud GUIMARÃES, 2016), não segue esta proposta devido à concepção apresentada sobre a Educação Profissional, limitada aos cursos ofertados, fazendo com que trabalhadores(as) apenas migrem de um curso para outro. O Catálogo de Cursos Técnicos disponibilizado pelo Ministério da Saúde disponibiliza 29 cursos, apenas para o eixo Ambiente e Saúde⁷ (BRASIL, 2016).

Em 2016, o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde articularam uma parceria para oferta de vagas de cursos de Educação Profissional técnica, na área da saúde, de acordo com as orientações do PRONATEC.

Conforme Cláudia Brandão,

Para este ano, quatro escolas encontravam-se dentro dos critérios estabelecidos, a saber: Escola de Formação Profissional Enfermeira Sanitarista Francisca Saavedra (ETSUS-AM); Centro de Educação Profissional Graziela Reis de Souza (CEP-AP); Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha (ETSUS-AC); e Escola Técnica de

⁷ São cursos disponíveis no eixo Ambiente e Saúde: Técnico em agente comunitário de saúde, Técnico em análises clínicas, Técnico em citopatologia, Técnico em controle ambiental, Técnico em cuidados de idosos, Técnico em enfermagem, Técnico em equipamentos biomédicos, Técnico em estética, Técnico em farmácia, Técnico em gerência de saúde, Técnico em hemoterapia, Técnico em imagem pessoal, Técnico em imobilizações ortopédicas, Técnico em massoterapia, Técnico em meio ambiente, Técnico em meteorologia, Técnico em necropsia, Técnico em nutrição e dietética, Técnico em óptica, Técnico em órteses e próteses, Técnico em podologia, Técnico em prótese dentária, Técnico em radiologia, Técnico em reabilitação de dependentes químicos, Técnico em reciclagem, Técnico em registros e informações em saúde, Técnico em saúde bucal e Técnico em vigilância em saúde (BRASIL, 2016).

Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros (ETSUS Unimontes) RETSUS (BRASIL, 2009a, p. 21).

Em resumo, apesar da ampliação de vagas para a formação em cursos técnicos, o referido programa representa a lógica neoliberal por sua grande articulação com instituições privadas de ensino, o que dificulta o acompanhamento e avaliação da qualidade dos cursos oferecidos aos jovens e adultos. Assim, é válido um questionamento sobre a qualidade da formação ofertada aos e trabalhadoras da área da saúde pelo PRONATEC.

Em 2017, o antigo portal eletrônico da Rede de Escolas Técnicas (ETSUS) indicava a existência de 40 Escolas nas cinco regiões do país. Essas Escolas ofertavam os seguintes cursos: Técnico de Nível Médio em Saúde Integrado ao Ensino Médio; Técnico em Agente Comunitário de Saúde; Técnico em Análises Clínicas; Técnico em Atendimento Pré-Hospitalar; Técnico em Citopatologia; Técnico em Enfermagem; Técnico em Farmácia; Técnico em Gerência em Saúde; Técnico em Hemoterapia; Técnico em Imobilização Ortopédica; Técnico em Nutrição e Dietética; Técnico em Órteses e Próteses; Técnico em Prótese Dentária; Técnico em Radiologia; Técnico em Reabilitação de Dependentes Químicos; Técnico em Registros e Informações em Saúde; Técnico em Saúde Bucal; Técnico em Segurança do Trabalho; Técnico em Vigilância em Saúde e Técnico Integrado ao Ensino Médio, na Modalidade de Jovens e Adultos, em Radiologia.

Registra-se que, no decorrer da escrita desta dissertação, o então portal eletrônico da Rede de Escolas Técnicas (ETSUS), possuidor de um grande acervo da história das Escolas, foi substituído por uma página reduzida no portal do Ministério da Saúde, além de terem sido retiradas de circulação eletrônica as edições da Revista da Rede de Escolas Técnicas do SUS, antes disponibilizadas de maneira gratuita e de fácil acesso. Isso representa um enorme retrocesso para o meio científico e controle social, responsáveis pelo acompanhamento da trajetória histórica destas instituições.

Frente ao cenário exposto, o subcapítulo 3.3 apresentará os estudos realizados sobre as ETSUS em teses e dissertações do portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Buscando, assim, contribuir para o fortalecimento das ETSUS, em termos de visibilidade destas instituições formativas.

3.3 A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE AS ETSUS: UM ESTUDO EM TESES E DISSERTAÇÕES

As ETSUS são instituições possuidoras de contribuições históricas na formação técnica de nível médio do SUS. Por sua vez, assumem o desafio de ser um centro formador que produz mudanças no fortalecimento da educação profissional em saúde.

Ao longo de sua implementação, alguns desafios foram evidenciados como dificuldades técnicas oriundas da falta de conhecimento e informação por parte de gestores e gestoras da população, conforme apresentado por Sório e Lamarca (1998). Como sugestão, estas autoras apresentam alternativas de disseminação de conhecimento por parte da formação de nível médio em saúde, sendo pensadas as seguintes estratégias: Ensino com pesquisa; Publicação e Comunicação e Divulgação.

Os dois últimos argumentos estão baseados na baixa informação técnica e científica sobre formação em saúde no Brasil, assunto pouco debatido por pesquisadores e pesquisadoras na década de 1990, considerando o recente cenário do setor público de saúde no Brasil. Essa fragilidade, contudo, foi modificada nas décadas seguintes. Mas, já em 2017, começou um novo retrocesso, como já comentado no subcapítulo anterior.

Um estudo realizado por Cavalcanti (2016) analisa a produção do conhecimento sobre a Educação Profissional no portal da CAPES e revela a forte presença de publicações na área da saúde, além de revistas que possuem amplo debate sobre o assunto. Dentre os achados deste estudo, também é indicada uma preocupação da área com a formação em saúde, tornando-se relevante o acompanhamento de estudos nas instituições que realizaram a formação para determinada área.

Diante do exposto, na perspectiva de contribuir com a visibilidade e os desafios enfrentados pelas ETSUS, foi realizado um levantamento a respeito da produção do conhecimento sobre essas escolas, com o objetivo de analisar os estudos e pesquisas desenvolvidos na área, em teses e dissertações disponibilizadas no portal de periódicos da CAPES.

3.4 ANÁLISE DAS PRODUÇÕES ENCONTRADAS

Este subcapítulo tem como objetivo discutir e dar visibilidade aos estudos sobre as escolas supracitadas, ainda pouco compreendidas por diversos atores, considerando as particularidades a que se propõem: escolas-função, com o propósito de ir até os(as) trabalhadores(as) e, com visão inclusiva, construir conhecimento junto a estudantes, os quais são trabalhadores(as) do SUS, adultos(as) e, muitas vezes, excluídos(as) da escola formal.

Para a realização desta busca, foi utilizado o descritor “Escolas Técnicas do SUS”, entre aspas, em julho de 2017, no portal da CAPES. A escolha do termo foi devido à precisão e proximidade com o tema. No total, foram identificados treze trabalhos (PEREIRA, 2002; BARBOSA, 2009; ISNAL, 2009; SARAGIOTTO, 2009; COTRIM-GUIMARÃES, 2009; CAMARÃO, 2010; BORGES, 2012; GALVÃO, 2012; VALE, 2013; FALEIRO, 2015; RODRIGUES, 2016; RUAS, 2016; CARNEIRO, 2016).

Entretanto, ao verificar a correlação dos trabalhos com as Escolas Técnicas do SUS, restaram apenas 11 produções. Os trabalhos de Barbosa (2009) e Guimarães (2009) foram descartados por não contemplarem o interesse da busca, ou seja, ter como *loco* de estudo as ETSUS.

Assim sendo, a tese de Brasil (2002) e a dissertação de Galvão (2012) não se encontram disponíveis em meio eletrônico, apesar de mencionadas no portal da CAPES, sendo necessário o contato com a Fundação Oswaldo Cruz, localizada no Rio de Janeiro, para ter acesso à tese de Brasil (2002) e, com a biblioteca Central da Universidade de Brasília, para acessar à dissertação de Galvão (2012).

A primeira análise apresenta a caracterização das publicações, sendo destacado o local de estudo de acordo com a região do país. A Tabela 1, a seguir, apresenta o quantitativo de teses e dissertações por região do país.

Tabela 1 – Quantitativo das teses e dissertações sobre Escolas Técnicas do SUS por Regiões do Brasil, de acordo com o Portal da CAPES.

Regiões do Brasil	Mestrado	Doutorado
Centro-Oeste	2	0
Nordeste	2	0
Norte	0	0

Sul	1	0
Sudeste	3	3
Total	8	3

Fonte: Elaboração própria da autora deste trabalho (2017).

Foi identificado, nesta busca, um pequeno percentual de produções de dissertações e teses e, dentre elas, o número de teses encontra-se inferior ao número de dissertações. Este fator reforça a importância de estudos sobre as ETSUS nas diversas regiões do país, buscando fortalecer sua imagem institucional, como também divulgar o trabalho desenvolvido.

Quanto ao local do estudo, apesar de as pesquisas terem sido realizadas em determinadas regiões do país, este não estava necessariamente situado em sua região. Neste sentido, também foram identificadas as ETSUS estudadas, conforme Quadro 1:

Quadro 1 – Estudos realizados em ETSUS por Região do país

Regiões do Brasil	Lócus de estudo	Quantidade de Estudos
Centro-Oeste	Escola de Saúde Pública do Estado do Mato Grosso (ESP-MT)	Um estudo
Nordeste	Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba (Cefor-RH-PB)	Um estudo
	Escola de Formação Técnica em Saúde Prof. Jorge Novis (EFTS)*	Dois estudos
	Escola Técnica de Saúde Prof ^a Valéria Hora (Etsal)	Um estudo
Norte	Nenhuma escola identificada	
Sul	Nenhuma escola identificada	
Sudeste	Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos (Etis), no Rio de Janeiro/RJ	Um estudo
Total	6 Escolas Técnicas do SUS	

Fonte: Elaboração da autora deste trabalho (2017).

Foram identificados seis trabalhos, os quais tiveram as ETSUS como *loco* de estudo, evidenciando que há um campo vasto para pesquisas e avaliações nas demais instituições. Os estudos de Faleiro (2014), Vale (2013), Ruas (2016), Borges (2012) e Galvão (2012) não delimitaram uma única instituição e, por vezes, as ETSUS foram descritas de acordo com a região, sem citar o nome e local da instituição.

É oportuno destacar que não houve ETSUS enquanto *loco* de estudo nas Regiões Norte e Sul, conforme o Quadro 01. Este dado reforça, mais uma vez, a necessidade de pesquisas a fim de manter viva a história destas instituições, assim como fortalecer os espaços de formação, buscando aproximar a educação do cuidado em saúde. Vale destacar também que não foram desenvolvidos estudos na região Norte, conforme a Tabela 01, apresentada acima.

Ressalta-se que, apesar de o portal da CAPES ser um importante repositório de estudos, os estudos de Miranda e Carvalho (2017) afirmam que ele ainda apresenta algumas limitações de busca, fazendo com que pesquisadores utilizem outras fontes de busca para realizar a certificação dos seus resultados. Neste trabalho, optou-se pela utilização deste, por ser um portal oficial de publicação de teses e dissertações.

Quadro 2 - Produção científica de Teses e Dissertações encontradas no portal da CAPES sobre as ETSUS

Referências do trabalho	Objetivo
<p>1. BORGES, F. T. Desafios e Perspectivas do Sistema Único de Saúde diante do neoliberalismo. 2012. 186 f. Tese (Odontologia Preventiva e Social) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Araçatuba, São Paulo, 2012.</p>	<p>Realizar uma abordagem crítica do SUS diante dos desafios impostos pelo neoliberalismo na década de 90, sistematizando o fenômeno da privatização do sistema público de saúde brasileiro e, ao mesmo tempo, colocar em perspectiva a viabilidade do SUS diante da hegemonia econômica e política neoliberal no mundo e no Brasil.</p>
<p>2. CAMARÃO, M. J. C. Currículos e Competências: experiência docente nos cursos técnicos em saúde. 2010. 70 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.</p>	<p>Analisar as mudanças desencadeadas pelo processo de construção do currículo integrado por competências no curso técnico de enfermagem e nas práticas dos docentes.</p>
<p>3. CARNEIRO, E. K. N. Cogestão na escola de formação técnica em saúde da rede SUS. 2016. 129f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.</p>	<p>Analisar o modelo de cogestão da escola de formação técnica em saúde da rede SUS Bahia, no período de 2007 a 2015.</p>

<p>4. FALEIRO, F. R. G. Educação a Distância na formação dos técnicos de nível médio em saúde: percepção dos diretores das Escolas Técnicas do SUS no Brasil. 2015. 121f. (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2015.</p>	<p>Analisar a percepção dos diretores das ETSUS sobre a EAD na formação dos técnicos de nível médio em saúde para o SUS, no ano de 2013.</p>
<p>5. GALVÃO, E. A. As Escolas Técnicas do SUS: que projetos políticos - pedagógicos as sustentam? 2012. 157f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade De Brasília, Brasília, 2012.</p>	<p>Conhecer a organização e as propostas pedagógicas de cinco Escolas Técnicas do SUS, a partir da visão dos gestores.</p>
<p>Referências do trabalho</p>	<p>Objetivo</p>
<p>6. ISNAL, A. Necessidades de informação para Escolas Técnicas do SUS. 2009. 122f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.</p>	<p>Apresentar e discutir uma proposta de estruturação de um sistema de informação para atender ao conjunto de necessidades de informação de Educação Profissional, para a gestão pedagógica das ETSUS.</p>
<p>7. PEREIRA, I. B. A Formação Profissional em Serviço no Cenário do Sistema Único de Saúde. 2002 254 f. Tese (Doutorado em educação: história, política, sociedade) - Pontifícia Universidade Católica De São Paulo, São Paulo, 2002.</p>	<p>Investigar a formação profissional do trabalhador de nível médio e fundamental da saúde, no cenário do Sistema Único de Saúde.</p>
<p>8. RODRIGUES, P. A. L Perspectiva Político-Pedagógica do CEFOR-RH/PB: implicações e desafios dentro da comunidade escolar. 2016. 130f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016.</p>	<p>Conhecer a identidade do Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba (CEFOR-RH/PB), almejando compreender a visão e até que ponto os sujeitos que fazem parte dessa comunidade escolar entendiam o seu papel individual, bem como o da instituição.</p>
<p>9. RUAS, E. C. M. As advertências sanitárias no maço de cigarros: política pública e prática comunicativa do Sistema Único de Saúde. 2016. 382f. Tese (Doutorado em Informação e Comunicação em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016.</p>	<p>Compreender as estratégias comunicativas utilizadas na produção das advertências sanitárias, além de como foram consumidas e apropriadas pela população quando em circulação.</p>

<p>10. SARAGIOTTO, E. B. S. Contribuição da Matriz Curricular da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso (ESPMT) no ano de 2004, para a Qualificação do Processo de Trabalho dos Técnicos em Enfermagem que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF). 2009. 108 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.</p>	<p>Analisar em que medida a matriz curricular do Curso de Técnico em Enfermagem da ESPMT, implantada pela Escola no período de 2004 a 2006, contribuiu para a introdução de novas práticas no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família.</p>
<p>11. VALE, D. P. Princípio da integralidade no processo de formação do técnico de enfermagem das escolas da rede SUS. 2013. 164 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.</p>	<p>Conhecer o desenvolvimento do princípio da integralidade no processo de formação do técnico de enfermagem nas Escolas Técnicas da rede SUS, no Brasil, a partir do discurso dos coordenadores de cursos.</p>

Fonte: Elaboração própria da autora deste trabalho (2017).

Desta maneira, considerando as contribuições do referido portal eletrônico e dos estudos identificados, o Quadro 02 apresenta as referências e os objetivos dos trabalhos encontrados. Este Quadro nos mostra que muito pouco ainda é produzido em termos acadêmicos sobre as ETSUS, o que sugere maior investimento em estudos futuros sobre estas instituições.

Na perspectiva de contribuir para a visibilidade dos trabalhos acadêmicos que abordam as ETSUS, a seguir, sobre cada produção, apresenta-se uma breve discussão organizada por ordem de apresentação dos trabalhos no Quadro 02. Dos onze trabalhos selecionados, quatro abordam a temática da formação de trabalhadores(as) do SUS e sete se centram nas questões voltadas à gestão das escolas.

O trabalho de Borges (2012) analisa os impactos de modelos neoliberais frente ao fortalecimento do SUS. Em sua pesquisa, realiza entrevistas semiestruturadas com gestores e gestoras de ETSUS, pertencentes à RETSUS, nas quais são identificadas as limitações de ordem administrativa a que estas instituições estão submetidas, como a execução dos seus recursos orçamentários e gestão do seu financiamento.

Estes achados encontram-se de acordo com o cenário apresentado por Sório (1998) e Galvão (2012), os quais apresentam as limitações administrativas e

orçamentárias dessas instituições frente à execução dos seus recursos, dificultando a gestão e sua autonomia.

Camarão (2010) realizou um estudo na Escola de Formação Técnica em Saúde Prof. Jorge Novis e analisa os impactos da construção do currículo integrado nesta instituição. A autora destaca as dificuldades de acompanhamento pedagógico no período da integração entre o ensino e o serviço.

Neste ponto de vista, ela também frisa a importância da preparação do corpo docente para acompanhamento e avaliação da proposta do currículo integrado por competências nas práticas do corpo docente. Destaca-se que a discussão acerca do currículo integrado reflete os desafios de formar um profissional crítico-reflexivo sobre sua atuação social.

Neste quesito, Azevedo, Silva e Medeiros (2015) apresentam que “há uma tentativa de possibilitar aos estudantes o acesso aos conhecimentos científicos e culturais da humanidade, aos espaços para o desenvolvimento da experimentação e das práticas de estudo e investigação” (p.83).

O trabalho apresentado por Carneiro (2017) analisa o modelo de gestão utilizado na Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis, na Bahia. A autora utiliza o recorte temporal de 2007 a 2015 e investiga o modelo de gestão utilizado pelos gestores da escola, tendo como um dos seus objetivos de investigação saber se o modelo adotado na Escola se aproxima ou não de um modelo de cogestão.

Na saúde, a cogestão ou gestão participativa é um modelo de gestão sugerido por possibilitar a tomada de decisão de maneira participativa, na qual é considerada a opinião de diversos atores: usuários(as), trabalhadores(as) e gestores (as). Seu grande marco ocorre com a institucionalização da Política Nacional de Humanização, implementada em 2004, que inclui a cogestão como estratégia de fortalecimento na garantia do direito ao acesso à saúde de maneira universal dentre suas diretrizes, na medida em que busca o reconhecimento de trabalhadores(as) e usuários(as) nas decisões de saúde.

A pesquisa de Carneiro (2017) depara-se com uma Escola possuidora de novas práticas de gestão instituídas para a tomada de decisão como, por exemplo, o método da roda. Todavia, é destacado que muitas das decisões ainda advêm da

hierarquização das relações de poder, existente em decorrência da verticalização das decisões que partem do nível federal para o municipal.

Trata-se de um modelo comum nas ETSUS, visível na forma como as políticas chegam às Escolas. Apesar das dificuldades encontradas, a referida autora considera positivo o esforço da instituição em inserir a cogestão em suas tomadas de decisão. Também, mostra que seu estudo teve como limitação não investigar a percepção dos demais integrantes da instituição, tendo em vista que considerou apenas os gestores de cada setor.

Faleiro (2015) apresenta a percepção da gestão das ETSUS sobre o desenvolvimento de cursos na modalidade a distância. Os achados da autora retratam aspectos mais negativos do que favoráveis por meio da visão de gestores e gestoras, podendo ser retratada, de acordo com o estudo, a fragilidade da estrutura e da equipe técnica para atuar nesta modalidade, nas ETSUS.

Os resultados da pesquisa em questão corroboram com a percepção de Costa (2015) quando informam que gestoras e instituições que busquem desenvolver cursos nesta modalidade devem ser parceiras do corpo discente e, assim, buscar meios que as possibilitem a realização dos cursos. Logo, é possível analisar que a visão da gestão encontrada em Faleiro (2015) demonstra a falta de preparo e compreensão das instituições sobre a aplicabilidade da Educação a Distância.

A análise dos Projetos Pedagógicos de cinco ETSUS foi a proposta da pesquisa realizada por Galvão (2012), tendo como base a análise documental e destacando que a proposta da oferta de cursos, de maneira descentralizada, é um diferencial, potencializando o desenvolvimento do currículo adequado às necessidades locais.

Todavia, a dimensão financeira é uma dificuldade comum por parte das instituições. A dificuldade encontrada de maneira semelhante nas diferentes escolas deve ser considerada para que as instituições possam continuar ofertando, com qualidade, cursos de maneira descentralizada.

Em relação à gestão das escolas, Isnal (2009) contribui com a proposta de desenvolvimento de um sistema de informação para a gestão pedagógica da Escola Técnica de Saúde Professora Valéria Hora, localizada em Alagoas, com perspectiva de ampliação para outras ETSUS. Este estudo reforça a discussão sobre a utilização

de ferramentas tecnológicas dinamizadoras do processo de trabalho na área da gestão, considerando que muitos registros são perdidos, devido à ausência de protocolos ou condições adequadas de armazenamento em instituições públicas.

Em continuidade à análise, o trabalho de Pereira (2002) discorre sobre o contexto histórico do processo de formação técnica de nível médio no SUS e analisa as concepções de qualificação profissional da Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos. Neste trabalho, ela discorre sobre a concepção da qualificação profissional nesta Escola, identificando a implantação de um modelo de certificação por competências, de acordo com os documentos analisados. Entretanto, é identificado o cuidado em desenvolver um processo formativo pautado na construção social das trabalhadoras do SUS.

Em seu trabalho, Rodrigues (2016) discute a importância da relação entre ensino e serviço. Na medida em que o estudo busca identificar como os sujeitos fazem parte do Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba (CEFOR-RH/PB), compreende o papel realizado no espaço de trabalho.

Assim, de acordo com Brehmer e Ramos (2014), no cenário dos serviços de saúde, a integração entre ensino e serviço ajuda a renovar a prática daqueles que fazem a rotina do serviço e possibilita a construção coletiva dos sujeitos em formação. Desta forma, percebe-se a necessidade de buscar estratégias que reduzam a desarticulação existente entre as propostas curriculares e a prática do serviço.

O estudo de Ruas (2016) investiga as estratégias comunicativas utilizadas na produção das advertências sanitárias, com equipes diretoras das ETSUS e coordenações estaduais do Curso de Formação aos Agentes Comunitários e Auxiliares e Técnicos de Enfermagem em crack, álcool e outras drogas.

Ele revela que, apenas uma ETSUS, localizada no Espírito Santo, realizou uma capacitação voltada para o cuidado do fumante, revelando uma fragilidade no desenvolvimento de ações voltadas à educação na saúde. Neste sentido, entende-se que as ETSUS são instituições que podem ampliar os espaços de discussão e debate com usuários e trabalhadoras do SUS, reduzindo as fragilidades existentes nas propostas políticas.

O estudo de Saragiotto (2009) se propõe a analisar as contribuições da matriz curricular oferecida pela Escola de Saúde Pública de Mato Grosso, no Curso

Técnico de Enfermagem oferecido no município de Sapezal, e seus impactos na atuação dos técnicos nas Equipes de Saúde da Família (ESF).

No primeiro momento, a partir da análise documental realizada, constatam-se distanciamentos entre os conteúdos ofertados e as necessidades frente ao trabalho nas (ESF), uma vez que a análise, segundo a autora, indica “uma matriz curricular focada na assistência de enfermagem, privilegiando um conjunto de protocolos fixados, normatizados e pré-definidos” (SARAGIOTTO, 2009, p. 39). A entrevista com egressas do curso Técnico de Enfermagem, hoje atuantes nas ESF, indica que os conhecimentos adquiridos através do curso encontram-se distantes da realidade vivenciada por eles em seu ambiente de trabalho.

Os achados do estudo apresentado por Saragiotto (2009) revelam a necessidade de revisão e atualização da matriz curricular oferecida pela instituição ao município de Sapezal, tendo em vista que o direcionamento não está de acordo com a realidade encontrada no ambiente de trabalho.

Sabe-se que o debate sobre a formação para a atuação no SUS não é recente. Diversos projetos, conforme apresentado nesta dissertação, foram desenvolvidos com o objetivo de auxiliar a atuação dos(as) trabalhadores(as) no sistema de saúde, o que indica que as instituições formadoras devem estar atentas à realização da formação dos(as) futuros trabalhadores(as) do SUS, respeitando as demandas do serviço e não do mercado de trabalho.

Deste modo, o debate sobre a formação, coerente com as necessidades do SUS, ainda é um debate atual e carece de atenção tanto por instituições formadoras públicas quanto privadas, de nível técnico e superior, que ainda tendam a formar profissionais incoerentes com a realidade dos seus espaços de atuação.

O trabalho de Vale (2013) se propõe a compreender como é abordado o princípio da integralidade de acordo com a percepção da equipe coordenadora dos cursos Técnicos de Enfermagem desenvolvidos pelas ETSUS. O estudo conclui que este princípio é abordado na proposta pedagógica das Escolas, mas que é necessário um maior preparo do corpo docente para que tenha condições de mediação da formação dos sujeitos de maneira reflexiva.

Entende-se que a integralidade é um princípio do SUS proposto para compreender as necessidades de saúde do sujeito, considerando os fatores biológico, cultural e social do indivíduo e tendo como objetivo a redução do

distanciamento entre as práticas preventivas da saúde e as assistenciais, tornando-se uma concepção que contribui com o cuidado em saúde.

Desta forma, faz-se necessário acompanhar o trabalho pedagógico desenvolvido pelo corpo docente, não com o objetivo de direcionar a sua prática a modelos preestabelecidos, mas de possibilitar a reflexão sobre sua atuação e contribuição na formação do trabalhador para, assim, contribuir com uma mudança social e cultural no processo de trabalho dos sujeitos estudados.

3.5 CONTRIBUIÇÕES DOS ESTUDOS PARA O CONHECIMENTO DAS ETSUS

Este subcapítulo foi desenvolvido com base em algumas reflexões sobre os estudos identificados acerca das ETSUS, no Portal da CAPES. Desta forma, a escrita ocorreu com base em comparações em relação às aproximações e distanciamentos dos estudos analisados e discutidos no subcapítulo anterior.

Desta forma, os trabalhos apresentados por Rodrigues (2016), Brasil (2002) e Galvão (2002) contribuem com a memória da Educação Profissional em Saúde, por apresentarem sua trajetória histórica e as propostas pedagógicas das ETSUS estudadas, tendo em vista que são espaços ricos de conhecimento e, por estarem estruturadas em distintos estados, possuem cultura, história e conhecimentos distintos.

Com a análise das produções apresentadas, identifica-se que os estudos buscam acompanhar as ações desenvolvidas nas ETSUS, assim como as estratégias utilizadas para fortalecer a Educação Profissional em Saúde. Deste modo, podem ser utilizadas como ferramenta de avaliação para a gestão da educação, considerando que as produções descrevem as oportunidades de melhoria das instituições estudadas e possibilitam um olhar externo ao trabalho estabelecido no cotidiano das escolas.

Neste sentido, as produções revelam aproximações entre os estudos, em distintas realidades institucionais. Como exemplo, o trabalho de Faleiro (2015) destaca os desafios para a utilização da Educação a Distância nas ETSUS, de acordo com a visão da gestão. Em seus achados, apresenta a falta de profissionais qualificados para a atuação enquanto tutor, bem como a frágil estrutura física das instituições.

Na publicação de Vale (2013), é destacado que o escopo de docentes temporários dificulta o aprofundamento de conceitos como a integralidade, na formação de técnicos de enfermagem, além do preparo docente para realizar a articulação entre ensino e serviço.

Então, faz-se pertinente ressaltar que a capacitação docente é um desafio presente no processo histórico de criação das ETSUS quando, em sua concepção, indica que o corpo docente será composto por trabalhadores(as) do SUS (SILVA, 2002). Assim, revela desafios não restritos ao papel de trabalhador(a) enquanto docente, mas à qualificação e fixação da força de trabalho do SUS.

Os trabalhos de Camarão (2010), Rodrigues (2016) e Brasil (2002) apresentam contribuições para a memória das ETSUS do Rio de Janeiro, da Paraíba e da Bahia (PEREIRA, 2002; RODRIGUES, 2016; CAMARÃO, 2010), pois se aproxima da finalidade expressa para esta dissertação.

Pereira (2002), dentre as contribuições presentes em seu trabalho, destaca a análise das concepções de qualificação profissional encontradas na Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos, feita por meio da análise do discurso docente.

Em estudo, a autora revela a importância das escolas enquanto espaços significativos de formação de nível médio e elementar do SUS. Todavia, ao analisar o currículo da Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos, identifica-se a carência de aportes teóricos nos currículos capazes de aprofundar o conceito de saúde enquanto prática social. Observa-se que a ausência desta abordagem tenciona para uma formação tecnicista, pouco indicada aos(as) trabalhadores(as) do SUS.

O trabalho de Rodrigues (2016) realiza o resgate histórico do Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba e identifica a dificuldade de acesso aos documentos da instituição, considerando que o Projeto Político Pedagógico da Escola assemelha-se a um relatório de atividades e não deixa claro o posicionamento político-pedagógico da instituição.

Deste modo, concorda-se com a percepção de Rusen (2010, p. 12) quando apresenta que o pensamento histórico tem um viés científico sempre que segue a um método que “significa sistematização e ampliação dos fundamentos que

garantem a verdade”, sendo uma atividade que implica em compreender determinantes políticos e históricos.

Merece ser aprofundada, nesta perspectiva, a historicidade das ETSUS como ferramenta para a gestão das Escolas, professores/professoras e a sociedade. Entende-se que as ETSUS contribuem, enquanto instituições públicas e dentro de um processo democrático de socialização das ações desenvolvidas pelo SUS, com o processo de reconhecimento e formação profissional de trabalhadores(as) de nível médio inseridos(as) no SUS, na medida em que as ações por elas desenvolvidas tornam-se públicas.

Outra consideração acerca das ações desenvolvidas por estas Escolas ocorre pelo fato de o artigo 6º da Constituição Federal de 1988, em seu inciso III, apresentar que é de responsabilidade do SUS a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde. Porém, esta é uma atribuição pouco debatida na sociedade civil.

A Revista Radis, em sua edição 104, debate sobre o “SUS que não se vê” e chama a atenção para a existência de um grande desconhecimento da população em relação às atribuições do SUS, fato comprovado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), que apresenta um estudo realizado no Sistema de Indicadores de Percepção Social em Saúde, em 2011, no qual sugere que 34,3% da população afirmam nunca ter usado o Sistema, o que comprova um total desconhecimento das suas responsabilidades.

Estes problemas ocorrem em virtude dos interesses em fragilizar as ações desenvolvidas pelo SUS. A Revista Radis, em sua edição 35, também mostrou a existência de um interesse individual, em nome de indivíduos da gestão ou partidos políticos, em divulgar ações do SUS em interesse próprio e não com o intuito de fortalecer este sistema. Então, compreende-se que existe a necessidade de minimizar a imagem contrária desenvolvida a respeito das atribuições do SUS, não com o objetivo de camuflar suas fragilidades, mas de contribuir com os espaços de socialização já existentes.

Em resumo, os trabalhos apresentados se propõem a divulgar e refletir as estratégias utilizadas pelas escolas, a fim de potencializar o trabalho realizado nestes espaços. Destaca-se que os estudos podem potencializar tanto o

aprimoramento das práticas de trabalho como a divulgação e o reconhecimento deste espaço enquanto instituição formadora do SUS.

O capítulo a seguir, O CEFOPE/RN e suas Interconexões com as Políticas de Educação Profissional de Saúde no Brasil (1984-2015), visa dialogar com a história do CEFOPE/RN e debater as atividades desenvolvidas neste espaço formativo.

4 A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NO RIO GRANDE DO NORTE: O CENTRO DE FORMAÇÃO DE PESSOAL PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE DR. MANOEL DA COSTA SOUZA

Este capítulo apresenta a história do Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde Dr. Manoel da Costa Souza - CEFOPE/RN, articulando-a com as políticas de Educação Profissional em Saúde, desenvolvidas no Brasil, no período de 1984 a 2015. Para tanto, este capítulo inicia-se tendo como base o levantamento feito por Germano (1996), cujo recorte histórico considera o período de 1984 a 1996. Em seguida, serão apresentados os cursos desenvolvidos no período de 1997 a 2015, tendo como suporte uma pesquisa documental realizada na instituição.

O CEFOPE/RN integra a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS), instituída pela Portaria nº 2.970, de 25 de novembro de 2009. A ideia de Rede consistiu no rompimento com a situação de vulnerabilidade enfrentada pelas ETSUS, no que diz respeito à compreensão desse espaço para os serviços de saúde.

Para a construção deste capítulo, foram utilizadas as atas de classe dos cursos ofertados pelo CEFOPE/RN. A escolha da análise documental possibilitou a captação e validação de informações que podem identificar as tendências pedagógicas constituintes da institucionalização dos processos educacionais dos(as) trabalhadores(as) de nível médio em saúde, permitindo a identificação de seus fundamentos históricos.

Para atender o objetivo deste capítulo, analisar o papel desempenhado pelo CEFOPE/RN enquanto instituição integrante da RETSUS, de 1985 a 2015, apresenta-se o *loco* deste estudo no subcapítulo: “a educação profissional em saúde no CEFOPE/RN: onde se iniciam os processos de formação e se apresenta a organização estrutural deste Centro.

Em seguida, apresentar-se-á “O Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde Dr. Manoel da Costa Souza: anos Iniciais”, no qual os marcos iniciais serão destacados. O subcapítulo “O Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde Dr. Manoel da Costa Souza: recorte de uma Trajetória”, por sua vez, abordará os cursos concluídos, bem como as regiões de saúde alcançadas, de 1997 a 2015.

Por fim, no subcapítulo “Conhecendo o Projeto Político Pedagógico: reflexões sobre o modelo adotado”, dissertar-se-á sobre a proposta e os fundamentos históricos e sociais que o norteiam.

4.1 A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NO CEFOPE/RN: ONDE SE INICIAM OS PROCESSOS DE FORMAÇÃO

Situado no Rio Grande do Norte, o CEFOPE/RN tem relevância nacional por sua experiência pioneira na área de formação em Educação Profissional em Saúde no Brasil, integrando uma das primeiras Escolas de Formação para os serviços públicos de saúde (GERMANO, 1996). Com a criação do SUS, o CEFOPE/RN, assim como as demais Escolas Técnicas, passou a integrar as ETSUS.

Ao contar sua história, Germano (1996) apresentou que o CEFOPE/RN foi criado em 01 de fevereiro de 1984, por meio do Decreto Estadual nº 8.861, e autorizado pela Portaria nº 314, de 1985, do Conselho Estadual de Educação do Estado do Rio Grande do Norte.

O então denominado Centro de Formação era localizado no Hospital Evandro Chagas, no bairro das Quintas, em Natal. Ademais,

a partir de 1986, conforme o Decreto 9.481, de 13 de fevereiro de 1986, do Governo do Estado, o referido Centro passou a denominar-se Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde “Dr. Manoel da Costa” (CEFOPE/RN), numa justa homenagem, pós-morte, ao coordenador geral da Secretaria de Saúde do Estado e, posteriormente, também ao Secretário de Saúde, o médico, Manoel da Costa Souza, que todo apoio dispensou ao Projeto, além de ter lutado incessantemente, no sentido de vencer os entraves e as dificuldades comuns ao serviço público, em função do bom andamento dos cursos (GERMANO, 1996, p. 31).

Ainda em conformidade com Germano (1996), a construção do prédio do CEFOPE/RN, hoje localizado na Avenida Alexandrino de Alencar, 1850, no bairro Tirol, Natal/RN, CEP 59015-350, teve início em 1994 e foi finalizado em 1996. A autora destaca a participação e apoio dos governadores da época⁸, Secretários de Saúde Estaduais e coordenadores de recursos humanos dos governos.

⁸ No período de 1986 a 1991, o Estado do Rio Grande do Norte teve como governador Geraldo José da Câmara Ferreira de Melo (PMDB). Na gestão seguinte, no período de 1991 a 1995, José Agripino Maia (PFL) e, em 1996, termina com o governo de Garibaldi Alves Filho (PMDB).

A construção do prédio contou com apoio do Banco Mundial, através do Projeto Nordeste⁹. A primeira etapa deste Projeto teve início na década de 1980, com o objetivo de fortalecer o acesso à educação daqueles que moravam na Região Nordeste e estavam em situação rural. De acordo com Pereira (2007), esse processo foi enfraquecido por questões políticas, sendo retomado na década de 1990, por buscar contribuir com o fortalecimento do Ensino Básico da Região Nordeste, a nível Estadual e Municipal.

De acordo com Germano (1996), a estrutura organizacional do CEFOPE/RN ficou constituída com os Pareceres de nº 021, de 1985, e nº 27, de 1994, do Conselho Estadual de Educação do Rio Grande do Norte. Nesta perspectiva, o Quadro 3 apresenta sua estrutura no período do estudo realizado por Germano (1996).

Quadro 3 - Estrutura Organizacional do CEFOPE/RN (1996)

Estrutura	Composição
Direção	Diretor geral e diretor adjunto
Divisão de Apoio Técnico Pedagógico	Coordenação Técnico-Administrativa e Secretaria Escolar
Divisão de Apoio Administrativo	Mecanografia, almoxarifado, execução financeira e serviços gerais

Fonte: Germano (p. 32, 1996, adaptado pela autora deste trabalho).

De acordo com o regimento do CEFOPE/RN, descrito na Portaria nº 314, de 1985, é de responsabilidade da direção: planejar, acompanhar as atividades desenvolvidas no CEFOPE/RN e representar a instituição perante outros órgãos. Outra responsabilidade descrita para o cargo de direção é a possibilidade de exercer outras atribuições, caso seja solicitado pela Secretaria do Estado de Saúde Pública do Rio Grande do Norte.

Na divisão de apoio técnico-pedagógico, a equipe deve acompanhar as atividades pedagógicas desenvolvidas pelos docentes, como também sua aplicação junto ao corpo discente. Esta equipe é composta por profissionais da educação e da saúde, os quais devem seguir as Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação

⁹ De acordo com Figueiredo (2009), na década de 1990, houve uma forte intervenção do Banco Mundial na política educacional brasileira. Do total de 6 projetos aprovados, dois foram situados na Região Norte, com o foco na Educação Básica.

Profissional. Por fim, as atribuições da divisão de apoio administrativo devem manter e organizar a instalação física do CEFOPE/RN, o que contribui com a manutenção e historicidade do prédio.

O regimento escolar do CEFOPE/RN, entre suas competências, estabelece:

Definir e implementar diretrizes para a educação profissional em saúde, com base nas necessidades de qualificação/habilitação, considerando a organização e dinâmica dos serviços, bem como as novas tecnologias e as demandas de mercado do trabalho em saúde (RIO GRANDE DO NORTE, 2011, p. 5).

É possível identificar que o CEFOPE/RN segue a sua organização de acordo com as necessidades locais dos serviços de saúde do Rio Grande do Norte. De acordo com Pereira e Ramos (2006), os Centros de Formação e as ETSUS apresentam variações entre seus regimentos. Mas, de maneira geral, possuem direção, secretaria escolar, departamento administrativo e financeiro e coordenação pedagógica, respeitando as características da região.

Um dos ganhos do CEFOPE/RN, com a oferta de cursos pelo PROFAE, refere-se à sua modernização estrutural. De acordo com o Relatório da Avaliação Institucional do PROFAE, este programa conseguiu atuar na modernização das ETSUS existentes, a partir de um planejamento estratégico realizado, identificando suas áreas frágeis (BRASIL, 2008). O Quadro 04 apresenta a atual estrutura organizacional, após a execução do Projeto.

Quadro 4 - Estrutura Organizacional do CEFOPE/RN (2016)

Estrutura	Composição
- Direção geral:	Setor de Recursos Humanos, observatório de pesquisa e o setor de tecnologia da informática.
- Direção administrativa:	Setor de folha de pagamento, Almoxarifado, compras, terceirizados da limpeza e vigilantes, transporte, mecanografia, patrimônio e cozinha.
- Direção técnico-pedagógica:	Equipe técnico-pedagógica, secretaria escolar, biblioteca, coordenação de turno, laboratórios e apoio didático.

Fonte: Medeiros (2016).

Assim, tendo como referência as mudanças na organização apresentadas no Quadro 03 por Germano (1996) e no Quadro 04, por Medeiros (2016), as alterações existentes na estrutura organizacional do CEFOPE/RN, em tempos distintos, apresentam o detalhamento de sua composição. Ou seja, a estrutura do CEFOPE/RN, apresentada por Medeiros (2016), encontra-se mais clara que a primeira estrutura, presente no estudo de Germano (1996). A composição atual pode ser vista como uma organização mais clara do CEFOPE/RN.

Em relação ao corpo docente, o regimento do CEFOPE/RN destaca que “se constituirá de todo o pessoal selecionado para os cursos, atendendo ao pré-requisito de estar engajado e/ou em processo de admissão com os serviços de saúde” (RIO GRANDE DO NORTE, 1985, p. 91).

Sobre o corpo docente ter relação com o serviço de saúde, dá-se devido ao fato de seguir a proposta pedagógica do CEFOPE/RN e ETSUS, tendo o cuidado de, na formação, ofertar o diálogo com a realidade e problematizar o aprendizado, com base no serviço de saúde. No entanto, um estudo realizado por Borges, Garbin e Siqueira (2012) apresentou que, dentre os desafios para realizar a integração entre ensino e serviço, a atuação do corpo docente encontra-se entre as dificuldades mencionadas pela gestão das ETSUS.

Ao analisar o atual regimento do CEFOPE/RN, publicado em 2011, observa-se uma modificação em relação ao que propõe o primeiro regimento da instituição, no qual

O corpo docente é constituído por profissionais de nível superior, **oriundos dos serviços de saúde ou não**, que assumem o exercício da função, mediante capacitação pedagógica, nas formas de prestação de serviços, conforme a necessidade dos projetos executados pela Escola (RIO GRANDE DO NORTE, 2011, p. 20, grifo da autora deste trabalho).

Ou seja, de acordo com o atual regimento do CEFOPE/RN (RIO GRANDE DO NORTE, 2011), o espaço de atuação do corpo docente é ampliado, não necessitando ser vinculado ao serviço, conforme solicitado no Regimento de 1985 (RIO GRANDE DO NORTE, 1985). Isso ocorre pelo fato de as ETSUS possuírem um pequeno quadro de docentes vinculados à instituição, submetendo-se a abertura de processos seletivos temporários para docentes, visando conseguir compor o quadro docente dos cursos.

Entretanto, deve-se destacar que ter profissionais sem vínculo com os serviços de saúde no corpo docente da escola pode desenvolver tensões na proposta em que foi pensado o CEFOPE/RN. Parte-se do pressuposto de que existe a possibilidade de o docente não conhecer a realidade do serviço de saúde e se limitar às reflexões que contribuem com a formação dos sujeitos, distanciando o diálogo entre o educador e o educando devido à ausência da prática.

Por essas razões, considera-se

o problema sobre se é possível atribuir ao pensamento uma verdade objetiva, não é um problema teórico, mas sim prático. É na prática que o homem deve demonstrar a verdade, isto é, a realidade e o poder, a força de seu pensamento. A disputa em torno da realidade ou irrealidade do pensamento - isolado da prática - é um problema puramente escolástico (MARX, 2011, p. 41).

Diante desta racionalidade, pode-se destacar que o discente do CEFOPE/RN é um trabalhador do SUS e, assim, torna-se coerente que a prática docente tenha como base o conhecimento da realidade do SUS, para contribuir com as reflexões presentes na realidade do discente.

Desta forma, buscando romper com a formação distante da realidade e ao estudar sobre a formação do corpo docente, Machado (2013) destaca que é necessário construir uma política nacional de valorização para aqueles que atuam na educação profissional, rompendo com improvisações e com o tratamento de equivalência formativa atribuída à área de atuação.

O Regimento Escolar do CEFOPE (RIO GRANDE DO NORTE, 2011) apresenta que os cursos serão ofertados mediante a aprovação de projetos na Comissão de Integração Ensino e Serviço (CIES/RN), Comissão Inter-gestor Bipartite (CIB) e Conselho Estadual de Saúde (CES).

A CIES é um espaço de negociação que visa ao desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, de acordo com orientações previstas no Artigo 14, da Lei nº 8.080, de 1990, e na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS - NOB/RH-SUS. Ademais, é composta por gestores e gestoras municipais e estaduais, trabalhadores(as) do SUS, instituições de ensino que tenham cursos da área da saúde e movimentos sociais, bem como suas entidades representativas (BRASIL, 2007).

França et al. (2017) identificam que 88% das Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil possuem CIES, assim como sua coordenação é conduzida pelo órgão responsável pela Educação Permanente no Estado. De acordo com as autoras, “corroboram o caráter que se espera das CIES’s, ou seja: Instâncias permanentes para a formulação e condução do desenvolvimento dos Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde” (FRANÇA et al., 2017, p. 1819).

Sem dúvidas, esta organização potencializa uma das características da Escola, por meio do comprometimento de levar formação aos estudantes. Para isso, o CEFOP/RN realiza cursos em sua unidade sede, também em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde (RIO GRANDE DO NORTE, 2011).

Sobre a modificação do perfil docente da escola, apesar de abrir a possibilidade para docentes sem experiência com o serviço, reforça-se a ideia de que, enquanto instituição formadora para o SUS, é necessário que o docente tenha uma vinculação com o serviço para que tenha a compreensão da realidade dos(as) trabalhadores(as) e os ajude a fortalecer seus espaços de atuação.

Para além do objeto deste estudo, também se deixa registrada a necessidade de aproximar os cursos da área da saúde com a Educação Profissional em Saúde, posto que ainda têm prevalência da desarticulação entre as diversas formações da área e as especificidades da Educação Profissional em Saúde. Assim, compreendida a organização do CEFOP/RN, o subcapítulo a seguir resgatará os anos iniciais desta instituição, buscando contribuir com a memória da instituição.

4.2 O CENTRO DE FORMAÇÃO DE PESSOAL PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE DR. MANOEL DA COSTA SOUZA: ANOS INICIAIS

Pretende-se, neste subcapítulo, apresentar os cursos ofertados pelo CEFOP/RN em seus anos iniciais. Para isso, têm-se como base o estudo realizado por Germano (1996), que conta a história do CEFOP/RN de maneira reflexiva, de 1984 até o ano de 1997.

De acordo com Germano (1996), o CEFOP/RN teve início com a sua primeira turma do Curso de Visitador Sanitário, uma turma de 45 alunos. O Visitador Sanitário deveria se relacionar de maneira mais estreita com as famílias do distrito onde trabalhava. Muitas vezes, exercendo funções que se tornavam mais complexas

de acordo com o tipo de unidade onde estava inserido (BODSTEIN; FONSECA, 1989).

Todavia, seguindo uma tendência nacional, este curso foi transformado no Curso de Auxiliar de Enfermagem, por possuir matriz curricular com atribuições semelhantes. Destaca-se que este pacto ocorreu com o apoio de entidades, como a Associação Brasileira de Enfermagem do Rio Grande do Norte (ABEN) e os Ministérios da Saúde, da Educação, Secretarias de Saúde e Escolas de Enfermagem.

A Tabela 02, apresentada a seguir, informa o quantitativo de cursos ofertados, no período de 1984 -1996, pelo CEFOPE/RN.

Tabela 2 - Demonstrativo dos cursos por área de profissionalização iniciados no Rio Grande do Norte (1984-1996)

Ano/curso	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	Total
Suplementação técnico de enfermagem	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	3
Auxiliar de nutrição e dietética	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	2	5
Atendente de consultório dentário	0	0	0	1	0	1	1	1	2	1	1	0	1	9
Auxiliar de patologia clínica	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Auxiliar de enfermagem	2	1	0	1	1	3	5	8	27	14	12	31	7	112
Total	2	2	1	3	3	6	7	10	31	17	15	32	11	140

Fonte: Germano (1996).

Um estudo realizado por Sório e Lamarca (1998) afirma que, em seus anos iniciais, foram diversas as dificuldades encontradas pelos Centros de Formação na oferta de cursos, tanto por sua proposta inovadora como pela falta de reconhecimento sobre o papel desempenhado por trabalhadores(as) de nível médio. Diante do exposto, a Tabela 01 demonstra que, apesar das adversidades vivenciadas pelos Centros de Formação, o CEFOPE/RN, no período de 1984 a 1996, de maneira exitosa, conseguiu ofertar 140 turmas de cursos técnicos.

Portanto, as ETSUS não foram pensadas de maneira substitutiva às Escolas Técnicas existentes no Brasil. São Escolas que acompanham e formam os(as) trabalhadores(as) da área da saúde e foram pensadas para dar centralidade à

formação destes estudantes, atendendo às suas necessidades de trabalho. Então, foram institucionalizadas para um público-alvo específico de trabalhadores(as) do SUS, os quais se encontravam em serviço.

Para tanto, a escola precisava ser flexível para atender o perfil do indivíduo e, descentralizada, para alcançar os que atuavam em seus diversos espaços geográficos, corroborando com o que preconiza o SUS e passando a ser organizado de modo a ter como referência uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde (BRASIL, 1988).

A regionalização dos serviços representa um dos princípios organizativos do SUS e possibilita sua organização a partir de um dado território, buscando ofertar aos usuários o atendimento integral.

O SUS, como princípios organizativos, possui a Regionalização, que ocorre pela articulação entre os serviços já existentes em um espaço geográfico, e a Hierarquização, que deve proceder a partir da divisão de níveis de atenção à saúde, organizando o acesso aos serviços de saúde por níveis de necessidade. Quanto à Descentralização e Comando Único, sabe-se que a descentralização busca democratizar o poder e suas responsabilidades entre os três níveis de governo. Participação Popular: dar-se-á a partir do envolvimento da sociedade nas ações de saúde e na tomada de decisão.

O processo de regionalização ocorre de maneira a organizar os serviços de modo mais eficiente e eficaz, respeitando as características epidemiológicas da população (DUARTE et al., 2015). Apesar de o CEFOPPE/RN não estar enquadrado enquanto serviço de saúde, pensar suas atividades no formato das regiões de saúde possibilita a aproximação no desenvolvimento e organização dos cursos ofertados, considerando suas características epidemiológicas, sociais e econômicas.

O CEFOPPE/RN é uma instituição que tem o objetivo de formar e qualificar trabalhadores(as) da área da saúde pública. Desta forma, considerando a organização do SUS, os cursos são ofertados nas unidades Regionais de Saúde, enquanto a parte administrativa fica centralizada na sede do CEFOPPE/RN, em Natal, Rio Grande do Norte.

Com a oferta dos cursos nas Regiões de Saúde, possibilita-se uma maior articulação entre trabalho, educação e saúde, voltada às especificidades locais, potencializando a problematização e a aproximação dos conteúdos à realidade local.

Ressalta-se que a relevância da ETSUS torna-se maior quando identificamos os inúmeros desafios que permeiam o SUS. Além da responsabilidade de garantir o acesso aos milhões de brasileiros e de ter trabalhadores(as) nos serviços de saúde, elas devem ter a compreensão dos princípios e diretrizes deste sistema. Machado, Oliveira e Moyses (2011) reforçam que, apesar da expressiva quantidade, os(as) trabalhadores(as) ainda enfrentam desafios relacionados à valorização do trabalho, nem à sua formação.

Vieira e Chinelli (2013) chamam a atenção para o fato de que é necessário estar atento ao ambiente em que trabalhadores(as) de nível técnico estão inseridos(as), pois são espaços que não valorizam a sua formação e atuação. Isto, se considerar que o trabalho em saúde hoje é articulado, em um contexto de precarização das relações de trabalho que interfere diretamente na relação da subjetividade da pessoa e do seu reconhecimento social.

Este cenário reforça a importância do CEFOPE/RN enquanto instituição que dialoga com trabalhadores(as) do SUS para, a partir da formação e qualificação, possibilitar o acesso a novos conhecimentos, reflexões e caminhos para além do ambiente de trabalho, chegando à sociedade.

A Tabela 03 apresenta os cursos ofertados por Regionais de Saúde, no período 1984 a 1996 (GERMANO, 1996). No período deste estudo, o Rio Grande do Norte estava organizado em sete Regionais de Saúde, possuindo uma cidade sede em cada regional: a Primeira Regional de Saúde, em São José do Mipibu; a Segunda, em Mossoró; a Terceira, em João Câmara; a Quarta, em Caicó; a Quinta, em Santa Cruz; a Sexta, em Pau dos Ferros e a Sétima, na Grande Natal.

Tabela 3 - Demonstrativo de cursos concluídos por Regional, iniciados no período de 1984-1996.

REGIONAL DE SAÚDE	Nº DE CURSOS	%
I Regional	08	7,34
II Regional	19	17,43
III Regional	06	5,50
IV Regional	19	17,43
V Regional	05	4,59
VI Regional	19	17,43
Natal e grande Natal	33	30,28
TOTAL	109	100

Fonte: Germano (1996, p.42).

O alto quantitativo de cursos, em determinadas regiões, a exemplo de Natal e Grande Natal, deve-se ao fato de esses espaços geográficos possuírem uma maior concentração de serviços de saúde e, assim, demandarem uma maior qualificação profissional.

Para Germano (1996), a década de 1990 contou com forte atuação da ABEN/RN, do Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Norte (COREN/RN) e do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Isso contribuiu para a oferta de cursos na área da saúde em enfermagem, em decorrência do alto quantitativo de trabalhadores(as) ainda sem formação adequada.

Pode-se ressaltar, neste sentido, que o CEFOPÉ/RN tem característica da “escola função”, idealizada por Santos e apresentada por Castro *et al* (2002). A Escola Função foi pensada para que a formação fosse levada ao SUS, atendendo às necessidades de qualificação de seus profissionais. Destaca-se que a formação de recursos humanos potencializa a garantia da atenção de boa qualidade, necessária aos cuidados e à execução das atividades dos serviços de saúde disponíveis para a população.

Para Salgado,

[...] as relações entre educação e trabalho assumem posições estratégicas e repletas de novos significados, pois a função da educação se torna mais importante na preparação da força de trabalho, uma vez que as habilidades requeridas do novo trabalhador são muito relacionadas com aquelas desenvolvidas na escola, isto é, responsabilidade, capacidade de abstração, de resolver problemas, de trabalhar com símbolos e compreensão de textos abstratos, entre outras (1997, p. 87).

A melhoria dos processos formativos de trabalhadores(as) da saúde, para atuarem em um serviço público de saúde como proposto pelo SUS, reforça a importância da educação profissional a fim de atender àqueles cujo trabalho se materializa em espaços de saúde.

Entende-se que a proposta do CEFOPÉ/RN, em seus anos iniciais, atingiu o seu objetivo, ou seja, a oferta de cursos em educação profissional para trabalhadores(as) de nível médio atuantes nos serviços de saúde. Entretanto, os achados desta pesquisa apresentam os percalços enfrentados para a prática destes cursos na instituição, envolvendo: a falta de um sistema de informação para a

gestão da Escola, serviço de transporte para acompanhamento, atendimento e fiscalização das atividades desenvolvidas no Estado e estruturação das Regiões de Saúde, locais onde são realizados os cursos (GERMANO, 1996).

Registra-se, que as dificuldades encontradas nos anos iniciais se assemelham às encontradas em outros estudos, como o de Pereira (2002) e Sório e Lamarca (1998), quando refletem sobre a falta de compreensão por parte dos gestores sobre a função da escola para o serviço de saúde.

Outro fator que deve ser destacado é referente ao fato de que, no período do estudo realizado por Germano (1996), o SUS se encontrava em seus anos iniciais de estruturação, em um momento de consolidação e criação de normativas por parte da gestão, além da compreensão de sua função para a sociedade, tornando a prática escolar, neste contexto, um desafio ainda maior.

Importa salientar que a década de 1990 foi caracterizada como um período no qual o estado brasileiro estava sendo organizado com diretrizes neoliberais, sendo possível visualizar seus impactos reducionistas, não só na área da saúde, mas também na educação, a partir da Lei nº 9.394, de 1996, e do Decreto Federal de nº 2.208, de 1997. A referida Lei representa uma proposta de desregulamentação compatível a interesses do Estado, ou seja, reduzindo suas obrigações com a oferta de uma educação pública de qualidade (FRIGOTTO; CIAVATTA, 2003).

O Decreto Federal nº 2.208, de 1997, por separar o Ensino Médio da Educação Profissional, contribuiu para o fortalecimento da proposta neoliberal do governo Fernando Henrique Cardoso, a qual potencializou o dualismo estrutural entre classes (SIMÕES, 2010). Sabe-se que este Decreto foi revogado, em parte, pelo Decreto nº 5.154, de 2004, durante o governo de Luiz Inácio Lula da Silva. Estes regulamentos representam marcos que não retratam conquistas favoráveis à sociedade.

A nova LDB – Lei nº 9.394/96 – e o Decreto nº 2.208/97 vieram desfazer todas as ilusões em torno de uma formação profissional emancipadora. Com a revogação daquele decreto e a aprovação do novo, Decreto nº 5.154, reacendem-se as expectativas, mas sempre com um travo de dúvida, em uma sociedade cuja hegemonia está nas leis do lucro do capital (TREIN; CIAVATTA, 2006, p. 110).

Estes fatores tornam-se mais desafios a serem enfrentados pelo CEFOPE/RN enquanto ETSUS: como garantir a formação de trabalhadores(as), sem aderir à

formação reducionista e limitada, de acordo com interesses econômicos do capitalismo. Esta afirmação é baseada no cenário apresentado a seguir:

Formar profissionais de saúde não significa, em nenhum nível, a mera adaptação ao existente, com seus fetiches e formas de alienação. Ao invés da informação fragmentada e distorcida, dos fatos e dados parciais, postos fora de contexto, trata-se do trabalho paciente de criticar, mediar, construir uma percepção crítica do profissional de nível médio que trabalha nos serviços de saúde. O que implica conhecimentos teóricos e práticos, culturais e técnicos, qualificando o trabalho e o cidadão no contexto do respeito, da remuneração justa, da participação ativa no cotidiano dos serviços de saúde, na visão crítica qualificada em relação ao país e suas contradições (PEREIRA; RAMOS, 2006, p. 52).

A formação de trabalhadores(as) está imersa em uma luta por um projeto de sociedade mais igualitário, que busque romper com questões instáveis no ambiente de trabalho, consolidadas por modelos de educação tradicionais. Desta forma, percebe-se que o CEFOP/RN possui desafios envolvedores da conjuntura nacional da Educação e do Trabalho em Saúde, mesmo tendo como prerrogativa a formação do trabalhador já inserido no mundo do trabalho.

Na Educação, os desafios ocorrem por seguirem os projetos de base nacional que, muitas vezes, seguem correntes redutoras da formação dos sujeitos na Educação Profissional. Estas são pautadas pela divisão social do trabalho que, apesar de sua presença histórica, reduz a forma de inserção de trabalhadores(as) técnicos(as) de saúde, limitando seus espaços de atuação e os inserindo, de maneira precária, nos serviços de saúde vinculados a formações que, para atuação em cenários diversos, ainda estão se estruturando; mesmo após anos de constituição, o que interfere, conseqüentemente, nas condições e relações de trabalho.

Diante deste contexto de desafios que permeia o cenário de atuação do CEFOP/RN, questiona-se sobre como ele vem contribuindo para a consolidação dos serviços de saúde nos últimos anos? O que tem desenvolvido em seu caminhar histórico?

Neste sentido, o subcapítulo a seguir apresenta o cenário de atuação desta escola, no período de 1997 a 2015.

4.3 O CENTRO DE FORMAÇÃO DE PESSOAL PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE DR. MANOEL DA COSTA SOUZA: NO PERCURSO DE 1997 A 2015

A relação entre trabalho e educação possibilita analisar dinâmicas sociais, econômicas e políticas na sociedade. Deste modo, contribui para a análise dos desafios históricos em que as instituições encontram-se inseridas. Esta pesquisa dá continuidade à proposta de conhecer e dialogar com a história do CEFOPE/RN, no período de 1997 a 2015.

Assim, como já discutido, identifica-se o CEFOPE/RN como um espaço contribuinte para a formação de trabalhadores(as) do SUS, com o desafio de ofertar uma formação crítica, para além de um modelo de trabalho estruturado em demandas de mercado que impõe o aumento da produtividade, economicidade e o instrumentalismo do trabalho em saúde, posto que este requer atenção e cuidado com a vida humana.

Para compreender as atividades desenvolvidas no período de 1997 a 2015, no CEFOPE/RN, foi realizada a análise de documentos, como atas escolares relacionadas ao período do estudo (1997 - 2015), Regimento Institucional (1985 e 2011) e Projeto Político Pedagógico.

Neste sentido, foi realizada uma pesquisa no CEFOPE/RN, especificamente no setor da Secretaria Escolar, de abril a junho de 2017. Foram analisadas todas as atas escolares impressas e assinadas pelos diretores da Escola no período estudado. Com a análise das atas escolares, foi possível identificar os cursos ofertados, o quantitativo de alunos matriculados e concluintes dos cursos, assim como as regiões de saúde contempladas com cursos no período em estudo.

A escolha das atas ocorreu por ser o documento que possuía o maior número de registros sobre os cursos ofertados, respaldados por assinaturas dos diretores. Na pesquisa, identificou-se uma falta de padronização dos documentos, o que fez com que, na coleta de dados, não fosse registrado o ano de início dos cursos, mas apenas o seu período de conclusão.

A análise documental possibilitou a captação e validação de informações, com o intuito de identificar as tendências históricas que nortearam a implementação dos processos educacionais da classe trabalhadora de nível médio em saúde do CEFOPE/RN. O recorte temporal compreende o período de 1997 a 2015, a

considerar que, até o ano de 1996, um estudo foi realizado por Germano (1996), conforme apresentado no subcapítulo anterior.

Assim, trata-se de tornar pública a história do CEFOPE/RN enquanto Escola de Educação Profissional em Saúde, instituição criada pela necessidade de estruturação do serviço de saúde e que defende uma formação adequada ao projeto de saúde pública, vinculada às necessidades objetivas e subjetivas dos usuários. Esta tarefa, evidentemente, torna seu espaço ainda mais desafiador. Por isso, devem ser consideradas as transformações vivenciadas pela concepção do trabalho no decorrer da história, em especial, no modelo de estado mínimo vivenciado a partir dos anos 1990, no Brasil.

O Quadro 05 apresenta os cursos ofertados no CEFOPE/RN no período de 1997 a 2015. As informações foram coletadas nas atas escolares elaboradas no período em estudo.

Quadro 5 - Cursos ofertados no CEFOPE/RN, de acordo com as atas escolares, no período de 1997 a 2015.

Ano de conclusão do curso	Cursos concluídos
1997	Auxiliar de enfermagem Auxiliar de nutrição e dietética Atendente de consultório dentário Auxiliar de patologia clínica
1998	Auxiliar de enfermagem Atendente de consultório dentário Auxiliar de patologia clínica
1999	Auxiliar de enfermagem Técnico em hemoterapia
2000	Auxiliar de enfermagem
2001	Auxiliar de enfermagem
2002	Qualificação profissional de auxiliar de enfermagem
2003	Qualificação profissional de auxiliar de enfermagem Qualificação profissional de auxiliar de enfermagem Iniciação tecnológica em biodiagnóstico Imunohematologia Biossegurança Educação em saúde Atualização em registro de saúde Terapia transfusional Atenção ao idoso
2004	Atenção ao idoso Técnico em enfermagem
2005	Qualificação profissional de auxiliar de enfermagem Técnico de enfermagem Técnico de hemoterapia

Ano de conclusão do curso	Cursos concluídos
2005	Atendente de consultório dentário
	Técnico em higiene dental
	Qualificação do agente comunitário de saúde
2006	Qualificação do agente comunitário de saúde
2007	Técnico de nível médio em gestão dos serviços de saúde
2008	Técnico de nível médio em nutrição e dietética
2009	Cuidador da pessoa idosa com dependência
2010	As ações de prevenção e controle de agravos obstétricos e neonatais na maternidade
	Qualificação para redução da morte materna e infantil nas ações de enfermagem da atenção básica
	Cuidados à mulher no ciclo gravídico-puerperal e ao recém-nascido na atenção básica-
	Ações de prevenção e controle de agravos obstétricos e neonatais na maternidade
	Qualificação para redução da morte materna e infantil nas ações de enfermagem da atenção básica
	Qualificação para cuidador da pessoa idosa com dependência
2011	Capacitação do agente comunitário de saúde (RMI)
2011	Técnico de nível médio em saúde bucal
2012	Não foi registrada conclusão de curso neste ano
2013	Capacitação do agente comunitário de saúde
2014	Não foi registrada conclusão de curso neste ano
2015	Técnico de nível médio em radiologia
	Técnico de nível médio em vigilância em saúde
	Capacitação do agente comunitário de saúde

Fonte: CEFOPE/RN, elaborado pela autora deste trabalho.

Pensando na melhoria dos processos formativos para trabalhadores(as) da saúde atuantes em um serviço de saúde pública, o Quadro 05 reforça a importância da educação profissional para atender àqueles cujo trabalho se materializa em espaços de saúde.

A presença do grande quantitativo de cursos de enfermagem segue uma tendência nacional de qualificação da força do trabalho da área, expressa com o desenvolvimento do PROFAE, que teve como propósito modificar a ausência histórica de cursos de formação na área para os(as) trabalhadores(as) inseridos nos serviços de saúde. Conforme Pereira (2002), a Escola Izabel dos Santos, também integrante da ETSUS, teve este projeto como principal atividade no ano de 2002.

Na análise dos cursos desenvolvidos pelo CEFOPE/RN, destaca-se o Curso de Qualificação do Agente Comunitário de Saúde, desenvolvido nos anos de 2005, 2006 e 2015. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) integra ações da Atenção Básica em Saúde (AB), na Equipe de Estratégia de Saúde da Família. Apesar da importância na organização da AB desde a década de 1990, a regulamentação

profissional ocorreu somente em 2002, com a promulgação da Lei nº 10.507, de 2002 (BRASIL, 2002).

O Curso de Cuidador da Pessoa Idosa com Dependência ocorreu em 2009, dentro de uma das diretrizes do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS), e foi uma das áreas estratégicas para capacitação de trabalhadoras, de acordo com o estabelecido pela Portaria Ministerial nº 3.189, de 2009 (BRASIL, 2009b). Enquanto ETSUS, o CEFOPE/RN participou das ofertas de cursos deste Projeto.

De acordo com Groisman (2013), o Curso de Cuidador da Pessoa Idosa com Dependência integra uma das vertentes do Programa Nacional de Formação de Cuidadores de Idosos (PNFCI), lançado em 2008 e potencializado graças ao PROFAPS. A carência de uma formação adequada na área, junto à modificação do perfil demográfico e epidemiológico da população, indicava a necessidade do desenvolvimento de estratégias para minimizar o longo período sem investimento na área, sendo inserida como meta durante o Governo Luiz Inácio Lula da Silva.

Neste contexto, a oferta deste curso é relevante no estado do Rio Grande do Norte, ao se observar que o último Censo, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), indica que 9,25% dos habitantes do RN possuem mais de 60 anos (MELO; SILVA, 2017).

Desta forma, é importante que a sociedade e os serviços de saúde estejam preparados para lidar com esse perfil populacional, e o CEFOPE/RN, como espaço de formação, deve contribuir com uma formação na perspectiva do cuidado integral aos sujeitos idosos.

Na análise, identifica-se que os cursos ofertados pelo CEFOPE/RN, no ano de 2010, seguiram a linha política desenvolvida pelo Programa Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil Nordeste-Amazônia Legal¹⁰, lançado pelo Ministério da Saúde. Este Programa foi desenvolvido durante os anos de 2009 e 2010.

Dentre as metas a serem alcançadas por esta política, havia a ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família e a qualificação dos profissionais para o acompanhamento das mães (BRASIL, 2010). O processo, com condução do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, vinculado à Secretaria de Gestão

¹⁰ Esta política buscou reduzir as desigualdades nas regiões Nordeste-Amazônia Legal, considerando “analfabetismo, mortalidade infantil e o sub-registro do enfrentamento do baixo dinamismo econômico no meio rural na região” (BRASIL, 2010, p. 7).

do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, foram ofertados cursos de formação especializada na área materno-infantil, com foco na Atenção Básica (BRASIL, 2010). Conforme os achados, o CEFOPE/RN foi envolvido nesse processo, oferecendo 47 cursos.

Assim, é válido destacar que a caracterização do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil Nordeste-Amazônia Legal justifica-se devido ao grande quantitativo de cursos com essa temática no CEFOPE/RN, no ano de 2010, voltados aos cuidados à mulher, aos cuidados infantil e neonatal, conforme apresentado no Quadro 05, ao descrever os cursos desenvolvidos.

Então, buscando dimensionar o alcance dos cursos ofertados pelo CEFOPE/RN, a Tabela 04 apresenta o número de alunos que foram matriculados e concluíram os cursos ofertados pelo CEFOPE/RN, no período de 1997 a 2015.

Tabela 4 - Quantitativo de Matriculados e Concluintes dos Cursos, de 1997 a 2015

	MATRICULADOS	CONCLUINTES	CONCLUINTES	NÃO CONCLUINTES
1997	379	334	88%	12%
1998	120	101	84%	16%
1999	209	178	85%	15%
2000	75	69	92%	8%
2001	91	60	66%	34%
2002	1039	1008	97%	3%
2003	2373	2267	96%	4%
2004	237	225	95%	5%
2005	3942	3489	89%	11%
2006	3377	3193	95%	5%
2007	29	27	93%	7%
2008	64	58	91%	9%
2009	207	139	67%	33%
2010	2126	1641	77%	23%
2011	1017	782	77%	23%
2012	0	0	0%	100%
2013	26	26	100%	0%
2014	0	0	0%	100%
2015	388	254	65%	35%
TOTAL	15699	13851		

Fonte: CEFOPE/RN, elaborado pela autora deste trabalho.

Os dados sugerem que o quantitativo de trabalhadores(as) concluintes dos cursos é bastante positivo, visto que o percentual é superior a 60% em todos os anos. Outro fator que nos chama a atenção é o alto percentual de matrículas. Todavia, este fator ocorre especialmente em Programas e Projetos a nível Nacional, como ocorreu no desenvolvimento do PROFAE, de 2001 a 2006; PROFAPS, de 2010 a 2011; e ao Programa do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil Nordeste-Amazônia Legal, em 2010.

Nesta perspectiva, identifica-se a influência das propostas nacionais no desenvolvimento dos cursos do CEFOPE/RN que, apesar de importante, pode camuflar dificuldades existentes no desenvolvimento de cursos que seguem as demandas a nível local/estadual.

Segundo Figueiredo e Salles (2017), os estudos sobre evasão nos cursos técnicos ainda são escassos. Tendo em vista que o público do CEFOPE/RN é composto por trabalhadores(as) do SUS, a instituição e o corpo docente devem estar atentos a uma possível não conclusão do curso, podendo ser um indicador de questões internas, relacionadas às dificuldades pessoais, assim como externas, voltadas à característica do curso.

Frisa-se também que a qualificação destes sujeitos implica dois fatores importantes: o primeiro refere-se à formação e qualificação crítica que colabora para a reflexão deste indivíduo sobre as relações sociais envolvendo o trabalho em saúde. Neste sentido, a formação na perspectiva da emancipação humana tem aspectos fundamentais de reconhecimento e compreensão da sua relação com o serviço e o mundo.

O segundo ponto comporta o fato do desafio de garantir um atendimento integral e equânime aos usuários do SUS. Esta garantia envolve questões estruturais, como a formação e qualificação, principalmente ao se observar o papel central da formação para o desenvolvimento do sistema de saúde, em especial, para os(as) trabalhadores(as) de nível médio.

Em relação às Regiões de Saúde contempladas com cursos ofertados pelo CEFOPE/RN, a Tabela 05 apresenta o total de turmas por Região de Saúde. De acordo com o Decreto nº 7.508, de 2011, a Região de Saúde é um espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de Municípios e delimitado por identidades culturais, econômicas e sociais (BRASIL, 2011).

O Rio Grande do Norte, seguindo este princípio, atualmente, é dividido em oito Regiões de Saúde, sendo elas: Iª Região de Saúde – São José de Mipibú; II Região de Saúde – Mossoró; III Região de Saúde – João Câmara; IV Região de Saúde – Caicó; V Região de Saúde – Santa Cruz; VI Região de Saúde – Pau dos Ferros; VII Região Metropolitana de Natal e VIII Região de Saúde, em Assu, de acordo com a página virtual da Secretaria Estadual de Saúde Pública do RN (2017).

Tabela 05 – Quantitativo de turmas por ano e Região de Saúde, de 1997 a 2015.

	1ª Região de Saúde	2ª Região de Saúde	3ª Região de Saúde	4ª Região de Saúde	5ª Região de Saúde	6ª Região de Saúde	Região Metropo- litana	8ª Região de Saúde	TOTAL
1997	3	2	1	2	2	3	7	1	21
1998	0	0	0	1	0	2	2	1	6
1999	1	1	0	3	1	3	4	0	13
2000	1	1	2	0	0	1	0	0	5
2001	0	0	0	2	0	1	1	0	4
2002	6	0	3	6	3	0	14	0	32
2003	8	1	9	19	5	1	36	0	79
2004	0	0	0	0	0	0	7	0	7
2005	15	8	11	22	14	5	28	4	107
2006	18	17	15	11	8	9	19	14	111
2007	0	0	0	0	0	0	1	0	1
2008	0	0	0	0	0	0	2	0	2
2009	0	0	0	0	0	0	8	0	8
2010	0	36	1	8	0	2	33	0	80
2011	4	5	3	4	3	2	13	1	35
2012	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2013	0	1	0	0	0	0	0	0	1
2014	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2015	1	1	1	1	1	1	6	1	13
TOT AL	57	73	46	79	37	30	181	22	525

Fonte: CEFOPE/RN, elaborado pela autora deste trabalho.

Os anos de 1998 a 2000 foram de poucas atividades em decorrência da ausência de recursos para o CEFOPE/RN (RIO GRANDE DO NORTE, 2004). Quando se analisa os cursos por ano, observa-se também a existência da ausência de cursos em anos seguintes (2001, 2007, 2008, 2009) em pelo menos uma das Regiões de Saúde. Os cursos, na Região Metropolitana de Natal, ocorrem continuamente de 1997 a 2011.

Ao considerar o somatório dos cursos, ao longo dos anos, todas as regiões de saúde foram contempladas no período de estudo. Assim, é possível observar uma alta concentração de turmas na Região Metropolitana (181), seguido da Primeira Região de Saúde (57), Segunda Região de Saúde (73) e Quarta Região de Saúde (79).

De acordo com Feitosa (2013), estas regiões possuem o maior quantitativo de hospitais, concentram-se especialmente na Região Metropolitana (6 unidades), Mossoró – Segunda Região (4 unidades) e São José do Mipibu - 1ª Região e Caicó – 4ª Região, com 3 unidades cada. O Estado do Rio Grande do Norte conta com a cobertura completa de Unidades Básicas de Saúde, contemplando assim, todas as Regiões de Saúde, de acordo com o portal eletrônico do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Esta cobertura implica refletir sobre o quantitativo de trabalhadores(as) inseridos(as) nestes espaços. De acordo com Machado, Oliveira e Moyses (2011), houve um grande acréscimo de estabelecimentos e de sua força de trabalho, no período de 1990 a 2000. Assim,

no período, há uma expansão intensa da rede de saúde no Brasil. O setor contava com 49.676 estabelecimentos de saúde, 544.357 leitos e 1.438.708 empregos, em 1992. Os números passam para 77 mil estabelecimentos, 433.210 leitos e 2.566.694 empregos, em 2005. A variação se resume da seguinte forma: o número de serviços de saúde cresceu 55% com mais ênfase na esfera pública municipal, que teve um incremento bruto de 128% na sua capacidade instalada - passando de 18.662 para 42.549 estabelecimentos. O setor privado teve uma variação no período de 41,3%, acrescentando 9.331 estabelecimentos à sua rede (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2011, p. 3).

Deve-se registrar, junto à ampliação dos serviços de saúde, conforme apresentado por Machado (2011), a qualidade do acesso a esses serviços, pois deve ser um ponto de atenção por parte da gestão. Desta forma, como instituição que busca ofertar a formação de nível médio da saúde no Rio Grande do Norte, o CEFOPÉ/RN tende a contribuir com a preparação da força de trabalho atuante nos serviços de saúde, por sua proposta de descentralização na oferta dos cursos, visando alcançar os (as) trabalhadores(as) que se encontram situados(as) nos diferentes espaços do Estado.

Em comparação ao estudo realizado por Germano (1996), que identificou a oferta dos cursos desenvolvidos pelo CEFOPE/RN de 1984 a 1996, é observado um aumento da quantidade de cursos e turmas no período de 1997 a 2015. Logo, tendo em vista o aumento dos cursos ofertados, considera-se um fortalecimento da Educação Profissional em Saúde no Estado, bem como do SUS e de sua força de trabalho.

É importante indicar a urgente necessidade de padronizar e informatizar os dados sobre os cursos ofertados pelo CEFOPE/RN. Durante a análise das atas escolares, foi identificada a ausência de informações de alguns projetos, os quais não puderam ser registrados nesta dissertação, como: Caminhos do Cuidado e o Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (PROFORMAR). Muitas informações sobre a localização de documentos e atas estavam registradas apenas na memória dos(as) trabalhadores(as), e não descritas nos registros institucionais informados sobre a existência deles nas visitas ao CEFOPE/RN.

No desenvolvimento desta dissertação, especificamente ao final do ano de 2017, foi identificada a implantação do Sistema de Gestão Acadêmica da Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS), financiado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte, através do Laboratório de Inovação em Saúde. Todavia, tratando-se de uma iniciativa recente, não foram encontradas análises desta implantação, sendo sugerido o acompanhamento e avaliação deste sistema.

Neste sentido, com o intuito de compreender a proposta pedagógica desta escola, no subcapítulo a seguir, busca-se responder ao seguinte questionamento: de que maneira está organizada a proposta pedagógica do CEFOPE/RN?

4.4 A PROPOSTA POLÍTICO-PEDAGÓGICA DO CEFOPE/RN: REFLEXÕES SOBRE O MODELO ADOTADO

Os Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) adotados pelas ETSUS têm sido objetos de estudos de Ramos (2010), Pereira (2002) e Galvão (2012), com o objetivo de analisar e identificar correntes políticas capazes de aperfeiçoar as práticas e propostas realizadas nestes espaços. Neste tópico, procura-se compreender como é estruturada a proposta pedagógica adotada pelo CEFOPE/RN.

Para Veiga (2013), o PPP se define como um projeto que se propõe a direcionar ações do futuro. Ele é construído e vivenciado por todos aqueles que fazem parte das práticas educativas da instituição.

A construção do PPP deve incorporar as modificações históricas e culturais. Contudo, deve estar atento para não seguir exigências estritas do mercado, com lógica de formação economicista (TIMOTEO; LIBERALINO, 2003). Neste sentido, o PPP se constitui como um documento norteador das práticas e políticas da escola:

O projeto busca um rumo, uma direção. É uma ação intencional, com um sentido explícito, com um compromisso definido coletivamente. Por isso, todo projeto pedagógico da escola é, também, um projeto político por estar intimamente articulado ao compromisso sociopolítico, com os interesses reais e coletivos da população majoritária. É político no sentido de compromisso com a formação do cidadão para um tipo de sociedade (VEIGA, 2013, p. 13).

Desta forma, destaca-se a importância do PPP no CEFOPÉ/RN, uma vez que se propõe a pensar na formação de trabalhadores(as) de nível médio do SUS, como um documento norteador de práticas para alunos, diretores, docentes e equipe técnica. Em análise sobre a formação de trabalhadores(as) técnicos(as) da área da saúde, Ramos (2010) realiza a seguinte reflexão:

[...] É necessário reconhecer que o movimento de construção das referências da formação dos trabalhadores técnicos em saúde deu-se mediante a crítica à educação reprodutivista e elitista que hegemoniza o pensamento educacional burguês que também, historicamente, deu direção à política educacional brasileira. [...] As ETSUS cresceram buscando enfrentar essa contradição, à medida que se propuseram a proporcionar aos trabalhadores o conhecimento sobre sua prática de trabalho e a vinculá-la aos princípios do SUS, que se pautam no conceito ampliado de saúde. (RAMOS, 2010, p. 277)

O PPP do CEFOPÉ/RN pode ser visto como um documento que reforça a luta por uma formação alinhada aos princípios e diretrizes do SUS. Foi construído durante os anos de 2002 e 2003 e publicado em 2004 (RIO GRANDE DO NORTE, 2011). Foi atualizado em 2011, de maneira coletiva, devido ao aumento da demanda por cursos (RIO GRANDE DO NORTE, 2011).

Suas bases referenciais apresentam a cidadania enquanto eixo principal da prática pedagógica do CEFOPÉ/RN. A escolha da cidadania ocorre por reconhecer “a necessidade de se assumir como espaço social da construção dos significados

éticos, estéticos e culturais, necessários e constitutivos de toda e qualquer ação da cidadania” (RIO GRANDE DO NORTE, 2011, p. 8).

A preocupação com a cidadania revela o cuidado histórico com o direcionamento da formação para a área da saúde: construir conhecimentos para além do trabalho técnico. Esse caminhar oportuniza uma maior autonomia e, conseqüentemente, uma maior satisfação das atividades desempenhadas no cotidiano do trabalho.

O PPP discute a escolha da pedagogia das competências, como estratégia para que trabalhadores(as) superem “a tendência do ‘Tecnicismo Pedagógico’ que marcou, nas últimas décadas, o sistema educacional brasileiro” (RIO GRANDE DO NORTE, 2011, p. 11). Desta forma, o PPP da instituição se propõe a desenvolver:

Toda forma de oportunidade de educação profissional oferecida pelo CEFOPE/RN tem, como foco, o conceito de competência, entendida como a de conhecimentos (saber), habilidades (saber fazer) e atitudes (saber ser) que permitem à pessoa agir diante das ações da realidade e estão colocadas no binômio: competência profissional X cidadania (RIO GRANDE DO NORTE, 2011, p. 23).

De acordo com Pereira e Ramos (2006), o conceito de competência desenvolvido durante o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da área de Enfermagem (PROFAE) foi aplicado posteriormente, enquanto proposta para as ETSUS. No entanto, também é destacado que o conceito de competência no ensino técnico e profissionalizante é resultado do seu caminhar histórico e envolvimento com os processos de produção que associam à validação das suas ações a seus resultados. Esta compreensão é identificada na citação a seguir, presente no PPP do CEFOPE/RN:

O modelo pedagógico ressalta, ainda, a oferta de formação inicial e continuada, qualificação e habilitação, **demandada pelo mercado de trabalho em saúde**, em função da introdução de novas tecnologias e novas formas organizacionais que geram o desaparecimento, a reformulação e a criação de ocupações no mundo produtivo (RIO GRANDE DO NORTE, 2011, p. 23, grifo nosso).

O grifo, neste excerto do PPP do CEFOPE/RN, remete à Ciavatta e Ramos (2012), as quais apresentam a diferença na concepção existente entre o “mercado de trabalho e mundo do trabalho”, sendo a primeira relacionada às suas relações hierárquicas, nas quais “a submissão do trabalho assalariado preside essas

relações” (CIAVATTA; RAMOS, 2012, p. 31). Já a lógica da concepção de *mundo do trabalho* possui como compreensão ao termo trabalho “às condições de trabalho e à vida das trabalhadoras à sua cultura, ao seu pertencimento à classe trabalhadora e à história da classe operária” (CIAVATTA; RAMOS, 2012, p. 31).

Nesse sentido, compreende-se que a concepção mais adequada para a formação de sujeitos críticos e transformadores na sociedade, como é direcionada a formação do CEFOP/RN, possui uma lógica voltada ao mundo do trabalho, e não “mercado de trabalho”, conforme mencionado no PPP.

A Educação Profissional enfrenta o desafio de garantir que a formação não seja vista em uma perspectiva reduzida, direcionada apenas ao trabalho técnico, sinônimo de adestramento para o setor produtivo da economia. Neste sentido, identifica-se que o CEFOP/RN apresenta uma preocupação para além da formação tradicional, de acordo com a seguinte preocupação pedagógica:

O trabalho pedagógico da escola tem como eixos: a cidadania, compreendida como produto das práxis sociais, e o respeito às experiências e saberes dos alunos, sujeitos do processo, abertos a novos conhecimentos e experiências (re)construídos constantemente a partir da reflexão e teorização de suas vivências profissionais e sociais (RIO GRANDE DO NORTE, 2011, p.8).

Este referencial encontra-se baseado na história da Educação Profissional em Saúde, especificamente, na gênese do Projeto Larga Escala, que se propôs a pensar a “educação profissional como espaço de formação para a cidadania” (CASTRO, 2008, p.160). Esta afirmação é refletida a seguir:

Tendo como referência o perfil do educando participante, ilumina-se a opção política implícita nos propósitos do citado projeto pela democratização do conhecimento e pela formação para a cidadania, no âmbito da saúde, utilizando o espaço de educação profissional (CASTRO, 2008, p.160).

Ademais, um desafio posto para os que atuam no SUS é a fragilidade estrutural dos serviços na área da gestão do trabalho. Um estudo demonstra que o vínculo os condiciona às condições precárias de trabalho e de vida, desgastando-se de maneira física e emocional (MACIEL; SANTOS; RODRIGUES, 2015). Neste sentido, a formação com eixo voltado para a cidadania possibilita auxiliar a compreensão do sujeito, no e sobre o mundo, e a questionar as práticas sociais

instituídas nos espaços de trabalho. Esta preocupação é identificada no trecho a seguir:

é preocupação da escola oferecer oportunidades educacionais que permitam ao trabalhador desenvolver conhecimentos e habilidades que aumentem sua autonomia e capacidade de aprender, o que irá facilitar a sua permanência no mundo do trabalho (RIO GRANDE DO NORTE, 2011, p. 9).

Desde a configuração do Projeto Larga Escala, existiu a preocupação com o corpo docente que iria fazer parte das ETSUS. Ainda no Projeto Larga Escala, diante da falta de docentes para atuarem no projeto, o primeiro passo foi realizar sua capacitação e, para isso, seu papel foi definido como um mediador (CASTRO, 2008). Assim, identifica-se que, de acordo com o PPP (RIO GRANDE DO NORTE, 2011), no CEFOP/RN, também se encontra presente o direcionamento do docente como mediador do conhecimento:

Ao docente, cabe exercer a mediação desse processo e articular essas trocas, tendo em vista a assimilação crítica e ativa de conhecimentos historicamente construídos e de tecnologias significativas e atualizadas (RIO GRANDE DO NORTE, 2011, p. 12).

O docente deve estar atento para conduzir sua prática de modo que reconheça os conhecimentos dos trabalhadores(as) e os faça refletir, de maneira crítica, sobre sua realidade social, seu trabalho e a formação profissional que recebe. O PPP orienta que sejam conduzidas metodologias de ensino e aprendizagem por uma

elaboração de síntese e/ou resumo, análise de diferentes fenômenos/ procedimentos, autoquestionamento, autoavaliação, estudo de caso, dramatização, desenvolvimento de projetos, além da adoção de dinâmicas de grupo (RIO GRANDE DO NORTE, 2011, p. 14).

Desta forma, foge do modo tradicional de lidar com a educação, baseado somente em métodos tradicionais como a aula expositiva, mas estimulando a aprendizagem de forma a despertar conhecimentos e habilidades, por vezes não estimulados.

Todavia, a condução de novas metodologias de aprendizagem enfrenta dificuldades operacionais semelhantes em todas as ETSUS. Pereira (2002), ao descrever as atividades das ETSUS, afirma que elas trabalham com um mínimo de

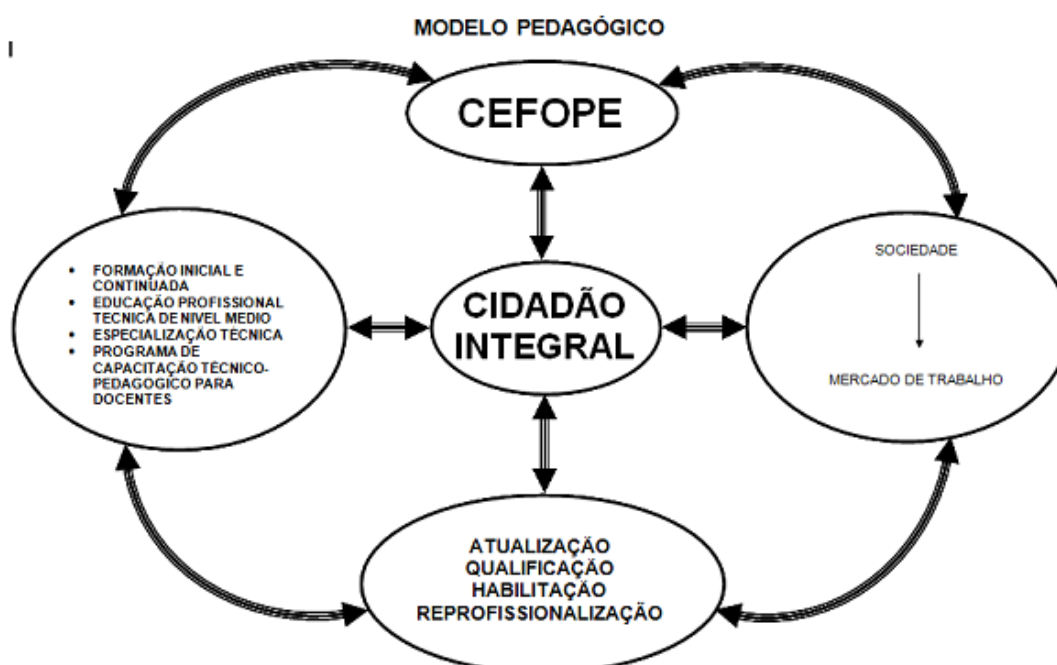
quadro fixo de profissionais que possam atuar como docentes, sendo a maioria composta por profissionais contratados.

Esta afirmação é comprovada em um estudo realizado por Galvão e Sousa (2012) que, ao analisarem os PPP de cinco ETSUS no Brasil, identificaram que somente uma Escola das cinco regiões possui um quadro de docentes lotados na instituição.

Galvão e Sousa (2012) também mostram que há dificuldades relacionadas a um maior aprofundamento do conceito de integração ensino-serviço por parte dos docentes. De acordo com o PPP do CEFOPE/RN, a proposta de capacitação também inclui um programa de capacitação técnico-pedagógica para aproximar os novos docentes às suas práticas (RIO GRANDE DO NORTE, 2011).

O modelo pedagógico é apresentado em síntese na Figura 01 e consta no PPP do CEFOPE/RN, disponibilizado em seu plano, que busca demonstrar a centralidade do cidadão no processo de formação.

Figura 1 - Modelo Pedagógico do CEFOPE/RN.



Fonte: Disponível no portal eletrônico do CEFOPE/RN (2013).

Conforme destacado na Figura 1, a proposta baseada na formação do cidadão encontra-se inserida no centro da figura, abordando-o como “cidadão integral”. Situada no centro do processo de formação, apresenta a possibilidade de

atuação deste aluno ou cidadão, conforme expõe a figura, nos cursos de formação oferecidos pelo CEFOPE/RN.

Conforme descrito na Figura 01, são ofertados cursos de formação inicial e continuada, educação profissional técnica de nível médio, especialização técnica e programa de capacitação técnico-pedagógica para docentes, além de o profissional poder ter certificações de atualização, qualificação, habilitação e reprofissionalização.

A oferta destes cursos condiz com a proposta da Rede de Escolas Técnicas do SUS, uma vez que busca ampliar a capacidade de formação, de acordo com as necessidades do SUS (BRASIL, 2009a).

Verifica-se que a Figura 01 não representa uma das características das ETSUS, visto que a escola busca realizar a qualificação de trabalhadores(as) por necessidade do serviço, não pela lógica do mercado de trabalho, conforme destacado. Esta discussão pode ser refletida em conformidade com Ramos (2010):

Apesar de essas instituições terem origens diversas, o que as une é o fato de serem escolas do setor saúde, com a finalidade de melhorar a educação profissional nessa área e promover a qualificação técnica de trabalhadores **já inseridos no sistema de saúde**, a partir de um modelo de educação profissional descentralizado, em relação estreita com os serviços de saúde. (RAMOS, 2010, p. 36, grifo nosso).

Portanto, o termo “mercado de trabalho”, presente na Figura 01, deveria ser modificado para “necessidades do SUS”, considerando os espaços de atuação dos(as) trabalhadores(as). Formar, de acordo com as necessidades do SUS, torna claro o direcionamento do modelo pedagógico do CEFOPE/RN, que tem a cidadania como centro do processo formativo, direcionando a formação à saúde pública.

Assim, o SUS é uma conquista social e, apesar de todos os ataques políticos e econômicos, continua como instrumento de luta por condições melhores de saúde para toda população brasileira, contribuindo com o processo de fortalecimento da saúde pública.

Diante do objetivo traçado para este capítulo, ou seja, a analisar o percurso do CEFOPE/RN como instituição que integra a Rede de ETSUS, foram observadas suas contribuições para a Educação Profissional em Saúde, a partir da formação e qualificação da força de trabalho dos(as) trabalhadores(as) de nível médio e

elementar que atuam nas diferentes regiões do Rio Grande do Norte. Por fim, diante do trabalho desempenhado no CEFOPE/RN, considera-se relevante registrar sua trajetória como forma de promoção do seu devido reconhecimento pela contribuição dada à sociedade e ao SUS.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho se propôs a compreender as políticas de Educação Profissional em Saúde no Brasil e a trajetória das ETSUS, observando suas contribuições para o SUS, bem como o percurso do CEFOPE/RN em sua história, no Rio Grande do Norte. Para tanto, o aprofundamento histórico foi necessário, a fim de conhecer a formação de trabalhadores(as) de nível médio do SUS. Desta forma, justifica-se a análise dos marcos da Educação Profissional em Saúde desenvolvida no Brasil.

Identifica-se, nesta pesquisa, que a Educação Profissional em Saúde não é estática, mas sim desafiadora para estudiosos e trabalhadores(as) atuantes na área. Assim, é necessário destacar que o campo de atuação proposto pela ETSUS ainda se encontra em movimento de consolidação, especialmente devido ao fato de o SUS também estar neste processo, sofrendo constantes ameaças, mesmo estando incluído na Constituição Federal de 1988.

A pesquisa histórica evidenciou a falta de reconhecimento de trabalhadores(as) de nível técnico e elementar. Apesar de ser uma ativa força de trabalho no SUS, vivem em constante ameaça. Como ocorreu no decorrer da escrita deste trabalho, a modificação da Política Nacional da Atenção Básica, em setembro de 2017, abriu espaço para a não obrigatoriedade de contratação dos Agentes Comunitários de Saúde.

A nova Política Nacional da Atenção Básica em Saúde, promulgada em 2017, flexibilizou a presença do ACS na ESF, rompendo com anos de investimentos, além de abrir espaço para uma possível extinção desta categoria. Destaca-se, desta forma, que a portaria desconsidera a trajetória histórica da formação profissional desenvolvida para os ACS através das ETSUS, visível na história do CEFOPE/RN.

Reforça-se a importância do acompanhamento dos cursos ofertados aos(as) trabalhadores(as), para que as práticas não sejam induzidas pela concepção reduzida da Educação Profissional em Saúde e o CEFOPE/RN, enquanto ETSUS, possa se fortalecer como espaço de luta pelo reconhecimento das práticas exercidas por trabalhadores(as) de nível médio e elementar do SUS.

Os resultados obtidos demonstram que o poder de atuação do CEFOPE/RN consegue alcançar municípios distantes e de difícil acesso. Para tanto, é fundamental a formação dos(as) trabalhadores(as) da saúde.

Torna-se necessário, todavia, questionar e acompanhar o desenvolvimento dos programas e projetos demandados pelo Ministério da Saúde. Desse modo, apesar de serem importantes e trazerem benefícios às ETSUS, os espaços e instituições possuem suas demandas e necessidades. Portanto, deve-se questionar a forma como as políticas de governo ocorrem, em especial, a maneira “verticalizada” com a qual são constantemente desenvolvidas.

O CEFOPE/RN, como uma ETSUS e um espaço de formação pautado na formação para a cidadania, necessita ampliar a divulgação do trabalho que desenvolve. Durante a pesquisa, foi identificado que, fora do setor saúde, poucas pessoas sabiam da existência do CEFOPE/RN e do papel que desempenha para o SUS. Por se tratar de uma instituição necessária e efetiva, além de realizar uma demanda da formação presente no SUS, ela precisa de melhor reconhecimento por parte da sociedade.

Apesar da preocupação existente em realizar a capacitação dos docentes, antes de iniciar os cursos desenvolvidos pelo CEFOPE/RN, é importante pensar em estratégias de acompanhamento de cada docente, compreender o trabalho por ele exercido, além de sua aproximação e distanciamento com a Educação Profissional em Saúde para, então, delinear estudos sobre a força de trabalho dos docentes que atuam na escola e contribuir com registros sobre o caminhar do docente na instituição.

A pesquisa *in loco* identificou que o CEFOPE/RN precisa de revitalização em seus diversos setores. Torna-se necessário registrar também as precárias condições de trabalho das pessoas que atuam no CEFOPE/RN. A falta de padronização e organização dos documentos institucionais estudados nesta dissertação denunciam as fragilidades nas instalações físicas e nos recursos humanos.

Outra observação que deve ser feita é em relação à modernização de computadores e outros equipamentos, para que os registros não se percam. Apesar da Educação Profissional em Saúde ser um espaço rico em produções, sugerem-se maiores estudos sobre a atuação das ETSUS, para que escolas como o CEFOPE/RN sejam acompanhadas e assessoradas por estudiosos e pesquisadores da temática.

Ressalta-se que este estudo abre caminhos para muitas investigações no CEFOPE/RN. Assim, a análise do corpo docente é um amplo espaço a ser

estudado, considerando a grande rotatividade por não existir concursos para o CEFOPE/RN. Outro estudo poderia ser a pesquisa com egressas do CEFOPE/RN para analisar os impactos da formação em sua atuação no SUS. Em tempos de desmonte do sistema, é necessário fortalecer e compreender as tensões que permeiam este sistema.

Por fim, diante das reflexões apresentadas, a pesquisa desenvolvida no CEFOPE/RN, de caráter documental, sugere a análise dos impactos desenvolvidos a partir dos cursos ofertados aos(as) trabalhadores(as) do SUS, caminhando também para investigar as concepções históricas, econômicas e políticas que permearam o desenvolvimento dos cursos ofertados.

REFERÊNCIAS

- AMÂNCIO FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface: Comunic, Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 8, n 15, p. 375-380, ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 dez. 2017.
- ARROYO, M. G. Escola e trabalho: desafios e oportunidades na construção de uma política pública de formação profissional em saúde. In: CASTRO, J. L.; MARTINS, M. I.; VILAR, R. L. A. (Coord.). **1º Fórum Nacional do PROFAE: construindo uma política de formação em saúde: relatório geral**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.p. 64-80.
- AZEVEDO, J. M. L. **A educação como política pública**. 3. ed. Campinas: Autores Associados. 2004. (Coleção polêmicas do nosso tempo, 56).
- AZEVEDO, M.; SILVA, C.; MEDEIROS, D. **Educação profissional e currículo integrado para o ensino médio: elementos necessários ao protagonismo juvenil**. *Holos*, v. 31, n. 4, p. 77-88, 2015.
- AZEVEDO, M.; SILVA, C.; MEDEIROS, D. Educação profissional e currículo integrado para o ensino médio: elementos necessários ao protagonismo juvenil. **Holos**, v. 31, n. 4, p. 77-88, 2015.
- BAPTISTA, S. S.; BARREIRA, A. I. Enfermagem de nível superior no Brasil e vida associativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**,v. 59, p. 411-6, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000700005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 abr. 2017.
- BARBOSA, I. Costa. **Sociedade civil e saúde: participação e controle social com a criação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SEGEP/MS**. 2009. 95f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
- BOCK, F. L. et al. A organização da enfermagem e da saúde no contexto da idade contemporânea (1930-1960).In: PADILHA, Maria Itayra; BORENSTEIN, Miriam S.; SANTOS, Iraci dos. **Enfermagem: história de uma profissão**. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2011. p. 253-94.
- BODSTEIN, R. C. A.; FONSECA, C. M. O desafio da Reforma Sanitária: consolidação de uma estrutura permanente de serviços básicos de saúde. In: COSTA, N. R. et al. (Org.). **Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde**. Petrópolis: Vozes, 1989. p. 67-90.
- BORGES, F. T. **Desafios e Perspectivas do Sistema Único de Saúde diante do neoliberalismo**. 2012. 186 f. Tese (Odontologia Preventiva e Social) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Araçatuba, São Paulo, 2012.

BORGES, F. T.; GARBIN, C. A. S.; SIQUEIRA, C. E. Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) no Brasil: regulação da integração ensino serviço e sustentabilidade administrativa. **Ciência e saúde coletiva**, v. 17, n. 4, p. 977-987, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400020&lng=en&nrm=isso>. Acesso em: 27 nov. 2017.

BRASIL. **Catálogo Nacional de Cursos Técnicos**. Ministério da Educação, Brasília, 2016. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=41271-cnct-3-edicao-pdf&category_slug=maio-2016-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 5 maio 2017.

BRASIL. Conferência Nacional de Saúde. **Relatório da 6ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Fundação Municipal de Saúde, 1977. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_6.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil 1988**. Brasília: Supremo Tribunal Federal, Secretaria de Documentação, 2017. 518 p.

BRASIL. Decreto de Lei nº 72 de 21 de novembro de 1966. Unifica os Institutos de Aposentadoria e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 nov. 1966. Seção 1, p. 13523. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/Del0072.htm>. Acesso em: 12 abr. 2017.

BRASIL. Decreto nº 11.530, de 18 de março de 1915. Reorganiza o ensino secundário e o superior na República. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 mar. 1915. Seção 1, p. 3028. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-11530-18-marco-1915-522019-republicacao-97760-pe.html>>. Acesso em: 23 abr. 2017.

BRASIL. Decreto nº 16.300, de 31 de dezembro de 1923. Aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1 fev. 1924. Seção 1, p. 3199. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-16300-31-dezembro-1923-503177-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 09 jan. 2017.

BRASIL. Decreto nº 19.402, de 14 de novembro de 1930. Cria a Secretaria de Estado denominada Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 nov. 1930. Seção 1, p. 20883. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-19402-14-novembro-1930-515729-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 17 jul. 2016.

BRASIL. Decreto nº 19.850, de 11 de abril de 1931. Cria o Conselho Nacional de Educação. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 jun. 1931. p. 9210. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-19850-11-abril-1931-515692-republicacao-82984-pe.html>>. Acesso em: 22 abr. 2017.

BRASIL. Decreto nº 2.208, de 17 de abril de 1997. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 42 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 abr. 1997. Seção 1, p. 7760. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1997/decreto-2208-17-abril-1997-445067-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 8 jan. 2017.

BRASIL. Decreto nº 21.321, de 18 de junho de 1946. Aprova o Estatuto da Universidade do Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 jun. 1946. Seção 1, p. 9256. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-21321-18-junho-1946-326230-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

BRASIL. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Cria Caixa de Aposentadoria e Pensões. Brasília, 1923. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 abr. 1923. Seção, p. 10859. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/historicos/dpl/dpl4682.htm>. Acesso em: 12 jan. 2017.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 08 jan. 2017.

BRASIL. Lei nº 775, de 6 de agosto de 1949. Dispõe sobre o ensino de enfermagem no país. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 ago. 1949. Seção 1, p. 11729. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1940-1949/lei-775-6-agosto-1949-363891-norma-pl.html>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

BRASIL. Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961. Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 dez. 1961. Seção 1, p. 11429. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-4024-20-dezembro-1961-353722-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

BRASIL. Lei nº 5.692, de 11 de agosto de 1971. Fixa Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º graus, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 ago. 1971. Seção 1, p. 6377. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-5692-11-agosto-1971-357752-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 12 dez. 2017.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a organização e o funcionamento dos serviços de saúde e correspondentes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 20 de janeiro de 2016.

BRASIL. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 jul. 2002. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10507.htm>. Acesso em: 15 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação e Cultura. Organização Pan-Americana. **Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde: Programa de Trabalho**. Brasília: PPREPS, 1976.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal: 2009–2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final**. Conferência Nacional de Saúde, Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Avaliação institucional do PROFAE: principais resultados até dezembro de 2002**. Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da saúde. Situação Sanitária da População Brasileira Apreciação geral do problema. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 3., 1963, Brasília. **Anais...** Ministério da Saúde. Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1992.

BRASIL. **Portaria nº 1.298, de 28 de novembro de 2000**. Institui a Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (RET-SUS). Brasília, 2000.

BRASIL. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>. Acesso em: 05 jan. 2016.

BRASIL. **Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2004.

BRASIL. Portaria nº 2.970, de 25 de novembro de 2009. Institui a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS) e dispõe sobre as diretrizes para a sua organização, **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 226, 26 nov. 2009. Seção 1, página 48.

BRASIL. Portaria nº 3.189, de 18 de dezembro de 2009. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3189_18_12_2009.html>. Acesso em: 04 jan. 2016

BREHMER, L. C. F.; RAMOS, F. R. S. Integração Ensino-Serviço: implicações e papéis em vivências de cursos de graduação em enfermagem. **RevEscEnferm USP**, v. 48, n. 1, p. 118-24, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000100015>>. Acesso em: 26 ago. 2014.

CABRAL NETO, A. **Mudanças socioeconômicas e políticas e suas repercussões no campo da política educacional**. Natal: MIMEO, 2012.

CABRAL NETO, A. Mudanças contextuais e as novas regulações: repercussões no campo da política educacional. **Revista Educação em Questão**, Natal, v. 42, n. 28, p. 7-40, jan./abr. 2012.

CAMARÃO, M. J. C. **Currículos e Competências**: experiência docente nos cursos técnicos em saúde. 2010. 70 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

CAPUTO, A. C.; MELO, H. P. A industrialização brasileira nos anos de 1950: uma análise da instrução 113 da SUMOC. **Estudos Econômicos**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 513-538, set. 2009.

CARDOSO, M. L. M; COSTA, P. P.; COSTA, D. M. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1489-1500, maio 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501489&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 fev. 2017.

CARNEIRO, E. K. N. **Cogestão na escola de formação técnica em saúde da rede SUS**. 2016. 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, L. et al (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 141-166.

CARVALHO, C. L. **Dentistas Práticos no Brasil**: história de exclusão e resistência na profissionalização da odontologia brasileira. 2003. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

CASTRO, J. L. **Protagonismo silencioso**: a presença da OPAS na formação de recursos humanos em saúde no Brasil. Natal: Observatório RH NESC/UFRN, 2008.

CASTRO, J. L.; SANTANA, J. P.; NOGUEIRA, R. P. **Izabel dos Santos**: a arte e a paixão de aprender fazendo. Natal: Observatório RH NESC/UFRN, 2002.

CASTRO SANTOS, L. A. A Reforma Sanitária pelo alto: o pioneirismo paulista no início do século XX. **Dados**: Revista de Ciências Sociais, v. 36, n. 3, p. 361-392, 1993.

CASTRO SANTOS, L. A. O pensamento sanitaria na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. **Dados: Revista de Ciências Sociais**, v. 28, p. 193-210, 1985.

CAVALCANTI, V. O. M. **A produção do conhecimento sobre Educação Profissional no Portal de Periódicos da Capes**: a configuração do campo científico. 2016. 110f. Dissertação (Mestrado em Educação Profissional) – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

CÊA, G. S. S.; REIS, L. F.; CONTERNO, S. PROFABE e lógica neoliberal: estreitas relações. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 139-160, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462007000100007>. Acesso em: 15 jun. 2017.

CIAVATTA, M. A cultura material escolar em trabalho e educação: a memória fotográfica de sua transformação. **Educação e Filosofia**, Uberlândia, v. 23, n. 46, p. 37-72, jul. 2009.

CIAVATTA, M.; RAMOS, M. A "era das diretrizes": a disputa pelo projeto de educação dos mais pobres. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 49, p. 11-37, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782012000100002>. Acesso em: 21 jun. 2018.

CLARKE, S. Crise do fordismo ou crise da social-democracia? **Lua Nova**, São Paulo, n. 24, p. 117-150, set. 1991.

CONILL, E. M. Epidemiologia e Sistemas de Saúde. In: **Curso de Especialização a Distância em Direito Sanitário para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

COSTA, J. M. A. A proposta de municipalização do ensino nos anos 1990 e seus impactos nas relações entre entes federados. In: CUNHA, M.C. (Org.). **Gestão Educacional nos Municípios: entraves e perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2009. 366 p.

COSTA, C. W. C. **Implementação de políticas nacionais para formação técnica em saúde no Estado da Bahia: o caso do PROFAPS**. 2014. 75f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

COSTA, T. P. T. **Educação a distância**: potencializando práticas educativas no Sistema Único de Saúde. 2015. 36f. Monografia (Graduação em Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.

COTRIM-GUIMARÃES, Iza Manuella Aires. **Programa de educação permanente e continuada da equipe de enfermagem da clínica médica do Hospital Universitário Clemente de Faria: análise e proposições**. 2009. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

CUNHA, L. A. **A Universidade Temporã: O Ensino Superior da Colônia à Era de Vargas**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.

DANTAS, R. A. S.; AGUILLAR, O. M. O ensino médio e o exercício profissional no contexto da enfermagem brasileira. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 25-32, abr. 1999. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/1361/1390>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

DUARTE, L. S. et al. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p.472-485, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902015000200472&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 26 ago. 2018.

SCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et. al. (Org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. p. 333-384.

FALEIRO, F. R. G. **Educação a Distância na formação dos técnicos de nível médio em saúde: percepção dos diretores das Escolas Técnicas do SUS no Brasil**. 2015. 121f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2015.

FARIA, L. Gênese da saúde global: a fundação Rockefeller no Caribe e na América Latina. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, e00125717, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017000908002&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 out. 2017.

FEITOSA, L. C. **A regionalização da saúde no Rio Grande do Norte: elementos para a compreensão da dinâmica dos lugares**. 2013. 137 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2013.

FERREIRA, J. **O percurso da saúde pública no Brasil: do empirismo à promoção da saúde**. Campo Grande: Ed. UFMS, 2016.

FIGUEIREDO, I. M. Z. Os projetos financiados pelo Banco Mundial para o ensino fundamental no Brasil. **Revista Educação & Sociedade**, Campinas, v. 30, n. 109, p. 1123-1138, dez. 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/es/v30n109/v30n109a10.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2017.

FIGUEIREDO, N. G. S.; SALLES, D. M. R. Educação Profissional e evasão escolar em contexto: motivos e reflexões. **Revista Ensaio: avaliação e políticas públicas em educação**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 95, p. 356-392, abr. 2017.

FONSECA, C. M. O. **Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

FRANCA, T. et al. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1817-1828, jun. 2017.

FRIGOTTO, G. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional. In: FAZENDA, Ivani (Org.). **Metodologia da pesquisa educacional**. 3. ed. São Paulo: Cortez Editora, 1994. p. 69-90.

FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M. Educação básica no Brasil na década de 1990: subordinação ativa e consentida à lógica do mercado. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 24, n. 82, p. 93-130, abr. 2003.

GALVÃO, E. A. **As Escolas Técnicas do SUS: que projetos políticos - pedagógicos as sustentam?** 2012. 157f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade De Brasília, Brasília, 2012.

GALVÃO, E.; SOUSA, M. F. As Escolas Técnicas do SUS: que projetos político-pedagógicos as sustentam? **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 1159-1189, 2012.

GERMANO, R. M. **CEFOPE/RN: uma experiência de formação de recursos humanos em saúde**. 1984-1996. Natal: SESAP/RN, 1996.

GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1983.

GHEDIN, E.; FRANCO, M. A. S. **Questões de método na construção da pesquisa em educação**. São Paulo: Cortez, 2011.

GHIRALDELLI, J. R. P. **Filosofia e história da educação brasileira**. São Paulo: Manole, 2003.

GODOY, A. Introdução à Pesquisa Qualitativa e suas Possibilidades. **RAE- Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

GROISMAN, D. **Formação dos cuidadores de idosos: avanços e retrocessos na política pública de cuidados no Brasil**. Paper apresentado no Seminário Trabalhadores Técnicos em Saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS, 7 de maio, Rio de Janeiro, 2013.

GUIMARÃES, C. **Pronatec**: qualificação e trabalho sob demanda. Rio de Janeiro: ESPJV, FIOCRUZ, 2016. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/pronatec-qualificacao-e-trabalho-sob-demanda>>. Acesso em: 9 ago. 2017.

HAMILTON, W. S. **O processo de criação do Ministério da Saúde Rio de Janeiro**. São Paulo: Casa de Oswaldo Cruz, 1993.

HAMILTON, W.; FONSECA, C. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. **História. Ciência e Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 791-825, dez. 2003.

HOCHMAN, G. **A Era do Saneamento**. São Paulo: HUCITEC, 2006.

HOCHMAN, G. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). **Educar**, Curitiba, n. 25, p. 127-141, 2005.

ISNAL, A. **Necessidades de informação para Escolas Técnicas do SUS**. 2009. 122f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

KUENZER, A. Z. A Educação Profissional nos anos 2000: a dimensão subordinada das políticas de inclusão. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 27, p. 877-910, 2006.

KUENZER, A. Z. A formação de professores para o Ensino Médio: velhos problemas, novos desafios. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 32, n. 116, set. 2011.

LEONELLO, V. M.; MIRANDA NETO, M.V.; OLIVEIRA, M. A. C. A formação superior de Enfermagem no Brasil: uma visão histórica. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. spe2, p. 1774-1779, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 nov. 2017.

LIBÂNEO, J. C. O Dualismo Perverso da Escola Pública Brasileira: escola do conhecimento para os ricos, escola do acolhimento social para os pobres. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 13-28, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/edreal/2015nahead/2175-6236-edreal-46132.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2017.

LIMA, A. L.; PINTO, M. M. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. **História, Ciência e Saúde – Manguinhos**, v. 10, n. 3, p. 1.037- 1.051, 2003.

LIMA, J. C. F.; RAMOS, M. N. R.; LOBO NETO, F. J. S. Regulamentação Profissional e Educacional em Saúde: da década de 1930 ao Brasil contemporâneo. In: MOROSINI, M. V. G. C. **Trabalhadores/trabalhadoras técnicos em saúde**: aspectos da qualificação profissional no SUS. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013. p. 49-83.

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. G. C.

Trabalhadores/trabalhadoras técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013. p. 83-120.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de Saúde: Origens, Componentes e Dinâmica In: GIOVANELLA, L. et. al. (Org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. 89-121.

LOPES, R. E.; NÓBREGA-TERRIEN, S. M.; ARAGÃO, S. B. Estudos sobre o impacto da lei número 775 na formação da enfermeira. **Revista Eletrônica História da Enfermagem**, v. 7, n. 2, p. 449-57, 2016.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação:** abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, L. R. S. **Formação de professores para a Educação Profissional tecnológica:** perspectivas históricas e desafio contemporâneo. Campinas: Mercado de Letras, 2013.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. S.; MOYSES, N. M. N. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: PIERANTONI, C.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. **O Trabalho em Saúde:** abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: CEPESC, 2011. p. 103-116.

MACIEL, R. H. M. O.; SANTOS, J. B. F.; RODRIGUES, R. L. Condições de trabalho dos trabalhadores da saúde: um enfoque sobre os técnicos e auxiliares de nível médio. **Revista Brasileira de saúde ocupacional**, São Paulo, v. 40, n. 131, p. 75-87, jun. 2015.

MALHÃO, A. P.; CORTES, B. A.; LIMA, J. C. F. **Escola Politécnica de Saúde:** uma utopia em construção Documento-base elaborado pela Comissão de Redação do Politécnico. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016.

MANFREDI, S. M. **Educação Profissional no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2002.

MARQUES, C. M. S. As necessidades do Sistema Único de Saúde e a formação profissional baseada no modelo de competências. **Formação**, Brasília: Ministério da Saúde, v. 2, n. 5, 2002.

MARX, K. Teses sobre Feuerbach. In: MARX, K.; ENGELS, F. **Textos sobre Educação e Ensino**. Campinas: Navegando, 2011. p. 41-64

MATHIAS, M. RET-SUS 10 anos. **Revista RET-SUS**, v. 5, n. 41, jan. 2011.

MEDEIROS, F. A. B. **Integração Ensino-Serviço na formação de técnicos em análises clínicas realizadas pela escola técnica do SUS/RN**: um estudo sobre o estágio curricular a partir da visão dos sujeitos institucionais envolvidos. 2016. 141f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2016.

MELO, T. G. S. **O Pronatec e o processo de expansão e privatização da Educação Profissional no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Educação Profissional) – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte, Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional, 2015.

MELO, T. G. S.; SILVA, L. M. Pronatec e a reforma do ensino médio: reflexões sobre as implicações para a qualidade da educação. In: COLÓQUIO NACIONAL, 4.; COLOQUIO INTERNACIONAL: A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL, 1., 2017, Natal. **Anais...** Natal, 2017. Disponível em: <<https://ead.ifrn.edu.br/coloquio/anais/2017/trabalhos/eixo1/E1A50.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2009.

MIRANDA, A. C. C.; CARVALHO, V.A. Análise do uso do portal de periódicos da capes: estudo com egressos do PPGA/UFRN. **Revista Ponto de Acesso**, v. 11, n.1, 2017. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/revistaici/article/view/14003>>. Acesso em: 22 ago. 2017.

MONTEIRO, L. **Jeca Tatu**. São Paulo: Globo, 2008.

MOROSINI, M. V. G. C. **Trabalhadores técnicos em saúde**: aspectos da qualificação profissional no SUS. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013.

MOURA, D. H. Educação Básica e Educação Profissional e Tecnológica: dualidade histórica e perspectivas de integração. **Holos**, ano 23, v. 2, 2007. Disponível em: <<http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/viewFile/11/110>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

MOURA, D. H. Mudanças na sociedade brasileira dos anos 2000 limitadas pela hegemonia do neoliberalismo: implicações para o trabalho e para a educação. In: _____ (Org.) **Produção de conhecimento, políticas públicas e formação docente em Educação Profissional**. Campinas: Mercado de Letras, 2013. p.109-140.

NEVES, L. M. W.; PRONKO, M. A. **O mercado do conhecimento e o conhecimento para o mercado**: da formação para o trabalho complexo no Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

NIDECK, R. L. P.; QUEIROZ, P. P. Perspectivas para o ensino na saúde: do 'apagão educacional' à política de educação permanente. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 159-180, abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462015000100159&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 15 de abril 2017.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. **(Im) Previdência Social**: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO, 1986.

PAIM, J. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA, 2008.

PAIM, J. S. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PEREIRA, S. M. C. **Projeto nordeste de educação básica e o fundescola**: uma análise do discurso governamental e do Banco Mundial sobre a qualidade da educação. 149. 2007. Tese (Doutor em Educação) - Universidade Estadual Paulista – Campus de Araraquara, Araraquara, 2007.

PEREIRA, I. B. **A Formação Profissional em Serviço no Cenário do Sistema Único de Saúde**. 2002. 254 f. Tese (Doutorado em Educação: História, Política, Sociedade) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C.F. Educação Profissional em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.p.182-190

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

PIOVESAN, F. C. Direitos humanos: desafios e perspectivas contemporâneas. **Revista do Tribunal Superior do Trabalho**, Porto Alegre, v. 75, n. 1, p. 107-113, jan./mar. 2009.

POCHMANN, M. Trabalho e formação. **Educação e Realidade**., Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 491-508, ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-62362012000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 nov. 2017.

PRONKO, M. **A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e no Mercosul**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

RAMOS, M. Concepções e práticas pedagógicas nas escolas técnicas do Sistema Único de Saúde: fundamentos e contradições. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, supl. 1, p. 153-173, 2009.

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

RAMOS, M. N. Indicações Teórico: Metodológicas para elaboração de currículos na Educação Profissional de nível técnico em saúde. In: CASTRO, J. L. **PROFAE**: Educação Profissional em saúde e cidadania. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

RIO GRANDE DO NORTE. **Plano Político Pedagógico do Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde “Dr. Manoel da Costa Souza”**. Natal: Secretaria do Estado da Saúde Pública, 2004.

RIO GRANDE DO NORTE. **Regimento Interno do Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde “Dr. Manoel da Costa Souza”**. Natal: Secretaria do Estado da Saúde Pública, 1985.

RIO GRANDE DO NORTE. **Regimento Interno do Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde “Dr. Manoel da Costa Souza”**. Natal: Secretaria do Estado da Saúde Pública, 2011.

RODRIGUES, P. A. L **Perspectiva Político-Pedagógica do CEFOR-RH/PB**: implicações e desafios dentro da comunidade escolar. 2016. 130f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016.

RUAS, E. C. M. **As advertências sanitárias no maço de cigarros**: política pública e prática comunicativa do Sistema Único de Saúde. 2016. 382f. Tese (Doutorado em Informação e Comunicação em Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016.

RUSEN, Jorn. **Reconstrução do passado**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2010.

SALGADO, M. U. C. O novo paradigma da organização do trabalho e a formação profissional na área da saúde. In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M. C. G. B. **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

SANTOS, I. et al. **Avaliação e certificação de competências profissionais dos auxiliares de enfermagem**. Brasília, DF: PROFAE, 2001.

SANTOS, I. Escolas Técnicas de Saúde do Sistema Único de Saúde (ETSUS). **Formação**. Ministério da Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, v. 2, n. 5, 2002.

SARAGIOTTO, E. B. S. **Contribuição da Matriz Curricular da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso (ESPMT) no ano de 2004, para a Qualificação do Processo de Trabalho dos Técnicos em Enfermagem que atuam na Estratégia**

de Saúde da Família (ESF). 2009. 108 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

SAVIANI, D. O trabalho como princípio educativo frente às novas tecnologias. In: FERRETTI, C. J. et al. **Novas tecnologias, trabalho e educação**: um debate multidisciplinar. Petrópolis: Vozes, 1994.

SAYD, J. D.; VIEIRA JUNIOR, L.; VELANDIA, I. C. Recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992). **Revista Physis**, v. 8, n. 2, p. 165-195, dez. 1998.

SEMERARO, G. A concepção de trabalho em Gramsci: constituição ontológica e princípio educativo. **Trabalho e Educação**, Belo Horizonte, v.2 4. n. 1. p. 233-244, 2015. Disponível em: <<https://seer.ufmg.br/index.php/trabedu/article/view/7812/5972>>. Acesso em: 3 set. 2017

SHIROMA, E. O.; MORAES, C. M.; EVANGELISTA, O. **Política Educacional**. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

SILVA, F. N.; LIMA, E. R. S.; SILVA, L. L. S. Trajetória do ensino médio e da educação profissional no Brasil. **Revista HOLOS**, v. 3, p. 164-175, set. 2017.

SILVA, J. A. Estratégias de qualificação e inserção de trabalhadores de nível médio na área de saúde. In: NEGRI, Barjas; FARIA, Regina; VIANA, Ana Luiza d'Avila (Orgs.). **Recursos Humanos em Saúde**: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Unicamp. IE, 2002. p. 373-402.

SILVA, V. O.; SANTANA, P. M. M. A. Curriculum content and Brazilian Health System (SUS): analytical categories, gaps and challenges. **Interface**, Botucatu, p. 1-12, [2014]. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v19n52/1807-5762-icse-1807-576220140017.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2017.

SIMÕES, C. A. Educação Técnica e escolarização de jovens trabalhadores. In: MOLL, Jaqueline; FISHER, Nilton Bueno; KUENZER, Acacia. (Org.). **Educação profissional e Tecnológica no Brasil Contemporâneo**: desafios, tensões e possibilidades. Porto Alegre: Editora Artmed, 2010, p. 96-120.

SÓRIO, R. PROFAE: resultados e desafios. In: CASTRO, J. L.; MARTINS, M. I.; VILAR, R. L. A. **Relatório geral**: 1 Fórum Nacional do PROFAE: construindo uma política de formação em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

SÓRIO, R.; LAMARCA, I. Novos desafios das Escolas Técnicas de Saúde do SUS. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 147-164, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/asset/s/physis/v8n2/07.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2016.

SOUZA, E. M. **Educação sanitária: orientações e práticas federais desde o Serviço de Propaganda e Educação Sanitária ao Serviço Nacional de Educação Sanitária (1920-1940)**. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

TIMOTEO, R. P. S.; LIBERALINO, F. N. Reflexões acerca do fazer pedagógico a partir de referências e diretrizes educacionais para a formação em enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 358-360, ago. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672003000400008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 25 set. 2017.

TREIN, E.; CIAVATTA, M. **A produção capitalista, trabalho e educação: um balanço da discussão nos anos 1980 e 1990, A formação do cidadão produtivo: a cultura de mercado no ensino médio técnico**. Brasília, DF: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

VALE, D. P. O. **Princípio da integralidade no processo de formação do técnico de enfermagem das escolas da rede SUS**. 2013. 164 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

VARELLA, T. C.; PIERANTONI, C. R. Mercado de trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde. A década de 90 em destaque. **Physis**, v. 18, n. 3, p. 521-544, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n3/v18n3a09.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2017.

VEIGA, I. P. A. **Projeto político-pedagógico da escola: uma construção coletiva in Projeto político-pedagógico da escola: uma construção possível**. 29. ed. Campinas: Papirus, 2013.

VIEIRA, M. et al. **Análise da Política de Educação Permanente em Saúde: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde. Relatório Final, Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde (OTS)**. Rio de Janeiro, 2006.

VIEIRA, M. Recursos Humanos. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2016.

VIEIRA, M.; CHINELLI, F. Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1591-1600, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600011>. Acesso em: 28 jun. 2016.

VIEIRA, M.; CHINELLI, F.; LOPES, M.R. Trabalho e educação na saúde: a questão dos recursos humanos. In: VIEIRA, Monica; LOPES, Márcia; DURÃO, Anna Violeta. (Org.). **Para além da comunidade: o trabalho e a qualificação dos agentes comunitários de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011, p. 79-117.