

LEILA B. D. GÖTTEMS

***Profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem:
desafios e avanços vivenciados pelas escolas de formação
profissional de nível técnico em enfermagem no Brasil.***

Brasília, 2003.

LEILA B. D. GÖTTEMS

Profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem: desafios e avanços vivenciados pelas escolas de formação profissional de nível técnico em enfermagem no Brasil.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre.

Orientador: Prof. Dr. Elioenai Dorneles Alves

Brasília, 2003.

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

A Comissão Examinadora, em 17 de dezembro de 2003, aprovou por unanimidade a Dissertação intitulada,

Profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem: desafios e avanços vivenciados pelas escolas de formação profissional nível técnico em enfermagem no Brasil,

elaborada por Leila Bernarda Donato Göttems como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Composição da Comissão Examinadora:

Prof. Dr. Elioenai Dorneles Alves

Prof. Dra. Roseni Rosângela de Sena

Prof. Dra. Dirce Guilhem

Prof. Dra. Maria Liz Cunha de Oliveira

Brasília, 17 de dezembro de 2003.

DEDICATÓRIA

**Ao meu filho, Pedro Lucas,
como pedido de desculpas e
compreensão pelas ausências.**

AGRADECIMENTOS

Ao Elioenai Dorneles Alves, pela orientação paciente e solidária sempre e principalmente nos momentos mais difíceis desta caminhada;

A toda a equipe do PROFAE pela contribuição, compreensão e pelo companheirismo e solidariedade compartilhada ao longos de três anos de trabalho intenso;

Aos amigos queridos que me acompanharam e "seguraram a onda", especialmente Teresa, Estela, Denise, Luiza, Sonia e Ena Galvão pela "rabugice" inspiradora;

A Rita Sório por ter acreditado, e me feito acreditar, que era possível construir esta história e por ter feito descobrir em mim talentos e capacidades antes desconhecidas;

A Roseni Sena pelo apoio e pela co-orientação.

RESUMO

Esta é uma análise qualitativa das implicações técnicas e políticas provocadas nos projetos pedagógicos das escolas de educação profissional de nível técnico na área de saúde que formam auxiliares e técnicos de enfermagem no Brasil e que participam do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores de Enfermagem – PROFAE –, nos períodos de execução de 2001 a 2003. O estudo caracteriza-se como pesquisa teórica e prática e o *locus* da investigação foram as escolas do estado de Minas Gerais. Buscou-se analisar os desempenhos, desvelar os desafios enfrentados e as possíveis mudanças nos processos, nos conteúdos e/ou nas relações escolares enquanto implicações provocadas por esta experiência. Foram construídas categorias de análise, a partir dos documentos oficiais (editais e contratos) do Ministério da Saúde, num confronto com os referenciais teóricos e experiências anteriores desta natureza. Os resultados quantitativos foram obtidos a partir da base de dados do Sistema de Informações Gerenciais – SIG-PROFAE. Para a análise dos principais desafios e avanços no âmbito das escolas, optou-se pela realização de grupos focais e entrevistas complementares. Os resultados apontam que existiram implicações técnicas e políticas nas escolas: o desempenho em termos de quantidade de alunos formados e municípios atendidos varia pouco em relação a existência ou não de experiência anterior em turmas descentralizadas e da natureza jurídica da escola; as escolas técnicas do estudo aderem a implementação de alguns processos com facilidade, como é o caso das classes descentralizadas; as escolas têm dificuldades para trabalhar articuladas aos serviços de saúde, ficando esta relação bastante burocratizada, restringindo-se às negociações para campos de estágio; as escolas têm dificuldades para compor e manter seu corpo docente; na relação com o sistema de educação, aquelas que são reguladas pelo sistema estadual enfrentam conflitos pelos entendimentos diferenciados das leis e normas da educação e pela ausência de articulação entre as políticas de saúde e de educação; ocorreram mudanças em algumas escolas, no projeto pedagógico, no currículo do curso, nos materiais didáticos e nas relações internas e externas da escola com aumento de visibilidade e ampliação das suas estruturas. Não houve referência a mudanças mais profundas, de caráter mais estruturante.

ABSTRACT

This is a qualitative analysis of the technical and political implications aroused in the pedagogic projects of the professional education schools of technical level in the area of health which graduate auxiliaries and nursing technicians in Brazil and that participate of PROFAE from 2001 to 2003. The study is characterized as a theoretical and practical research, and the locus of the investigation were the schools of the state of Minas Gerais. It was aimed at revealing the challenges and the possible changes in the processes, in the contents and/or in the school relationships as implications caused by this experience. The construction of the analysis categories was made starting from the official documents (publications and contracts) from the Ministry of Health, in a confrontation with the theoretical referential and the previous experiences of this nature; the quantitative results were analyzed from the Managerial Information System - SIG-PROFAE database; and, for the analysis of the main challenges and progresses in the scope of the schools, it was opted for formation of focal groups and complementary interviews. The results indicate the existence of technical and political implications in the schools; their performance in terms of quantity of graduated students and attended municipalities vary little in relation to the existence or not of previous experience in decentralized classes and the juridical nature of the school; the studied technical schools implement some processes easily, and that can be identified in the decentralized classes; the schools have difficulty when working articulated within health service, where this relationship becomes rather bureaucratic, restraining themselves to stage field negotiations; the school also find it difficulty to form and maintain their teaching staff; regarding the educational system, the ones which are regulated by the state system, face conflicts concerning the differentiated interpretation of educational laws and norms and the lack of articulation between health and education policies; changes in some schools in terms of pedagogic project, curriculum, didactical materials, and internal and external relation in the schools, increasing their feasibility and structures. There has been no reference to profounder structural changes.

SUMÁRIO

	Pág.
LISTA DE ABREVIATURAS	9
INTRODUÇÃO	10
• PROFAE: características, objetivos e desenho organizacional	11
• Apresentando a indagação de pesquisa e seus objetivos	16
CAPÍTULO I- A ENFERMAGEM BRASILEIRA E A PROFISSIONALIZAÇÃO DE NÍVEL TÉCNICO: UMA ANÁLISE EM RETROSPECTIVA	23
CAPÍTULO II - A ESCOLA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL: EDUCAÇÃO E TRABALHO EM SAÚDE	39
2.1- Educação profissional de nível técnico enquanto política de recursos humanos no SUS	47
2.2- A escola e sua mediação na relação educação e trabalho	49
CAPÍTULO III – PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO NA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL DE NÍVEL TÉCNICO EM SAÚDE	60
CAPÍTULO IV – PESQUISA QUALITATIVA	69
4.1- A fase exploratória e construção das categorias de análise	73
4.2- A fase do trabalho de campo	76
4.3- A fase de análise	80
4.4- Apresentação da Análise e discussão dos resultados	83
4.5- Mudanças nas escolas	115
CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
REFERÊNCIAL BIBLIOGRÁFICO	128
ANEXOS	134

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEN ou ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
AR	Agência Regional
CAGED	Cadastro Geral de Emprego e Desemprego
CEB	Câmara de Educação Básica
CEFOR	Centros Formadores de Recursos Humanos em saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
ETSUS	Escolas Técnicas da Saúde do Sistema Único de Saúde
FISI	Fundo Internacional de Socorro à Infância
GF	Grupo Focal
INEP	Instituto Nacional de Educação e Pesquisa
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério de Trabalho e Emprego
OMS	Organização Mundial da Saúde
OP	Operadora
OPAS	Organização Pan-Americana
PPP	Projeto Político-Pedagógico
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores de Enfermagem
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
SEE	Secretaria Estadual de Educação
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SIG-PROFAE	Sistema de Informações Gerenciais do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores de Enfermagem
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
SIS	Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde – SUS¹ – possui, como uma de suas atribuições, ordenar a formação de recursos humanos para o setor de saúde. A questão dos recursos humanos, tanto quanto as demais questões sobre a gestão – descentralização, financiamento e controle social – tem ocupado espaços importantes no debate sobre o processo de implementação do SUS. Ressalta-se que, ao se falar da política de recursos humanos do Ministério da Saúde – MS –, inclui-se dois grandes sistemas fundamentais: o sistema de produção de recursos humanos – a educação/preparação para o trabalho e o sistema de utilização de recursos humanos – a gestão do trabalho. Acrescenta-se, ainda, o subsistema de regulação das profissões, que se refere à forma de organização dos profissionais de saúde, suas regras orientadoras e delimitadoras dos campos de atuação e seus espaços dentro do mercado de trabalho (FONSECA e SEIXAS, 2002)

A política de gestão e formação de recursos humanos do SUS, está expressa, também, no instrumento normativo infra-legal denominado Norma Operacional Básica (BRASIL, 2003) que define princípios e diretrizes para esta política nas três esferas de governo.

Para além de um conjunto de dispositivos legais e instrumentos normativos, a política de gestão do trabalho e da educação dos trabalhadores do setor saúde, vinha sendo conformada nos últimos anos, principalmente no período 1995-2002, pela implementação pelo MS, de um conjunto de ações na forma de programas e/ou projetos visando a otimização do conjunto de elementos dos sistemas de produção e de utilização dos recursos humanos. Das que se referem ao campo da educação/preparação para o trabalho em saúde, podemos destacar os Pólos de Capacitação para Saúde da Família, o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares (cursos de medicina), Programa de Capacitação para a Gestão e Gerência, o Projeto de Profissionalização de Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE –, além da estruturação de Educação Continuada e apoio a áreas técnicas. Cada uma destas ações foi implementada com concepção, desenho organizacional e de execução diferenciados,

variando em suas diretrizes e estratégias de intervenção na realidade da formação e da atuação dos profissionais de saúde.

Dentre estas, destaca-se a proposta que se refere a educação profissional de nível técnico voltada aos trabalhadores de nível médio que compõem o SUS, no caso, trabalhadores da área de enfermagem, que, vem sendo implementada pelo PROFAE, cujas características descreverei mais adiante. As especificidades desta proposta são dadas pelo seu público alvo – trabalhadores de enfermagem –; pelas suas características organizacionais enquanto projeto com execução descentralizada pelas escolas técnicas de enfermagem de todo o país; e pelo potencial de capacidade de provocar ordenamento e reestruturação da realidade da formação profissional de nível técnico no país, com seu investimento em aspectos pedagógicos considerados “áreas nobres” no projeto político-pedagógico das escolas as quais serão descritas.

Esta proposta de estudo foi concebida e originada no contexto de implementação deste Projeto, o qual tem sido meu espaço de atuação profissional há três anos. O problema e a indagação de pesquisa nasceram então do meu trabalho, no contexto institucional que o alberga, tendo então características de pesquisa participante, que nas palavras de Demo (2003) trata-se de gênero de pesquisa ligada a práxis histórica que “produz conhecimento politicamente engajado”.

- ***PROFAE: CARACTERÍSTICAS, OBJETIVOS E DESENHO ORGANIZACIONAL***

Para analisar a relevância da profissionalização dos trabalhadores de nível técnico do setor saúde, é necessário partir dos dados relativos ao mercado de trabalho do setor, que dão a dimensão da importância e da relevância social que tem uma estratégia como esta voltada para este fim.

Estimativas feitas por Girardi (2003), a partir da Relação Anual de Informações Sociais – RAIS – do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE –, indicam a existência de cerca de 2,6 milhões de vínculos formais de empregos em estabelecimentos direta ou indiretamente vinculados à economia da saúde, dos quais 1,7 milhões correspondem a postos de trabalho assalariados em estabelecimento do núcleo do setor (hospitais,

¹ Os dispositivos legais que tratam deste ordenamento são: art. 200, inciso III, da Constituição Federal; art. 6º do Capítulo I – Dos Objetivos e Atribuições – da Lei n. 8.080/90, inciso III; art. 39 da Emenda Constitucional n. 19 e a Lei n. 8.142/90 (Brasil, 2003).

clínicas e serviços diagnósticos e terapêuticos). Ou seja, o setor saúde estaria gerando mais de 10% do emprego formal urbano, segundo dados do ano 2000. Quando o autor analisa os mercados de trabalho dos profissionais de saúde, tem-se que as profissões de saúde e ocupações relacionadas à função saúde somavam 930.189 vínculos de emprego, representando 3,5% do mercado de trabalho assalariado formal brasileiro (dados de dezembro de 2000).

Conforme aponta o autor, a categoria de pessoal de enfermagem (que inclui auxiliar de enfermagem, auxiliar de enfermagem do trabalho, atendente de enfermagem, visitador sanitário, auxiliar de banco de sangue, instrumentador cirúrgico, parteira prática, auxiliar de laboratório de análises clínicas, auxiliar de laboratório de análises físico-químicas e outros) somavam 52,7% dos vínculos de empregos de profissionais de saúde em 2000. Os vínculos de trabalhos assalariados dos enfermeiros constituem em torno de 7,5% do total, no mesmo período.

Os dados da RAIS e do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados – CAGED – do MTE, de 1998, sinalizavam que do contingente de pessoal de enfermagem empregados no setor saúde, uma parcela significativa não possuía a qualificação profissional necessária e nem o Ensino Fundamental. Naquele período, o total de vínculos formais do setor saúde representava 8,7% do total de empregos formais do país (Brasil, 2001). O pessoal de enfermagem somava aproximadamente 30% do total do setor, sendo 70.933 enfermeiros, 222.794 auxiliares de enfermagem, 115.686 atendentes de enfermagem, 5.294 visitantes sanitários e 75.206 outros.

Estes dados pouco traduzem em termos de significados para o Projeto do qual estamos falando, se não caracterizarmos a sua clientela que são os atendentes de enfermagem.

Os atendentes de enfermagem formam um conjunto de trabalhadores da área da saúde e, mais especificamente, trabalhadores que realizam atividades que fazem parte do campo do saber e da prática de enfermagem, nos serviços públicos e privados de saúde em todo o país, sem a qualificação profissional adequada. Boa parte deles sem a conclusão do ensino fundamental, escolaridade básica para desenvolver e formar indivíduos para o exercício da cidadania.

A introdução dos atendentes de enfermagem nos serviços de saúde deu-se de várias formas, sendo a mais freqüente, aquela em que o trabalhador é contratado para

o serviço de limpeza do hospital, e, com a observação do dia-a-dia vai aprendendo alguns procedimentos de enfermagem culminando com sua incorporação como trabalhador da área de enfermagem.

Em que pese ter havido uma Lei do Exercício da Enfermagem (Lei n. 7.498/86) que reconhece a existência deste contingente de trabalhadores e dá prazo de 10 anos para sua qualificação, em dezembro de 1996, ainda existiam 115.686 pessoas empregadas na ocupação de atendentes. O Conselho Federal de Enfermagem – COFEN – acusava a existência de 144.665 profissionais registrados como atendentes de enfermagem no final de 1997 (BRASIL, 2001).

É neste contexto do mercado de trabalho da enfermagem que o Ministério da Saúde propõe o PROFAE, com o objetivo geral de “melhorar a qualidade da atenção ambulatorial e hospitalar, procurando reduzir o déficit de pessoal auxiliar de enfermagem qualificado e apoiar a dinamização e melhoramento da regulamentação do mercado de trabalho no setor saúde”, tendo como objetivos específicos “promover e viabilizar a profissionalização e mobilidade do pessoal auxiliar de enfermagem, priorizando os atualmente empregados; e fortalecer a capacidade de formação e regulação dos recursos humanos do setor saúde” (BRASIL, 2000).

O PROFAE é uma política pública que integra três campos complexos - educação, trabalho e saúde -, na medida em que visa contribuir para a qualidade da atenção à saúde da população, promovendo a qualificação profissional e a complementação do ensino fundamental dos trabalhadores da área de Enfermagem empregados nos serviços de saúde públicos e privados. Insere-se no

“cerne da delicada questão de implantação de uma política nacional de recursos humanos para o setor saúde, capaz de promover a qualificação e a humanização do atendimento - pontos chave para a consolidação do ideário, que balizou a institucionalização da saúde como direito de cidadania e a criação do Sistema Único de Saúde” (VELLOZO, 2001:11).

O PROFAE foi constituído, na sua estrutura organizacional central, por duas áreas, conforme seus dois grandes objetivos específicos, com arranjo e equipes diferentes. Uma das áreas foi e tem sido responsável pela implementação de processos que viabilizem a profissionalização e escolarização, mediante a contratação de escolas que oferecem cursos de formação profissional de nível técnico em enfermagem e

complementação do Ensino Fundamental, e outras instituições para a supervisão, monitoramento e avaliação da execução destes cursos. Estas últimas devem ser instituições com experiência em formação de recursos humanos, e gestão de programas e projetos nesta área.

A outra área visa a dar sustentabilidade às ações com subáreas destinadas ao fortalecimento das instâncias formadoras e reguladoras de recursos humanos para a saúde, o acompanhamento da dinâmica do mercado de trabalho em saúde, a formação pedagógica dos docentes dos cursos de qualificação profissional e a formulação de uma proposta de avaliação e certificação de competências aos egressos dos cursos de qualificação profissional.

A estrutura organizacional, implementada para a profissionalização dos trabalhadores, espelha uma estratégia descentralizada de execução, tendo um comando central na esfera federal denominado Gerência Geral do Projeto do Ministério da Saúde e uma instância estadual de monitoramento. Esta estratégia descentralizada originou novas instâncias de organização que diferem das instâncias formais e regionais do SUS. São elas: Agências Regionais, Operadoras e Executoras. É possível dizer então que se trata de uma proposta não ortodoxa de descentralização da política de recursos humanos para o setor saúde no país, por não ser uma estratégia de descentralização em que o nível central (MS) repassa competências para os níveis estaduais (Secretarias Estaduais de Saúde) e municipais (Secretarias Municipais de Saúde) correspondentes dentro do desenho organizacional do SUS² (DI GIOVANNI e SILVA,2002).

A Gerência Geral do Projeto, no nível central, relaciona-se com as estruturas no nível dos estados: as Agências Regionais e as Operadoras/Executoras. As Agências Regionais são instituições de direito público ou privado, com experiência em desenvolvimento de políticas públicas, contratadas para a realização da supervisão, monitoramento e avaliação da execução dos cursos. São instituições selecionadas por meio de processos licitatórios e contratadas para este fim, possuindo, portanto, a delegação de competências dada pelo MS para fazerem o monitoramento dos cursos. O quadro abaixo esquematiza esta estrutura.

² A descentralização enquanto princípio do Sistema Único de Saúde – SUS –, apregoa a divisão de poder e de competências entre as várias esferas de governo – federal, estadual e municipal – na prestação de serviços de saúde, com bastante investimento na indução de uma transferência de poder para os municípios.

Arranjo organizacional da Escolarização e Profissionalização

Nível Federal	Gerência Geral do Projeto
Nível Estadual	Agência Regional
Nível Regional/Municipal	Operadoras/Executoras

Fonte: Adaptado do Relatório Parcial 1 da Avaliação Institucional do PROFAE, Di Giovanni e Silva (2002).

As Operadoras são instituições de diversas naturezas jurídicas, contratadas pelo Ministério da Saúde para operacionalizar os cursos. Não há necessidade de serem instituições de ensino, já que não o sendo, não executarão os cursos. Foram concebidas com o objetivo de potencializar e dar agilidade ao uso de recursos públicos, principalmente, com o intuito de viabilizar a participação de escolas públicas e/ou escolas pequenas sem capacidade de participação em processos licitatórios internacionais. Neste caso, várias escolas poderiam participar, elegendo uma única entidade como Operadora, a qual seria contratada, receberia o recurso e possibilitaria a execução dos cursos.

As Executoras, por sua vez, são instituições de ensino de qualquer natureza jurídica (públicas, privadas, sistema S, filantrópicas, sindicais, entre outras) credenciadas pelo Sistema Educacional, com experiência comprovada em educação profissional, principalmente, cursos de Auxiliares de Enfermagem, corpo docente capacitado, infra-estrutura educacional, material didático entre outros. São estas que realizam os cursos quando as Operadoras não são escolas.

No que se refere ao arranjo organizacional deste Projeto, destaca-se a centralidade do papel do MS que, além da formulação das diretrizes, assume a implementação centralizando as decisões e a gestão e descentralizando as ações que viabilizam os cursos de qualificação profissional³. Dentro deste modelo, para garantir a qualidade dos serviços contratados e a racionalização do uso dos recursos públicos, há um investimento expressivo no monitoramento e supervisão dos serviços prestados.

³ Longe de propor uma discussão aqui sobre as questões conceituais referente à gestão das políticas públicas centralizadas e descentralizadas, e as implicações diretas sobre as concepções de estado que a sustentam, é mister colocar que este arranjo organizacional situa-se entre as complexas estratégias de centralização, descentralização e desconcentração. A **desconcentração** envolve conceito, estratégia e decisões distintas da descentralização, em que pese tenhamos muitos autores que consideram ambos os termos sinônimos. Para Junqueira (1997:186) “enquanto descentralizar é redistribuir poder e alterar os interesses de grupos no poder, desconcentrar é um meio-termo entre o poder centralizado e o transferido.” Desconcentração, então, significa delegar competências dentro do próprio aparato estatal, para entidades descentralizadas ou para unidades deslocadas geograficamente, da própria organização. Implica uma perspectiva hierárquica, pois significa transferir a capacidade de tomar decisões de um nível para outro dentro da mesma organização; por isso, a unidade que recebeu a delegação trabalha com as mesmas normas que regulam as atividades do organismo que delegou as competências (BOISIER, 1987 *apud* JUNQUEIRA).

Dos serviços educacionais, destacarei a forma como se dá a participação das escolas de educação profissional – instâncias executoras – neste Projeto. Quanto à forma de participação já citado anteriormente, dá-se por meio de processos licitatórios. Busca-se, no conjunto de escolas do sistema de educação profissional do país, aquelas que oferecem cursos na área de saúde e, especificamente, cursos de educação profissional de nível técnico na subárea enfermagem.

- ***APRESENTANDO A INDAGAÇÃO DE PESQUISA E SEUS OBJETIVOS***

Nos dispositivos que compõem os processos licitatórios, há um elenco de critérios que induzem as escolas numa determinada direção ao formular sua proposta pedagógica. Estes versam, principalmente, sobre: a infra-estrutura educacional (física e de recursos humanos) compatível com a meta de atendimento proposta pela escola; meta mínima (10 turmas com 36 alunos em cada, perfazendo um quantitativo de 360 alunos) e máxima (100 turmas com, no máximo, 36 alunos em cada, perfazendo o quantitativo de 3.600 alunos); duração do curso em meses (12 meses) e em carga horária – mínimo de 1.110 horas –, tomando como referência a execução dos cursos de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem (BRASIL, 2000; BRASIL, 2001b; BRASIL, 2002a).

Incluem-se, ainda, uma definição de conteúdos mínimos relevantes por meio do oferecimento de material didático a todos os alunos, elaborado pelo MS; a indução para que a escola ofereça as turmas de forma descentralizada, facilitando o acesso aos alunos; qualificação do corpo docente, por meio de atividades propostas e realizadas pela escola e com a participação do corpo docente no curso de Formação Pedagógica oferecido pelo Projeto. Neste caso, a função principal da escola seria encaminhar os docentes para realizarem a matrícula e contribuir para sua permanência no curso.

Alguns aspectos têm relevância neste ponto, tendo em vista as implicações que estas diretrizes podem apresentar ao projeto pedagógico da escola: (1) o rol de exigências quanto à forma de apresentar a proposta técnica, seu conteúdo e exequibilidade tentam ordenar e dar uma conformação ao seu projeto pedagógico de forma a guardar coerência com as concepções e as diretrizes político-pedagógicas do SUS. Com isto, já faz uma linha de corte no conjunto de escolas de educação

profissionais existentes no país, selecionando aquelas com melhores condições, *a priori*, de oferecer cursos de qualidade.

O projeto proposto pela escola, a partir do estabelecimento do contrato com o MS deverá ser implementado, tendo no início da execução dos cursos, o marco zero para o processo de monitoramento, supervisão e avaliação dos aspectos elencados.

O segundo ponto (2) diz respeito ao fato de que como os cursos do PROFAE são de formação profissional, com terminalidade, regulares, a relação com estas escolas dá-se de forma constante e institucionalizada. No transcorrer dos cursos, a escola passa por supervisões mensais, intervenções pertinentes aos problemas detectados, contingenciamentos de recursos do MS. Novas licitações podem ser realizadas para o estabelecimento de novos contratos para atender a pressão da demanda por abertura de novas matrículas e a pressão dos gestores pelo término do curso e a supervisão deve garantir o monitoramento permanente do cumprimento de todas as cláusulas contratuais, entre outros.

O cruzamento destes dois pontos (1 e 2) sinaliza um aspecto-chave da nossa preocupação analítica: muitos destes requisitos técnicos obrigatórios são estranhos a escola e podem trazer inovações do ponto de vista técnico e pedagógico, quando vivenciados cotidianamente, e quando a escola se coloca permeável a reflexões críticas sobre a experiência. Por outro lado, podem também trazer interferências desestabilizadoras para a escola no seu cotidiano, no modelo de gestão, na organização do trabalho escolar.

É possível afirmar que o arranjo organizacional do PROFAE e sua ação direta e efetiva sobre a escola, colocadas como requisitos técnicos obrigatórios, demandam que esta implemente uma série de ações imediatas para "dar conta do recado" (DEMO, 1997). Por exemplo, para a execução de um curso de qualificação profissional básica com 1.110 horas em 12 meses, é necessário potencializar ações operacionais tais como: a racionalidade no uso do tempo de permanência do aluno na escola, o planejamento prévio do início das aulas, prevendo docentes em número suficiente, coordenadores, disponibilidade de material didático, campos de estágio prontamente disponíveis no período exato.

Isto impõe à escola um ritmo acelerado de execução e um alto nível de assertividade e planejamento. Diante disso, surgem as seguintes questões: **estes**

requisitos obrigatórios, denominados diretrizes do PROFAE, interferem no projeto pedagógico da escola, na sua capacidade de formulação e implementação deste? Como o projeto pedagógico da escola era formulado e implementado antes e como foi adaptado para responder as exigências do PROFAE?

Um terceiro aspecto relevante no projeto pedagógico é o atendimento de uma demanda de alunos previamente identificada e selecionada pelo MS ao invés da demanda espontânea. A escola, antes de ser executora do PROFAE, recebia a demanda espontânea da comunidade e, neste caso, recebe uma demanda selecionada com perfil definido, com uma dada distribuição geográfica por municípios e, ao longo de no mínimo 12 meses, conviverá com este trabalhador aluno oferecendo seus serviços educacionais, devendo promover estratégias para sua permanência no curso, responsabilizando-se por seu processo de ensino-aprendizagem e sofrendo uma cobrança institucional sobre estes alunos, um a um. Além disso, a proposição de estratégias, para facilitar o acesso destes trabalhadores às salas de aula, é indicada por Editais como sendo a execução de classes descentralizadas, ou seja, as turmas deverão ser realizadas nos locais mais próximos de onde reside e/ou trabalha o aluno. Portanto, o enfrentamento das diversidade culturais, socioeconômicas e geográficas dos trabalhadores alunos também é de sua responsabilidade.

A demanda de trabalhadores entregue à escola também possui características diferentes da demanda espontânea da escola, por ter como requisito de entrada no curso de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem, o ensino fundamental concluído⁴. Porém, os alunos que possuem apenas o ensino fundamental têm enfrentado grandes dificuldades e as conseqüências disto são as reclamações constantes acerca da diversidade do alunado, que vai muito além das questões socioeconômicas e culturais. Neste caso, para a escola a heterogeneidade é bem concreta porque existem dificuldades de aprendizagem decorrentes da ausência ou

⁴ Este fato é fruto da regulamentação do itinerário de formação do técnico de enfermagem de que trata o Decreto n. 2.208/ 97, traduzido no Parecer n. 10 da Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação, em que relata que “o requisito mínimo para matricular-se no curso de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem é o da existência de ‘condições de matrícula’, no ensino médio”, isto é, para os efeitos deste parecer de conclusão do Ensino Fundamental. Os alunos matriculados em cursos de Auxiliar de Enfermagem e que apresentem como escolaridade apenas a conclusão do ensino fundamental deverão ser estimulados a cursar, concomitantemente ou posteriormente, o ensino médio, e devidamente orientados no sentido de que, no caso de continuidade dos estudos até a conclusão do curso de Técnico de Enfermagem, ser-lhe-á exigida a comprovação da conclusão do ensino

fragilidade das competências básicas por conta da escolaridade precária, tanto pelo nível de escolaridade exigida quanto pela deficiência do próprio ensino regular.

Ressalta-se, ainda, que a problemática exige da escola uma proposta pedagógica⁵ que oriente estratégias para enfrentar as várias situações decorrentes desta diversidade do alunado, o que na maioria das vezes faz com que algumas delas apresentem um projeto para alunos da demanda espontânea e um específico para o PROFAE. Que significado tem este fato para a escola? Há um repensar pela escola sobre sua função social? Há resistências por parte de sua equipe técnica? Há avanços ou há prejuízos conceituais e organizacionais? Há rupturas com as práticas cotidianas? Estas são algumas questões que me ocorrem sobre este assunto.

Há, ainda, um quarto aspecto a ser considerado na análise, entre os fatores influenciadores da dimensão pedagógica do trabalho da escola, o processo de supervisão e monitoramento. A questão é: quais as implicações para esta escola que sempre esteve sob supervisão da Inspeção de Educação das Secretarias Estaduais de Educação – SEE –, quando se acrescenta a supervisão do PROFAE realizada pelas Agências Regionais? Esta questão é instigante, tendo em vista que esta supervisão seria diretamente influenciada pelas concepções e posturas das pessoas que a executam, o que a torna dispare e diversificada – variando entre posturas dialógicas, de parceria, de colaboração de compromisso, até autoritárias, fiscalizadora e com pouca compreensão acerca do universo escolar.

Partindo destas reflexões sobre a realidade de trabalho vivida nos últimos três anos, pretende-se aqui como indagação de pesquisa, **investigar as implicações políticas e técnicas desta política de profissionalização dos trabalhadores da área de saúde nas escolas de educação profissional em enfermagem.**

Parte-se da hipótese de que este “mosaico” de ações implementadas pelo PROFAE que incidem diretamente sobre as escolas provoca mudanças no trabalho da escola que participa do PROFAE durante todo o período de execução do Projeto, dada pela intensidade e permanência destas ações.

médio como condição necessária para a obtenção do diploma do Técnico.” (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, Parecer n. 10, 2000)

⁵ A proposta pedagógica aqui referida é o que os Editais de licitação denominam “Subprojetos de qualificação profissional”. (BRASIL, 2000; BRIL, 2001b; BRASIL, 2002a)

A proposição desta investigação baseia-se nas concepções de Thompson sobre a historicidade da experiência humana, que segundo este,

“a experiência humana é sempre histórica, no sentido de que uma nova experiência é sempre assimilada aos resíduos do que passou, e no sentido que, ao procurar compreender o que é novo, nós sempre e necessariamente construímos sobre o que já está presente. Na verdade, nossa própria compreensão de uma nova experiência como nova, é uma indicação do fato de que nós a estamos relacionando ao que veio antes e, devido a isso, nós a percebemos como nova.” (THOMPSON, 1995; p. 360)

O lócus desta investigação será, portanto, a escola de educação profissional de nível técnico de enfermagem atuando no âmbito e no contexto do PROFAE e seus sujeitos sociais representados pela sua equipe técnica que esteve a frente da implantação do PPP. A opção por estes sujeitos sociais foi feita tendo em vista serem estes que “desenham suas ações, enfrentam conflitos, negociam e disputam poder nas estruturas sociais” as quais podem ser também definidas como “totalidades articuladas, compostas por conjuntos de relações, internas e externas, que determinam a função que cumprem os seus vários elementos constituintes” (ALMEIDA, 1999; p. 4).

O termo implicações aqui utilizado refere-se a dois sentidos da palavra. Refere-se ao “que se subentende, o que está subjacente” (HOUAISS E VILLAR, 2001; p. 2925) na relação entre os dispositivos de indução de respostas das escolas e as respostas produzidas. Refere-se então aos conceitos, às intenções contidas nos requisitos e exigências colocadas nos documentos oficiais do Ministério da Saúde que direcionavam a formulação e execução de propostas pedagógicas pelas escolas, e a consistência dos processos implantados pelas escolas como respostas a estes mecanismos de indução.

O outro sentido do termo implicações também aqui considerado é o de “relação estabelecida entre dois conceitos ou proposições, de tal forma que a afirmação da verdade de um deles conduz a inferência necessária da veracidade do outro” (HOUAISS E VILLAR, 2001;p. 2925). Ou seja, na medida que as diretivas para indução de processos nas escolas e as demais ações voltadas para o trabalho da escola, estão sustentados em conceitos e reflexões teórico-metodológicas produzidas e acumuladas como sendo produtoras de mudanças na realidade da formação profissional, os efeitos produzidos devem conter também a compreensão destes conceitos, destas intencionalidades, indo além dos resultados quantificáveis.

As mudanças aqui referidas estão sendo entendidas como as alterações relatadas pelos sujeitos sociais da escola, a partir da experiência no PROFAE. Almeida (1999) em estudo sobre as mudanças no ensino médico coloca que as mudanças podem acontecer nos processos, nas relações e nos conteúdos, e com base em alguns autores que propõe planos de análise das mudanças, coloca que estas podem ser classificadas em inovações, reforma e transformação⁶.

A partir da reflexão e proposição trazida por Almeida, as mudanças caracterizadas como inovações são as denominadas funcionais ou dos fluxos. São geralmente mudanças pontuais, localizadas, particulares e parciais, concentrando-se nas atividades, nos meios e nas relações técnicas entre agentes de ensino e o processo de ensino. As alterações seriam isoladas e podem ocorrer nos processos, nos conteúdos e nas relações, mas a ênfase é nos processos. Como exemplo cita a criação e/ou ampliação de carga horária de disciplinas.

As mudanças denominadas como reformas, são aquelas que buscam substituir dimensões mais abrangentes do processo de produção de profissionais por outras que envolvem elementos essenciais do processo e algum grau de reinterpretação das bases conceituais da educação tradicional. "As intervenções que se enquadram neste plano de profundidade de mudança resultam em alterações combinadas, em algum grau, nas relações, e/ou nos processos e/ou nos conteúdos, caracterizando distintas reformas da educação médica" (ALMEIDA, 1999; p.5). Como exemplo, cita as iniciativas de articulação ensino-serviço-comunidade.

Por fim, a transformação é aquela que busca introduzir uma nova ordem no processo de produção dos profissionais e nas relações com a estrutura econômica, englobando todo o contexto e a própria sociedade. "Envolve a essência do próprio processo de produção do conhecimento, a construção de novos paradigmas e os determinantes histórico-sociais" (ALMEIDA,1999; p.5). O impacto maior dar-se-ia nas relações técnicas e sociais, mas com maior ênfase nas relações políticas entre sujeitos sociais e os atores institucionais envolvidos. Os exemplos citados pelo autor são as

⁶ Márcio Almeida toma por base autores como Matus (1993), Rovere (1993), que propõe três planos de análise para localizar os nós explicativos de um problema, e Ferreira (1988), que aborda iniciativas no campo da educação médica, desenvolvendo uma reflexão que resultou na formulação de três planos de profundidade das mudanças.

alterações globais dos conteúdos, dos processos e das relações, caracterizando verdadeiras transformações da educação profissional como um todo⁷.

Neste sentido, é mister colocar que a pesquisa dará sistematicidade às observações cotidianas da pesquisadora, alimentando uma atitude de “questionamento sistemático, crítico e criativo” com vistas a um “processo de inovação permanente” (DEMO, 2002; p. 15).

Partindo das questões investigativas, temos como objetivo geral investigar as implicações **políticas** e **técnicas** da implementação do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem para as escolas de formação profissional de nível técnico em saúde, subárea enfermagem. E como objetivos específicos:

- a) Elaborar e analisar o perfil das escolas que participam deste estudo a partir dos resultados das atuações no PROFAE nos anos de 2000, 2001, 2002 e 2003 partindo das seguintes características: natureza jurídica da instituição, período de atuação no PROFAE, metas propostas em número de alunos, meta atingida em alunos formados, base territorial atendida em número de municípios sede de turmas e municípios de residência dos alunos.
- b) Realizar análise crítica e teórica dos requisitos técnicos obrigatórios dos documentos oficiais utilizados para a seleção das escolas, buscando dar relevância teórica àqueles com maior potencial de implicações nas dimensões técnicas e políticas dos projetos pedagógicos das escolas, e construindo a partir disto as categorias de análise.
- c) Realizar análise crítica das dimensões técnicas e políticas dos PPP implementados, buscando as principais respostas produzidas.
- d) Analisar as possíveis mudanças ocorridas nas escolas a partir da experiência de implementação dos projetos PPP no âmbito do PROFAE.

⁷ Almeida exemplifica este tipo de mudança citando as substituições de modelos de ensino ocorridas em toda a América Latina no período imediatamente anterior a Segunda Guerra em que se substituiu o modelo europeu pelo norte-americano (flexneriano) e o ocorrido em Cuba na década de 60 em que se substituiu o modelo flexneriano pela medicina social.

CAPÍTULO I

A ENFERMAGEM BRASILEIRA E A PROFISSIONALIZAÇÃO DE NÍVEL TÉCNICO: UMA ANÁLISE EM RETROSPECTIVA

Inicialmente, é fundamental destacar a questão dos trabalhadores da enfermagem de nível técnico no âmbito da composição de força de trabalho em enfermagem e os aspectos de relevância histórica e social do constante debate travado no âmbito da categoria sobre a formação destes trabalhadores.

A enfermagem é caracterizada por ser uma prática social e historicamente determinada, que integra as práticas dos demais trabalhadores de saúde. Possui uma divisão técnica do trabalho tanto horizontal quanto vertical. A divisão horizontal manifesta-se pelo compartilhamento, cooperação e complementaridade do seu trabalho nos serviços de saúde, ao integrar equipes compostas por outras categorias profissionais, tais como médicos, farmacêuticos, nutricionistas e outros (SENA-CHOMPRÉ, 1998). A divisão vertical, dá-se pelas diferentes categorias de trabalhadores segundo níveis de formação que compõe a enfermagem - enfermeiro de nível superior, técnico de enfermagem com ensino médio, auxiliar de enfermagem com ensino fundamental, sendo esta uma divisão do trabalho interno a profissão (NOGUEIRA apud SENA-CHOMPRÉ, 1998).

Como nos coloca Peduzzi (2002), a divisão interna do trabalho da enfermagem, que é uma característica que vem desde a sua institucionalização como profissão, a partir do século XIX, merece ser destacada pela influência que tem no exercício cotidiano do trabalho, nas relações com as demais áreas da saúde e na qualidade da assistência.

Na divisão dos papéis dentro desta divisão vertical do trabalho da enfermagem, segundo a autora citada, cabe ao enfermeiro as atividades de ensino, supervisão e administração e, para o pessoal auxiliar, a maioria das atividades de assistência. Ou seja, o enfermeiro realiza as atividades relacionadas ao cuidado indireto e o pessoal auxiliar, as atividades relacionadas ao cuidado direto. Além destes destaques, nos é colocada a questão da atual composição da equipe de enfermagem no Brasil. Desde meados da década de 80, estudos sobre a força de trabalho vem mostrando a

tendência de aumento da incorporação de auxiliares de enfermagem e enfermeiros e um decréscimo na contratação dos atendentes de enfermagem, bem como aumento na incorporação de profissionais de nível superior não médicos.

Destaca-se, ainda, a constante discussão em torno da qualidade dos serviços do sistema de saúde que deve contemplar a necessária qualificação do seu pessoal, discussões feitas por vários autores, dentre os quais destacamos Peduzzi (2002) e Nogueira (1994 e 2002).

Análises sobre o trabalho e o ensino da enfermagem brasileira são realizados por vários autores, dentre os quais destacamos os realizados por Alves, 2000; Sena-Chompré, 1998; Saupe, 1998; Pires, 1989; Germano, 1993, entre outros.

A discussão que aqui se pretende é acerca da profissionalização da enfermagem e, considerando que todo o conhecimento científico é também histórico e socialmente construído, discorrerei trazendo três aspectos que considero importantes sobre o assunto. São eles: a posição da categoria de enfermagem por meio dos seus órgãos de classe no que se refere à profissionalização dos trabalhadores de nível técnico; a regulamentação do exercício profissional desta categoria por meio das leis do exercício profissional; e as principais iniciativas já encampadas pelo poder público para induzir e promover a profissionalização de nível técnico da enfermagem no âmbito do setor saúde.

A busca pela profissionalização dos trabalhadores de nível técnico na enfermagem tem se mantido na agenda tanto da Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn – quanto do poder público – aqui referindo-se aos órgãos competentes do sistema de saúde e do sistema de educação –, desde períodos anteriores à década de 70, mas com bastante ênfase nesta década.

A partir da leitura do documentário Associação Brasileira de Enfermagem: 1926-1976 (1976), destaca-se alguns fatos históricos que delineiam a trajetória da questão da formação profissional e da regulação do exercício profissional da enfermagem brasileira.

O referido documentário apresenta primeira recomendação, datada em 1948, de que no Brasil tivéssemos dois tipos de formação - o de enfermeiros para o qual se exigiria o ginásio e o de bacharel em enfermagem para o qual se exigiria o curso

colegial. O debate em torno desta questão encontra-se nos registros da ABEn como tendo iniciado nesta época, com ênfase nos anos de 1950-60, sempre à luz das Leis de Diretrizes e Bases da Educação de cada período.

Em editorial publicado na revista *Anais de Enfermagem* de julho de 1952, Haydée G. Dourado lembrou à Associação Brasileira das Enfermeiras Diplomadas – ABED⁸ – a oportunidade de ser feito estudo minucioso sobre as necessidades de formação de profissionais de nível técnico.

“(...) Das colunas desta revista temos iniciado há mais de um ano o debate sobre o número de níveis de ensino de enfermagem. Há os que pensam que deveríamos ter três níveis de estabelecimentos de ensino, tal como estabelece, de um modo geral, o projeto de Diretrizes e Bases da Educação Nacional: o nível auxiliar, destinado a alunos com curso primário, o nível técnico, destinado a alunos com o primeiro ciclo do curso secundário (quatro anos de ginásio) e o nível superior, destinado a alunos com o curso secundário completo ou aqueles a quem leis específicas conferirem direitos equivalentes.” (ABEN, 1976; p. 179)

Neste período, a formação da enfermagem era regulamentada pelo Decreto n. 775/49 que dispunha sobre o ensino de enfermagem no país, por meio de dois cursos: a formação do enfermeiro de nível superior e de auxiliar de enfermagem, os quais seriam ministrados pelas escolas de enfermagem. Alguns pontos são ressaltados no documentário da ABEN sobre o referido Decreto, que já na época expressavam alguns conflitos na composição da enfermagem, em sua divisão vertical e interna do trabalho e da formação.

- a) Autorizava as escolas a receberem candidatos apenas com certificado de curso ginásial (primeiro grau ou ensino fundamental);
- b) A fiscalização dos cursos de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem seria feita por inspetores itinerantes e diplomados em enfermagem, subordinados a Diretoria de Ensino Superior do MEC;
- c) Haveria subvenção do Estado às escolas que fossem fundadas para a formação da enfermagem e ampliação da subvenção às já existentes;
- d) Regulamentava a formação das Enfermeiras Obstétricas que funcionaram independentes da formação das enfermeiras.

Destaca-se então dois aspectos: a necessidade reconhecida da formação destes profissionais justificando a não exigência da escolaridade necessária para a formação

em nível superior e a subvenção do estado como indução e estímulo para a criação de escolas que formassem estes profissionais. Do cruzamento destes dois aspectos, tem-se que o rigor na exigência de escolaridade seria um grande entrave dada a situação de baixo acesso à educação que tinha a população, principalmente as mulheres, e portanto, o curso de enfermagem passa a ser realmente de nível superior somente em 1962, conforme coloca Nakamae. "Conquanto essa lei passasse a exigir o secundário completo para ingresso, dada a escassa procura pelo curso tal exigência foi adiada por sete anos e depois por mais cinco anos, aceitando-se como requisito de admissão apenas o certificado de conclusão ginasial." (NAKAMAE, 1987; p. 100)

A Lei do Exercício Profissional de Enfermagem que vem em seguida, Lei n. 2.995/56, prorroga o prazo que restringe as exigências para a matrícula nos cursos de enfermagem (ABEN, 1976).

Conforme consta no documentário da Associação Brasileira de Enfermagem (1976), seguem alguns destaques:

- Em 1957, tramitava no Poder Executivo o Projeto n. 3.082 que previa o ensino de enfermagem e da obstetrícia, tendo como diretriz proporcionar a profissionalização em enfermagem aos jovens com diferentes níveis de escolaridade, o que deixou a categoria bastante dividida quanto a sua posição sobre esta diretriz. Este projeto permaneceu aguardando a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação.
- Em 1962, com a promulgação da Lei n. 4.024/61, a qual definiu a educação nacional em três níveis de ensino (primário, médio e superior), a formação de técnicos em grande escala em nível de segundo ciclo, em qualquer dos ramos de atividades, passou a ser prioridade no país. O artigo 47 que regulamentava os cursos de nível técnico nas áreas industrial, agrícola e comercial, e delegava as demais áreas aos diferentes sistemas de ensino, a sua regulação.
- Em 1963, a Comissão de Legislação da ABEn encaminha às autoridades competentes a época extrato de trabalho "observações sobre o ensino da enfermagem auxiliar no país", colocando a posição da ABEn.

"(...) Deseja a ABEN três níveis de curso: manutenção dos atuais, o nível superior e o de auxiliar de enfermagem; e a criação de curso intermediário, possivelmente de três anos letivos, para formar

⁸ Denominação dada a atual Associação Brasileira de Enfermagem no período 1944 a 1954 quando alterou sua denominação.

possivelmente em dois anos, o técnico para a enfermagem hospitalar e em um terceiro ano adicional, o da enfermagem obstétrica e de saúde pública. A duração e o currículo mínimo é desejável que sejam inicialmente aprovados por órgão nacional garantindo-se a validade do título de Técnico de Enfermagem em todo o país. O curso seria válido como colégio (...)" (ABEN, 1976; p. 184)

Com isto, ressalta-se, então, os mecanismos adotados como resposta à baixa qualificação dos profissionais. No entanto, deste debate, no âmbito da categoria, levanto três aspectos para reflexão, pelas contradições que contêm.

O primeiro deles era a preocupação e o espaço ocupado na Associação Brasileira de Enfermagem sobre a questão da direção e do futuro da formação da enfermagem em todos os seus níveis, sempre amparada pela legítima discussão em torno da busca pelo reconhecimento da profissão e pela construção de conhecimento próprio, pela primazia da sua atuação e pela sua constante qualificação.

O segundo era que nesta busca pelo reconhecimento da profissão havia um conflito instalado: o desejo de ampliação do quantitativo de enfermeiros esbarrava no entrave caracterizado principalmente pela baixa escolaridade da população, principalmente a feminina, que era a que buscava o curso. Em função disso, a formação do nível técnico era encarada como um fator que poderia diminuir a procura pelo curso de nível superior. Esta era uma posição de um conjunto de enfermeiras que, mesmo diante das demandas concretas do setor saúde pela ampliação desta formação, sustentava uma posição corporativista indo de encontro a esta necessidade.

O terceiro ponto era que, diante da falta de consenso dentro da categoria, no que se refere a formação de nível técnico, esta parece ter sido, na maioria das vezes, conduzida ao largo da vontade da categoria, cabendo sempre às iniciativas do poder público com o respaldo das Leis de Diretrizes e Bases da Educação Nacional em conduzir e estimular esta formação.

Quanto a criação dos cursos de auxiliar de enfermagem, registros indicam que o primeiro curso foi criado na Escola de Enfermagem Ana Neri, em 1941, ou seja, antes da regulação da formação da enfermagem que só se deu em 1949.

Já as primeiras escolas técnicas que formariam auxiliares de enfermagem, registros indicam que ocorreram nos anos de 1965-66, conforme pudemos citar:

- a) Em 1965, o Conselho Estadual do Estado da Guanabara cria o Curso Colegial de Enfermagem, e o Conselho Estadual de Pernambuco também o faz;

- b) Em 1966, os Conselhos Estaduais de Goiás e do estado do Paraná criam, respectivamente, o curso técnico da Escola de Enfermagem São Vicente de Paula, em Goiânia e o Curso Experimental Técnico da Escola Técnica de Enfermagem "Catarina Labouré".

Embora auxiliares de enfermagem estivessem sendo formados desde 1949, embasados na Lei n. 775/49, a formação profissional de nível técnico só foi permitida legalmente com a aprovação da Lei n. 4.024/61. Isto ilustra o pioneirismo da enfermagem na educação profissional de nível técnico para o setor saúde.

A criação de escolas para a formação dos profissionais de nível técnico, constitui e ainda permanece como uma preocupação da ABEN. Mesmo tendo um déficit numérico de enfermeiros e de auxiliares de enfermagem e sabendo-se que as escolas, existentes no país, não formam em número suficiente para atender a demanda por estes profissionais, a preocupação das entidades representativas da enfermagem, sempre foi em relação a regularidade das escolas e a qualidade dos cursos oferecidos.

"Embora o auxiliar de enfermagem esteja perfeitamente integrado na equipe de enfermagem, a ABEN não possui autoridade suficiente na equipe para influir na criação não planejada de novas instituições de ensino de Enfermagem nesse nível, como seria desejável; continuam sendo organizados cursos em localidades que não contam com enfermeiras em número suficientes para o ensino das disciplinas de Enfermagem e supervisão da experiência de campo." (ABEN, 1976; p. 189)

A questão da relação oferta de profissionais formados *versus* demanda por trabalhadores formados tem ocupado muitos espaços de debate e tem sido subsídio para muitas iniciativas. Conforme registros do documento da ABEN, vinte e três anos após a criação da primeira escola (1918-1941) existiam apenas seis dessas escolas e haviam se diplomado aproximadamente mil e trezentos enfermeiras. De 1941 a 1949, haviam formados apenas 26 mil auxiliares de enfermagem e o aumento na formação destes profissionais ocorre a partir de 1953.

Outra questão que tomava espaço nos debates em torno da formação de auxiliares de enfermagem seria o currículo dos cursos, principalmente no que se refere a exigência de escolaridade para ingresso nos cursos e o conteúdo do currículo.

Quanto a exigência de escolaridade, havia o conflito entre o anseio pelo aumento da escolaridade dos trabalhadores e o baixo acesso da população ao sistema de ensino.

Como recomendações, indicava-se compensar estas deficiências incluindo disciplinas tais como português e matemática. Já o conteúdo do currículo era definido conforme a realidade de cada escola, e com isto, a preocupação era em relação a proximidade da formação do auxiliar de enfermagem com a do enfermeiro e com a necessidade de um melhor preparo no caso de realidades onde não se tivessem enfermeiros. Isto dava e tem dado, considerando a atualidade deste debate, uma elasticidade e plasticidade⁹ a este currículo.

Estas preocupações deram origens a muitos dispositivos que regulamentariam a formação do auxiliar como aconteceu com a Portaria n. 106/65 que fixava normas reguladoras do curso de Auxiliar de Enfermagem (ABEN, 1976) e, mais tarde, as Resoluções n. 07/77 e n. 08/77 do Conselho Federal de Educação, entre outros (Conselho Federal de Educação, 1977).

Atualmente, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional introduziu profundas mudanças na educação profissional, que passou a ser entendida como articulada às diferentes formas de educação, ao trabalho, à ciência e à tecnologia. A educação profissional teve suas diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) e Câmara de Educação Básica (CEB) por meio da Resolução CNE/CEB n. 16/99 e Resolução CNE/CEB n. 04/99 que incluem o auxiliar de enfermagem no itinerário de formação do técnico de enfermagem.

Sobre a rede de escolas formadoras de auxiliares e técnicos de enfermagem no Brasil, vale destacar, ainda, os dados levantados por Lima *et al* (2002) para ilustrar melhor a atualidade deste debate travado desde os idos da década de 50/60. Ao final da década de 50, haviam 39 escolas de enfermagem e 67 cursos de auxiliares de enfermagem em todo o Brasil. A maioria desses cursos era mantida por entidades de direito privado e as escolas eram anexas aos hospitais.

Atualmente, análises realizadas sobre a base de dados do Censo Escolar 2001 do INEP/MEC, indicam a existência de 2.334 estabelecimentos que atuam com Educação Profissional de Nível Técnico em todas as áreas da economia do país, dos quais 785 (33,6%) ofereciam pelo menos um curso de educação profissional na área de saúde, sendo que destes, a grande maioria (570 ou 72,6%) constituem a estrutura de formação da subárea de enfermagem no país. Os cursos da área de enfermagem vem

⁹ Entende-se que elasticidade refere-se ao alargamento e plasticidade às constantes modificações dos currículos.

em primeiro lugar em termos numéricos, ou seja, são 687 os cursos oferecidos no país, o que perfaz um total de 57,5 % dos cursos na área de saúde ofertados em todo o Brasil.

As escolas que formam profissionais de nível técnico em enfermagem são, em sua grande maioria, instituições particulares (84,7%), sendo somente 15,3% das escolas, públicas federais, estaduais e municipais, e estão concentradas majoritariamente nos estados da região sudeste. Das 687 escolas, 27 estão na região norte, 77 estão na região nordeste, 471 estão na região sudeste, 70 localizam-se na região sul e 22 localizam-se na região centro-oeste.

Em que pese na análise do Censo Escolar 2001 os autores tenham encontrado falhas principalmente com sub-registro das escolas, estes indicativos são suficientes para demarcar a situação das escolas que formam auxiliares e técnicos no Brasil.

Segundo Lima *et all* (2002) os dados do Censo Escolar 2001 ainda permitem traçar a situação do número de alunos formados nestes cursos, indicando que em 2001, 71.691 alunos matricularam-se em cursos de nível técnico de enfermagem, sendo que este quantitativo perfaz 66,6% do total de matrículas de alunos em cursos de nível técnico para toda a área de saúde. A procura também tem sido maior pelo curso de técnico de enfermagem e em segundo lugar o curso de auxiliar de enfermagem. Este fenômeno pode ser explicado porque a partir da regulação do itinerário da formação feita pelo Parecer CNE n.10/2000, o nome do curso é Técnico de Enfermagem. Além disso, pode ser um indicativo de que a escolaridade da população requerente tem aumentado, já que para o curso de técnico em enfermagem a exigência é pelo ensino médio enquanto o de auxiliar de enfermagem a exigência é pelo ensino fundamental.

Quanto ao reconhecimento do exercício profissional destes profissionais de nível técnico, destacam-se a Lei n. 2604 de 1955 que regulamentou o exercício profissional da categoria até 1986 e a Lei n. 7.498/86 que o faz a partir de então.

Segundo ABEEn (1976) antes da promulgação da Lei n. 2604/55, cada uma das categorias que compunham a enfermagem a época tinha sua regulamentação. Assim tínhamos:

- a) enfermeiro diplomado – regulamentado pelos Decretos n. 20.109/31 (dispunha sobre o ensino de enfermagem no país e limitava o seu exercício) e 21.141/32, Lei 775/49 e Decreto 27.426/49;

- b) auxiliar de enfermagem – regulamentado pela Lei n. 775/49 e Decreto n. 27.426/49
- c) enfermeiro prático licenciado – regulamentado pelo Decreto n. 22.257/32 e n. 23.774/34
- d) prático de enfermagem – regulamentado pelo Decreto n. 8.778/46

A Lei n. 2.604/55 dá direito ao exercício da enfermagem a seis grupos de profissionais: 1) enfermeiros; 2) obstetrix; 3) auxiliar de enfermagem; 4) parteiras; 5) enfermeiros práticos; 6) parteiras práticas e cria o Conselho Federal de Enfermagem. Esta Lei permaneceu vigente até 1986 quando foi então promulgada a Lei n. 7.498/86.

Cabe destacar que enquanto a primeira Lei, n. 2.604/55, reconhece e regulamenta o exercício profissional de uma dada composição da categoria de enfermagem, a segunda, n. 7.498, parte da realidade existente e dá outra direcionalidade a esta composição. A Lei n. 7.498/86 do Conselho Federal de Enfermagem¹⁰, ao ser publicada num contexto bastante diferente do setor saúde, institui e oficializa uma dada composição da equipe de enfermagem e lança um grande desafio para a categoria e para o setor saúde. A referida lei estabelece as diversas subcategorias que compõem a categoria de enfermagem – o enfermeiro (nível superior), o técnico de enfermagem (nível médio), o auxiliar de enfermagem (com ensino fundamental) e a parteira –, reconhece a existência de trabalhadores de enfermagem sem qualificação profissional adequada – o Atendente de Enfermagem –, e estipula um prazo de dez anos para que a situação destes profissionais fosse resolvida.

A incorporação de trabalhadores sem a devida qualificação para exercerem cuidados, trabalho do campo do saber e da prática da enfermagem, sempre ocorreu, mas no período de 1970 a 1986 isto aconteceu com bastante intensidade.

A aprovação desta lei, que objetivava qualificar as ações de enfermagem, no entanto, não foi acompanhada de políticas efetivas e universalistas para oportunizar aos trabalhadores o acesso à qualificação profissional. Expirado o prazo legal, inicia-se um processo de discussão no cenário nacional, de cunho técnico-político, acerca da qualidade, da resolutividade e da continuidade das funções de enfermagem realizadas

¹⁰ O Conselho Federal de Enfermagem é uma Autarquia de Fiscalização Profissional, Órgão do Poder Executivo Federal, criado pela Lei 5.905 de 12 de julho de 1973 (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO DISTRITO FEDERAL, 1996).

nos estabelecimentos de saúde. As diversas posições nesse debate podem ser caracterizadas conforme o fez Nogueira apud Sório (2002; p. 21):

- a) as lideranças dos enfermeiros e os órgãos de fiscalização do exercício profissional de enfermagem pressionavam os empregadores para encerrar a prática de admitir atendentes de enfermagem¹¹ e encontrar uma solução imediata para todos os que atuavam nessa condição de auxiliares sem certificação, o que era traduzido, por esses trabalhadores, como igual a demissão;
- b) os órgãos sindicais de representação dos trabalhadores sem certificação pressionavam o governo para que mais tempo e recursos fossem oferecidos a fim de facilitar sua transição a auxiliares de enfermagem, de acordo com o preconizado em lei;
- c) os empregadores passaram a racionalizar ao máximo o uso de auxiliares de enfermagem e, em muitos casos, usaram artifícios para disfarçar o emprego de atendentes, inclusive ao contrata-los sob denominações de serviços gerais e administrativos¹².

Observou-se que, a busca de estratégias para promover a transição do atendente de enfermagem – sem formação específica e muitas vezes sem o ensino fundamental –, para o auxiliar de enfermagem – com ensino fundamental completo e formação específica, era uma questão ampla e complexa envolvendo múltiplos atores sociais, diferentes posições e interfaces.

Complementa-se a caracterização deste cenário, a situação dos recursos humanos do setor saúde no período da Reforma Sanitária colocadas por Santos (1998; p. 78). A principal característica apontada parecia ser a grave distorção na estrutura ocupacional com a crescente oferta de profissionais de nível superior, principalmente médicos; baixa oferta de profissionais de nível de segundo grau e alta incorporação de pessoal sem qualificação específica para o setor. Como resultado, havia uma forte

¹¹ Atendente de enfermagem é a denominação do trabalhador de enfermagem sem qualificação profissional que exerce ações do campo do saber e da prática da enfermagem, com registro do Conselho Federal de Enfermagem.

¹² Como primeira etapa do desenvolvimento do Projeto, foi realizada uma pesquisa para caracterizar a demanda de trabalhadores a serem qualificados, o que possibilitou a identificação e constatação de que havia ocorrido um decréscimo no número de contratos de Atendentes de Enfermagem no mercado de trabalho de saúde, paralelo a um aumento no número de contratações de trabalhadores com outras denominações - Atendente, Atendente de Laboratório, Instrumentador Cirúrgico, Auxiliar de Serviços de Saúde, Auxiliar de Saúde Pública, Maqueiro, Auxiliar Operacional de Serviços Diversos, Auxiliar de Banco de Sangue, Auxiliar de Saúde, Agente de Saúde, Agente Hospitalar e Auxiliar de Serviço Hospitalar -, sendo que todos, conforme constata-se também pela pesquisa, realizam ações de Enfermagem.

polarização da força de trabalho, com profissionais qualificados – médicos – de um lado e profissionais sem qualificação específica – atendentes e similares, de outro. Dados levantados por Lima *et all* (2002) ilustram esta problemática. Em 1976, os atendentes de enfermagem detinham 35,8% do total de empregos em saúde; em 1984, 29,9%; em 1992, 13,8%, e em 1999, 5,3%.

A Reforma Sanitária assume um legado histórico pesado e sua missão em relação a investimentos em recursos humanos para a política de saúde que se almejava era no mínimo desafiador, pois era necessário reverter as distorções já apontadas na equipe de saúde e construir um novo perfil de compromisso e capacidades entre os trabalhadores de saúde. Acrescenta-se, ainda, a necessidade de contemplar a valorização do trabalhador e a garantia de condições dignas de trabalho com planos de cargos e salários (SANTOS *at all*, 1988; p. 76).

Além do legado herdado pela Reforma Sanitária, o qual faria parte de muitas iniciativas futuras para resolver a questão, destaca-se ainda, na visão de Santos *at all*, os prejuízos causados a qualidade do processo de trabalho que causaram descaracterização e fragmentação do trabalho desenvolvido pela enfermagem.

“Este processo de descaracterização da equipe de enfermagem foi também fortalecido pela ideologia da corporação de enfermeiros, a qual, ao longo das duas últimas décadas, tentou percorrer os cânones da prática liberal médica para assegurar prestígio social como elite dirigente. Racionalizou idealisticamente o que deveria ser a prática de enfermagem sem contextualizá-la na realidade concreta que se estruturava agravado pela postura corporativista assumida pela categoria. Assim reproduziram-se profissionais hegemônicos ao sistema dominante incapazes de buscar alianças na equipe, para reverter a situação (...) isolaram-se e distanciaram-se dos problemas concretos da assistência, inclusive isentando-a da responsabilidade social de promover qualidade à prática de enfermagem em sua totalidade.” (SANTOS *et all*, 1988; p. 77-8)

A profissionalização dos trabalhadores de nível técnico ao longo da história da enfermagem brasileira teve seus momentos de altos e baixos. Parece que justamente quando a incorporação de trabalhadores sem qualificação específica no setor começa a ganhar destaque nacional como um grande problema do setor, a corporação deixa de priorizar este debate. Esta fala nos aponta para a exacerbação do debate e da ambigüidade dentro da categoria. A concretude e a dureza do problema da baixa qualificação dos trabalhadores cedeu espaço para outras estratégias de busca pelo reconhecimento da profissão de enfermagem na sociedade brasileira.

Como já foi citado anteriormente, no que se refere especificamente a formação profissional dos trabalhadores de nível técnico em enfermagem, muitas foram as ações, com este objetivo, assumidas pelo Estado. Destaque deve ser dado ao Programa para Formação de Auxiliares de Enfermagem para as regiões norte, nordeste e centro-oeste, implementado em 1963, pelo Ministério da Saúde, em convênio assinado com o Ministério da Educação, Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS –, a Organização Mundial da Saúde – OMS – e o Fundo Internacional de Socorro a Infância – FISFI –, atualmente denominado Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), que perdurou pelo período de 1963 a 1973 (ABEN, 1976; p. 203-206); o Programa de Formação em Larga Escala de Pessoal de Saúde (Projeto Larga Escala), implantado nos diversos estados brasileiros, e a constituição progressiva das Escolas Técnicas de Saúde do Sistema Único de Saúde – ETSUS– e Centros Formadores de Recursos Humanos em Saúde – CEFOR – e, por fim, o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores de Enfermagem – PROFAE –, implantado em todos os estados brasileiros. O Quadro 1 sintetiza alguns aspectos que considero relevantes destas iniciativas.

Quadro 1 - Principais ações para a profissionalização dos trabalhadores de Nível Técnico de Enfermagem

PERÍODO	AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM	ASPECTOS RELEVANTES
1963 – 73	<p>Programa para Formação de Auxiliares de Enfermagem para as regiões norte, nordeste e centro-oeste, implementado em 1963, pelo Ministério da Saúde em convênio assinado com o Ministério da Educação, Organização Pan-americana da Saúde – OPAS –, a Organização Mundial da Saúde – OMS – e o Fundo Internacional de Socorro a Infância – FISI.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tinha como objetivo imediato a formação de auxiliares de enfermagem para os serviços de assistência médico-sanitárias das regiões. • Previa ajuda financeira às escolas para a formação de auxiliares de enfermagem; • Não provocou resultados suficientes para mudar o quadro da força de trabalho na enfermagem, Segundo Sório (2000;p. 7-8); • Foram realizados três momentos de avaliação dos resultados produzidos pelo projeto: Estudos realizados e discutidos no XV Congresso Brasileiro de Enfermagem de 1963, recomendava o aperfeiçoamento do corpo docente e a revisão do currículos destes cursos incluindo disciplinas voltadas para a saúde pública e para a saúde materno-infantil; além disso, recomendava oferecer o curso em nível de primeira e Segunda séries ginasiais; • Em 1967, foi realizado Seminário em Recife para avaliar o primeiro quinquênio do programa, onde se recomendava: 1) que fosse autorizado às escolas de auxiliar de enfermagem a realização de cursos em regime intensivo para candidatos com segunda série ginasial concluída; 2) que fossem acrescentados dispositivos à Portaria n. 106/65, de modo a permitir que as escolas oferecessem também o curso de um ano, de caráter exclusivamente profissional. • Em 1971, foi realizado em Curitiba o seminário para avaliação, no qual se recomendava: 1) fosse elaborado um sistema de avaliações de estudantes, tomando como referência os modelos contidos no Guia sobre Currículo do Curso Intensivo de Auxiliar de Enfermagem; e 2) o corpo docente fosse melhor qualificado, completando sua formação com a licenciatura em Enfermagem.
Início da década de 80	<p>Programa de Formação em Larga Escala de Pessoal de Saúde (Projeto Larga Escala), implantado nos diversos estados Brasileiros pelos Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ciência e Tecnologia e Previdência e Assistência Social, sob a coordenação da Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formulado e implementado a partir da constatação de que havia em torno de 300 mil trabalhadores no serviços de saúde, fazendo ações de saúde, sem nenhum tipo de Qualificação, os quais representavam 50% da força de trabalho em saúde na década de 70; • A metodologia partiu da caracterização destes trabalhadores os quais eram de inserção socialmente determinada e com capacidade cognitiva, capazes de desenvolver aptidões para uma formação plena para a cidadania; • A metodologia deveria possibilitar a integração entre o sujeito e o objeto no ambiente de trabalho, tendo como base as formas de aprendizagem dos adultos, e as características do objeto que

		<p>permitissem partir de um marco referência de sua percepção sobre a realidade, sem negar os conhecimentos da prática, para formas novos conhecimentos mais elaborados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os conteúdos foram organizados em quatro módulos denominados "Guias Curriculares", os quais ficaram conhecidos como currículo integrado. • Implementa capacitações pedagógicas específicas para o corpo docente, os quais eram compostos por pessoal do serviço.
Década de 80	Criação progressiva de Escolas Técnicas do SUS, escolas sob a responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • As escolas são criadas vinculadas às Secretarias de Estado da Saúde ou Secretarias Municipais de Saúde; • Possuem uma concepção que norteia uma "unidade filosófica, pedagógica e estrutural" que as caracteriza como escola "função", com estruturas técnico-administrativas enxutas e flexíveis, utilizando os recursos físicos, materiais e humanos do próprio sistema de saúde; • Possuem como missão a formação profissional para o trabalho em saúde e requalificação dos já formados. • Sua criação foi respaldada legalmente pela Lei n. 5 692/71 – Parecer CFE n. 699/72 – que tratava da educação de adultos, do ensino supletivo, da qualificação profissional e da escola função • Atualmente existem 26 assim distribuídas por estados: 6 em São Paulo; 3 em Minas Gerais; 2 no Rio de Janeiro; 1 no Espírito Santo; 1 no Paraná; 2 em Santa Catarina; 1 em Goiás; 1 em Mato Grosso; 1 em Mato Grosso do Sul; 1 no Distrito Federal; 1 na Bahia, 1 no Rio Grande do Norte; 1 no Ceará; 1 em Pernambuco; 1 na Paraíba; 1 no Acre; 1 em Tocantins todas vinculadas as Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde.
1999-2000	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores de Enfermagem com o cadastramento nacional de trabalhadores de enfermagem sem qualificação	<ul style="list-style-type: none"> • Realizou dois cadastramentos nacionais para levantar a demanda de trabalhadores sem qualificação e inseridos no setor saúde chegando a 225 mil trabalhadores sem qualificação; • Utiliza-se das escolas técnicas existentes no país, tanto públicas quanto privadas; • Formula e distribui material didático aos alunos do curso de auxiliar de enfermagem; • Cria e implanta um curso de especialização em formação pedagógica em Educação Profissional de Nível Técnico para a Saúde, oferecido aos enfermeiros docentes dos cursos de auxiliar de enfermagem; • Implanta cursos de auxiliar de enfermagem, complementação do auxiliar de enfermagem para técnico de enfermagem e complementação do ensino fundamental; • Implanta sistema de monitoramento e supervisão da execução dos cursos; • Implementa uma publicação Quadrimestral para registro das experiências, circulação de informações

		<p>e estímulo a produção de conhecimento na área da formação profissional para o setor saúde;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementa uma proposta de incentivo financeiro para a modernização das escolas de nível técnico ligadas ao SUS; • Propões a elaboração de um sistema de avaliação e certificação dos egressos dos cursos de auxiliar e técnico em enfermagem.
--	--	---

FONTE: Elaborado a partir da leitura de Associação Brasileira de Enfermagem: documentário, 1976; Torrez, 2000; Santos *et all*, 1989; Sório, 2000. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – Relatórios de Progresso I, II, III, IV, V.

Analisando o cenário, é possível fazer e propor alguns pontos para reflexão.

- a) A formação profissional de nível médio e/ou profissionalização dos trabalhadores de enfermagem já inseridos nos serviços, sempre foi debatida pela categoria de enfermagem no âmbito dos seus órgãos de classe, mas nunca foi consensuado uma postura favorável ao seu estímulo pelo entendimento que seu crescimento numérico contrapõe-se ao crescimento quantitativo e qualitativo dos enfermeiros. No entanto, esta posição vai de encontro a crescente necessidade do setor saúde por estes profissionais e em que pese toda a resistência da categoria, dados do mercado de trabalho indicam a crescente incorporação de auxiliares de enfermagem no setor;
- b) O principal obstáculo ao crescimento da enfermagem de nível superior não parece ser o aumento da formação de auxiliares de enfermagem, mas sim os baixos níveis de escolaridade da população que se interessa pelo curso, na sua maioria mulheres, e a baixa oferta de escolas e cursos que ainda persistem em algumas regiões;
- c) Está claro que o estímulo e subvenção do Estado à formação dos auxiliares de enfermagem é prática antiga, pois data da década de 60, e sempre foi assumida em parceria entre o sistema de saúde e o sistema de educação. O primeiro com o financiamento e com a demanda e absorção dos trabalhadores, e o segundo com as instituições escolares que compõem o sistema e todo o arcabouço legal que da regularidade e legalidade aos processos de formação.

Entretanto, parece que estas iniciativas não foram suficientes para resolver o problema da baixa oferta de cursos e alta necessidade do setor saúde, a não ser que a rede de escolas que compõem o sistema de educação interiorize o problema e proponha como estratégia de intervenção, a ampliação da oferta de cursos principalmente na rede pública de escolas. Além disso, é necessário que se amplie o

acesso da população à educação geral com prioridade aos trabalhadores do setor saúde como forma de ampliar os níveis de escolaridade do país e dos trabalhadores do SUS e a participação ativa do sistema de educação na construção, implementação do SUS e vice-versa, conformando uma proposta de política pública verdadeiramente intersetorial, desde a sua formulação até seus resultados.

- d) PROFAE como a mais recente proposta governamental para intervir na realidade da formação profissional de nível técnico em enfermagem, parece congrega todas as reivindicações e recomendações feitas nas propostas desta natureza implementadas anteriormente;
- e) A enfermagem, como profissão importante para todo e qualquer sistema de saúde, está historicamente determinada pelos contextos globais e locais que caracterizam as sociedades globalizadas, assim como pelos modelos de saúde adotados. Possui liderança reconhecida na conformação dos serviços de saúde, por isso sua determinação histórica é também determinante na organização dos serviços de saúde;
- f) Para a profissão de enfermagem a luta pela profissionalização – “institucionalização do conhecimento em uma profissão” (KISIL, 1998) – tem especial importância pelo significado e papel estruturante que esta estratégia representa tanto para a profissão em si como para o sistema de saúde. Intelectuais e profissionais representam os agentes do conhecimento formal. Os intelectuais, porque investigam e transmitem os conhecimentos no âmbito acadêmico ou universitário, e os profissionais, porque são “agentes especializados na divisão social do trabalho para exercerem atividades específicas, e assim participam produtivamente da sociedade” (KISIL, 1998). A profissionalização do pessoal de enfermagem, portanto, foi e continua sendo tão importante para a categoria, para a qualidade do cuidado humano, quanto é para o sistema de saúde que absorve estes profissionais e para a população assistida por estes profissionais.

CAPÍTULO II

ESCOLA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL DE NÍVEL TÉCNICO EM ENFERMAGEM: EDUCAÇÃO E TRABALHO EM SAÚDE

Pretende-se aqui fazer uma reflexão crítica situando o leitor sobre a complexa relação educação-trabalho-saúde que sustenta a educação profissional de nível técnico em saúde. Longe de esgotar esta reflexão, até porque conhecimento nunca se esgota, é sempre uma parte de uma totalidade, esta reflexão será a parte da totalidade alcançada por mim. Possui então os limites típicos de quem está adentrando no processo de questionamento sistemático, crítico, criativo e reflexivo dos macroprocessos de trabalho nos quais tem se envolvido na gestão de políticas públicas na área de educação profissional em saúde.

Localizaremos a discussão em alguns pontos desta relação. Para compreender a educação e o trabalho em saúde, buscamos os subsídios teóricos nas discussões e reflexões realizadas principalmente por Peduzzi (2002), Torrez (1994; 2000), Nogueira (1994 e 2002), e por acepção, Mendes-Gonçalves, Offe e Marx. Terão também contribuição nesta discussão Deluiz (1995), Pires (1998) e Martins e Dal Poz (1998). Sobre a relação educação-trabalho e o papel social e espaços ocupados pela escola nesta relação, buscamos o diálogo teórico entre Frigotto (1984) e Saviani (1994).

Educação profissional/ensino profissional e formação profissional são conceitos que traduzem ações educativas relativos à profissão e ao ofício, tendo como sentido geral a preparação de especialistas, de profissionais, de diferentes campos e níveis de atuação (MILITÃO, 2000).

“A formação profissional na sua acepção mais ampla, designa todos os processos educativos que permitam, ao indivíduo, adquirir e desenvolver conhecimentos teóricos e operacionais relacionados à produção de bens e serviços, quer esses processos sejam desenvolvidos nas escolas ou nas empresas”. (CATTANI, 1997: 94 apud MILITÃO, 2000DA)

Sobre a qualificação profissional/formação profissional/educação profissional, é importante destacar que encontra-se, também, no âmago do debate entorno da centralidade do trabalho, debate este que, segundo nos traz Deluiz (1995), existem duas correntes de pensamento.

Uma delas, aponta para que diante das transformações na organização da produção, dos efeitos da introdução das novas tecnologias, da crise do estado de bem-

estar social, do crescente aumento do desemprego estrutural e do subemprego, das diferenciações no seio da classe trabalhadora, o espaço onde se observam a participação, a solidariedade e a comunicação entre as pessoas não é mais o espaço do trabalho e nem o *locus* da fábrica ou da empresa, mas o mundo do vivido. Esta corrente é liderada por Offe e Habermas (DELUIZ, 1995).

A outra corrente aponta para uma crise e não para o fim da sociedade pautado no trabalho, considera ainda que é a posição no processo produtivo que condiciona a participação dos indivíduos na sociedade e na cultura. Reafirma que apesar dos problemas que afetam os trabalhadores, especialmente no capitalismo tardio, tais como o individualismo, a necessidade de *status* via qualificação e a competição por um posto de trabalho no mercado, tem-se possibilidades de superá-los por meio da identificação das contradições da própria realidade produtiva e de uma atuação participativa e criativa nos seus espaços de trabalho (BAETHGE, 1990 *apud* DELUIZ, 1995; p. 51). Esta atuação será mais eficaz a partir de uma qualificação profissional que oportunize o conhecimento integral do processo de produção, que proporcione a aquisição de habilidades, possibilitando o controle e o domínio das várias etapas do processo produtivo, que permita identificar as relações sociais de produção e que propicie a compreensão do seu papel no contexto dessas relações sociais.

No que tange ao trabalho em saúde, encontramos ressonância em Peduzzi quando aponta o que pensa sobre este debate:

“No centro do debate sobre as mudanças no mundo do trabalho estão o questionamento da categoria trabalho e sua potencialidade explicativa ou como fonte de compreensão da realidade. A título de esclarecimento, concordamos com a necessidade de considerar as novas características da produção e de resituar o trabalho no universo da práxis humana, questionando sua centralidade na conformação da sociedade. Porém, a nosso ver, a reestruturação do trabalho não implica desconsiderar a categoria trabalho como recurso teórico e analítico que permite a apreensão de certos aspectos da realidade, realidade esta que não reduz à dimensão trabalho ou a qualquer outra dimensão possível, ao curioso olhar humano.” (PEDUZZI, 2002; p. 79)

A autora relata que esta ressalva cabe especialmente ao trabalho em saúde, porque pela “peculiaridade de ação intrínseca à dimensão trabalho fez com que o uso desta categoria iluminasse, por analogia, o trabalho social típico do campo da saúde” (PEDUZZI, 2002; p.70).

Não faz parte deste trabalho analisar a categoria trabalho em saúde em todas as suas dimensões "conjunturais e microscópicas" usando os termos de Peduzzi (2002; p. 80), mas cabe destacar que isto é feito por um conjunto de autores tais como Mendes-Gonçalves (1979,1992, 1994), Schraiber (1993), Donnangelo (1975, 1979), Nogueira (1977), Almeida e Rocha (1986), Campos (1988), entre outros¹³.

O trabalho em saúde pertence ao ramo de atividades produtivas denominados serviços. Offe (1989 *apud* Peduzzi, 2002) analisa a existência de processos multidimensionais de diferenciação interna do trabalho, distinguindo o trabalho assalariado industrial do trabalho reflexivo em serviços. Segundo esta autora, Offe define serviços como atividades que atuam na mediação do processo produtivo buscando dar conta da questão da normalização, ou seja, atividades de prevenção, absorção e assimilação de riscos e desvios da normalidade, e defende que a produção em serviços tem uma racionalidade técnica própria e distinta da produção de bens, mesmo participando da esfera do trabalho assalariado.

Já Nogueira (1994), coloca que os serviços definem-se essencialmente por sua utilidade imediata: servem em primeiro lugar, em uma relação de exterioridade com o usuário, para recuperar um bem, para preservar um conjunto de bens, para tornar melhor, no plano da eficácia ou da estética, alguma coisa que já se possui como um bem. Servem em segundo lugar, ao usufruto mais pessoal, em uma relação direta com a personalidade do usuário, no qual o sentido de utilidade está condicionado estreitamente por valores e comportamentos socialmente reconhecidos: os serviços de cabeleireiro, médico, hotel etc. "Estes tipos de serviços realizam-se na esfera do consumo privado, individual ou coletivo; são de utilidade para os indivíduos enquanto consumidores e por isso são denominados de serviços de consumo." (NOGUEIRA, 1994; p. 72)

Outros serviços como os de comércio, transporte, as atividades bancárias e financeiras são considerados serviços de produção porque associam-se diretamente ao movimento de produção e circulação de mercadorias.

Seguindo ainda nesta leitura, destacam-se as características do trabalho em serviços que o diferem do trabalho ligado a produção: a falta de homogeneidade, a descontinuidade e a incerteza temporal, social e material não permitindo a

¹³ Segundo Peduzzi (2002: 81-82) o trabalho em saúde tem sido analisado tomando por base a categoria trabalho como nuclear e todos os seus elementos constituintes segundo a teoria Marxista, tal como o faz Mendes-Gonçalves (1979, 1992, 1994) e também

normatização de funções técnicas de produção para ser usada como controle de execução do trabalho; não disposição de um claro e inquestionável critério de economicidade de onde se possam derivar tipo, volume, local e o momento da oferta do serviço, resultando o trabalho, muitas vezes, em utilidades concretas e não em rendimento monetário (PEDUZZI, 2002; p. 80).

Estes conceitos sustentam, então, as especificidades do trabalho em saúde, para o qual o trabalho educativo deve estar voltado quando se fala de formação profissional para a saúde, porque "setor saúde é parte do setor de serviços, compartilha características do processo de produção no setor terciário da economia, ao mesmo tempo que tem características específicas" (PIRES, 1998; p. 234).

O trabalho em saúde localiza-se portanto na esfera do trabalho em serviços e contém, além das especificidades de pertencer a esfera de serviços, outras características fundamentais que são próprias das práticas de saúde.

Como já citado, vários são os estudiosos do tema e sem pretender prolongar muito, destacaremos algumas características do trabalho em saúde cujo entendimento é fundamental para direcionar a análise em torno da especificidade da formação profissional de trabalhadores da saúde, realizadas pela escola.

A primeira que merece destaque é trazida por Pires (1998), e versa sobre a organização da estrutura assistencial institucional como resultado de um processo histórico-social que tem múltiplas determinações. Dentre elas, a autora cita:

- a) "a cultura e o paradigma da ciência das diversas sociedades que, em cada momento histórico, influenciam o modo de entender o processo saúde-doença, a organização dos serviços e como as doenças são prevenidas e tratadas;
- b) a história da organização das profissões do campo da saúde;
- c) os conhecimentos científicos já acumulados e os recursos tecnológicos disponíveis;
- d) as teorias de organização do trabalho e as características do modo de produção hegemônico;
- e) o grau de organização político-sindical dos trabalhadores de saúde;
- f) o arcabouço legislativo relativo ao papel do Estado no setor e às relações de trabalho;
- g) as demandas das classes sociais e de grupos em relação à saúde, sua capacidade de influenciar nas decisões e de obter conquistas." (PIRES, 1998;p. 234)

conforme o faz Schaiber (1993;1995) que parte dos mesmos pressupostos mas destaca o agente/sujeito do trabalho como questão nuclear da investigação enfatizando a dimensão intersubjetiva e ético-moral dos processos de produção de serviços.

A segunda, ainda sobre a organização do sistema de saúde brasileiro, diz respeito a sua composição tanto por instituições públicas como privadas. Destaca-se que nesta correlação entre instituições públicas e instituições privadas, os serviços de saúde, quando organizados como instituições privadas, seguem a lógica do que Clauss Offe chama de serviços comerciais, e só funcionam se a relação custo/benefício for favorável aos proprietários. Organizam-se e têm características de uma empresa capitalista (Offe *apud* Peduzzi, 2003).

Os serviços públicos de saúde fazem parte do sistema de proteção social de cada país e a decisão de criação, de ampliação ou de redução dos mesmos, bem como a definição de políticas sociais, resulta da dinâmica do jogo político, o qual é um processo multideterminado, depende da dinâmica da economia, do saneamento econômico do Estado nacional e das unidades federadas e da capacidade dos grupos e classes fazerem valer, em cada momento, os seus interesses.

A terceira refere-se a constante disputa política entre os diversos seguimentos sociais pela definição das diretrizes políticas para a saúde. Pires nos coloca que no Brasil, especialmente a partir dos anos 80, a disputa tem se dado da seguinte forma:

“De um lado, estão as forças que defendem o direito à saúde e à vida, representadas pelos setores organizados dos trabalhadores de saúde, por entidades representativas dos trabalhadores e pelos demais movimentos organizativos das forças populares. De outro lado, estão os interesses do setor privado, o qual defende o exercício privado das práticas de saúde e sua regulação pelo mercado, mas deseja continuar beneficiando-se dos recursos públicos, seja pelo financiamento direto, mantendo-se como fornecedor de serviços para o Estado, seja buscando serviços na forma de isenção de impostos. O Resultado é que, apesar dos avanços, em termos de arcabouço legal, em direção a universalização da assistência, na prática verifica-se o predomínio dos interesses privados impedindo a implementação dos princípios constitucionais.” (PIRES, 1998; p. 235)

A quarta refere-se especificamente às características do processo de trabalho em saúde, o qual se destaca dos demais campos de trabalho em serviços (produção material industrial e no setor primário), porque é um tipo especial de serviço que é consumido no momento que é produzido e que pode ser prestado de diversas maneiras: na forma de serviço que é oferecido no mercado, diretamente pelo produtor ao consumidor; na forma de trabalho coletivo prestado em instituições públicas ou privadas, envolvendo trabalho assalariado e trabalho autônomo; na forma de trabalho

coletivo desenvolvido por uma rede de empresas que realizam parte do processo de trabalho em saúde, cooperando para a produção de serviços em si.

Pires coloca ainda, e é mister destacar, que a assistência aos problemas de saúde-doença além de ser um trabalho de caráter institucional, é organizada como um trabalho profissional exercido por múltiplos agentes, cuja atuação é regulamentada em lei. Portanto, no trabalho, mantém-se algumas características vigentes, quando da estruturação dessas profissões, ao mesmo tempo que a organização capitalista do trabalho penetra no setor, influenciando o funcionamento destas instituições assistenciais e suas formas de organização e gestão do trabalho em saúde.

Além disso, algumas características do trabalho artesanal permanecem até hoje, e, no trabalho de diversos profissionais de saúde, não se verifica uma completa expropriação da concepção de trabalho e os profissionais mantêm certo controle sobre seu processo de trabalho.

Neste caso específico, merece destaque a participação dos trabalhadores de nível técnico como nos traz Torrez (1994), colocando que, como os demais trabalhos humanos, tem sido influenciada pelas mudanças tecnológicas e pelos modos de organização do trabalho vigentes nos setores mais dinâmicos da economia. Foi influenciada pelos princípios da organização científica do trabalho, e, atualmente está sendo influenciada, em parte, pelas inovações tecnológicas.

Deluiz (1995) ao falar das inovações tecnológicas e suas implicações para a educação e formação profissional, que vem ocorrendo desde a década de 70 atingindo o sistema produtivo, aponta que os impactos tem de dado nos processos de produção, na organização do trabalho, nas relações sociais, nos níveis de emprego e nas qualificações profissionais caracterizados pelo uso intensivo da tecnologia baseada na microeletrônica, nos métodos de informação e de automação.

No que tange aos trabalhadores, há o lado luminoso que se refere às possibilidades e perspectivas destes investirem em sua educação, no desenvolvimento de suas capacidades cognitivas, de sua escolaridade, e de habilidades comportamentais e relacionais que os instrumentalizam para a vida no exercício da cidadania. O lado sombrio que é a precarização do trabalho e os custos subjetivos deste processo, representados pela polivalência ligada à multitarefa e ao stress de ser individualmente

responsável pelas decisões, intervenções e resultados do trabalho (DELUIZ, 1996 *apud* MARTINS E DAL POZ, 1998).

Sobre as influências sofridas pela crescente incorporação de tecnologia no setor saúde, decorrentes das mudanças provocadas pelo processo de produção globalizada, até o presente momento, destaca-se o aumento das ocupações, aumento na exigência por qualificações e o risco no aumento da incorporação de trabalhadores sem qualificação. Na visão de Pires, as mudanças não resultaram em aumento de desemprego. Ao contrário, tem acrescentado postos de trabalho.

“Isso se explica porque a utilização desses equipamentos não substitui o trabalho humano de investigação, avaliação e decisão sobre a terapêutica e tratamentos de forma geral. Não substitui os cuidados, bem como para a utilização de qualquer equipamento é preciso decisão humana, programação para funcionamento, definição de parâmetros e avaliação constante das informações fornecidas pelos equipamentos. Por outro lado, o uso de tecnologia de ponta exige uma melhor qualificação dos trabalhadores para manuseio desses equipamentos, ao mesmo tempo que aprofunda a divisão entre trabalho manual e intelectual, podendo aumentar o uso de trabalho desqualificado.” (PIRES, 1998; p. 235)

Sobre os impactos no processo de trabalho em saúde, Peduzzi (2002) nos chama a atenção para uma das características do trabalho em saúde: é um trabalho reflexivo. Isto vem ao encontro das novas exigências sobre o trabalhador para atuar num contexto de crescente complexificação decorrente da incorporação de tecnologia de ponta.

Observa-se, então, que, no caso dos trabalhadores de nível técnico do setor saúde, praticamente todos os impactos trazidos pelas mudanças na esfera produtiva e no mundo do trabalho decorrentes da chamada internacionalização da economia, estão presentes, tanto os sombrios quanto os considerados luminosos. Como exemplo, podemos citar a criação de novas ocupações e postos de trabalho como observado na incorporação dos Agentes Comunitários de Saúde; a permanente incorporação de trabalhadores sem qualificação agravada principalmente pela criação de novas ocupações, já que os processos de qualificação disponíveis não acompanham esta dinâmica de criação de novas ocupações. Além disso, pesquisadores que analisam sinais de mercado de trabalho tem apontado para o intenso processo de precarização¹⁴

¹⁴ Precarização dos vínculos de trabalho referem-se as diversas modalidades de contratos sem garantia de direitos trabalhistas e proteção social ao trabalhador. (BRASIL, 2003)

dos vínculos de trabalho que vem incidindo sobre o setor saúde, principalmente no âmbito dos estados e dos municípios. Como impacto luminoso, é possível citar outro fenômeno também colocado pelos estudiosos do mercado de trabalho, que é o aumento da escolaridade dos trabalhadores da área de saúde (BRASIL, 2001).

Uma quinta característica importante é o caráter coletivo do processo de trabalho em saúde. Este resulta de um trabalho realizado por diversos profissionais de saúde e estes profissionais ou trabalhadores realizam uma série de trabalhos internos à organização, não específicos de saúde. São atividades que também são necessárias a outras instituições e empresas da produção material como as atividades administrativo-gerenciais e a ampla gama de atividades de apoio. Segundo Peduzzi (2002) é um processo de transformação no qual o agente, por meio de suas ações, faz a finalidade social do próprio trabalho realizar-se.

O processo de trabalho dos profissionais de saúde destaca-se pelos seus constituintes tendo a ação terapêutica de saúde como finalidade; o indivíduo ou grupos de doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças como objeto; como instrumental de trabalho - os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde e como produto final, a própria atenção à saúde que é produzida no mesmo momento que é consumida (PIRES, 1998).

A organização do processo de trabalho no setor de serviços é diferenciada dos demais setores da economia, no entanto, ainda prevalece a utilização dos princípios do sistema fordista-taylorista e da administração científica com fortes características de parcelamento das atividades, com perda por parte do trabalhador da visão da totalidade do processo, com divisão entre a concepção e execução do trabalho.

No setor de serviços, pode-se considerar, pela sua característica de trabalho reflexivo, que houve algumas das modificações em relação à organização do processo de trabalho com modelos que diminuem a dicotomia pensar e fazer, com aspectos de valorização do trabalhador e com aumento da exigência de qualificação profissional e escolarização.

Obviamente, existem muitas outras características que diferenciam o setor saúde dos demais serviços, como a própria inserção dos trabalhadores, no entanto, neste

momento estamos pontuando estes como importantes para as especificidades da profissionalização em saúde.

- ***EDUCAÇÃO PROFISSIONAL DE NÍVEL TÉCNICO COMO POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS NO SUS***

A educação profissional de nível técnico, no âmbito do SUS, tem sido uma questão na definição das políticas de recursos humanos nos últimos 20 anos, destacando-se as diferentes faces deste problema complexo, que são as discussões em torno da qualidade dos serviços de saúde, a busca pela regularidade profissional como profissões regulamentadas já colocada no Capítulo I deste trabalho.

Para Nogueira (2002; P. 77), “os baixos níveis de qualificação técnica e de escolaridade dos trabalhadores de serviços de saúde, à semelhança do que ocorre nos demais ramos da economia, têm sido reconhecido como representando uma serie de barreira ao desenvolvimento da qualidade e da produtividade desses serviços”.

O autor coloca que, mesmo não sendo possível atender a toda a população, os serviços prestados pelo SUS jamais poderiam ser vistos como de “qualidade inferior” e destaca o pessoal de enfermagem que representa a metade de todo o pessoal envolvido com ações de saúde.

No que se refere aos trabalhadores de nível técnico, a questão da regulamentação das profissões de saúde é um problema que agrava e pressiona pela urgência dos processos de formação, porque trata-se de pessoal já incorporado aos serviços de saúde, como novas ocupações. Com a constante modificação da realidade concreta das condições de trabalho é importante uma educação profissional incluindo a qualificação profissional que, tendo como clientela trabalhadores já inseridos no mercado de trabalho, consiga “gestar habilidade tipicamente humana que é a capacidade de se emancipar, de fazer e sobretudo fazer-se oportunidade, de participar e propor maneira criativa” (DEMO, 1999; p. 25). Ou seja, além da base técnica extremamente importante, é necessário uma formação com qualidade política, no sentido de fazer com que os trabalhadores criem significados para suas vidas profissionais e pessoais.

Martins e Dal Poz (1998) nos chama a atenção para esta problemática questão dos profissionais de nível técnico no setor saúde, colocando que

“o modelo taylorista fortemente enraizado na prática dos serviços, faz com que o trabalhador abra mão do lugar de sujeito do processo de produção e com isso não reconheça e reivindique a sua própria qualificação, o que é um problema da instituição.” (MARTINS E DAL POZ, 1998; p. 139)

Além disso, as tendências do trabalho em saúde tem apontado para uma formação mais polivalente, no sentido da multiqualificação, o que gera a necessidade de revisão das atuais habilitações de nível técnico, causando resistências do ponto de vista corporativo e ameaçando a construção de identidades profissionais.

Pelo reconhecido papel que esta categoria profissional possui para o SUS e pelo histórico problema da sua baixa qualificação, e com a constante questão da incorporação de pessoas sem qualificação para realizarem este trabalho, este pessoal já foi alvo de três grandes estratégias de qualificação, dos quais destacam-se o Projeto Larga Escala, como ficou conhecido, a rede de escolas Técnicas do SUS e o PROFAE.

Da análise de todas as iniciativas realizadas, Nogueira (2002; p. 5) nos traz hamos:

- Mensurar as necessidades e estabelecer metas de formação e requalificação para as diversas categorias de nível técnico;
- Influir em nível nacional sobre as definições do sistema de avaliação de competências das diversas categorias;
- Modernizar as escolas técnicas pertencentes ao SUS;
- Incentivar a adoção de conteúdos curriculares específicos e de maior valia para o SUS nas escolas técnicas privadas;
- Estimular o desenvolvimento de métodos de integração ensino-serviço na execução curricular;
- Estimular o desenvolvimento de métodos de ensino a distância para a formação de pessoal (docente e supervisor).

Nogueira (2002) ressalta ainda que, além destes eixos, que na definição de uma política permanente voltada para os trabalhadores de nível técnico, é necessário restaurar a relação com as Secretarias de Estado da Saúde para que desenvolvam estruturas e propostas permanentes de formação de trabalhadores, há de se considerar ainda, que estamos diante de uma nova realidade de natureza político institucional do

sistema de saúde que impõe que a política atenda a demanda de formação gerada por pelo menos três níveis:

- a) das próprias Secretarias de Saúde;
- b) das entidades públicas e privadas contratadas;
- c) dos componentes privados do setor.

É importante ressaltar que, destas ações dirigidas a qualificação do atendente em auxiliar de enfermagem, houve um crescente acúmulo de experiências e reflexões que culminaram na definição de algumas diretrizes institucionalizadas pela política de recursos humanos para o SUS. Estas acumulações referem-se às estratégias de valorização do corpo docente dos cursos e ações educativas; às estratégias de execução curricular voltadas para a integração entre ensino e serviço como forma de aproximar educação e trabalho em saúde; e à diminuição da dicotomia teoria-prática; respaldo legal do sistema de educação como forma de garantir a regularidade e a certificação, possibilitando o egresso e continuidade dos estudos.

Considerando-se então as características específicas do trabalho em saúde, o que tem havido de específico e de diferente na formação profissional em saúde das demais formações profissionais?

- 1) Para o trabalhador: a qualificação profissional ainda representa uma possibilidade concreta de conferir identidade a um conjunto de trabalhadores pela possibilidade de introduzi-lo no seleto grupo das profissões em saúde, cuja atuação é regulamentada em lei. Segundo Torrez (1994), este processo é importante porque confere ao trabalhador a mobilidade necessária para que ele possa buscar outras possibilidades e melhores condições de trabalho.
- 2) Pela característica de ser uma profissão regulamentada, a sua formação também deve se dar em ambientes regulados e protegidos, capazes de lhe conferir a certificação necessária a sua inserção no mercado regulado das profissões de saúde;
- 3) Os processos de formação profissional em saúde devem, ainda, ter como pressupostos "a transformação da prática atual", tendo então que nortear-se pelo projeto político do setor, significando que o sistema de educação e, por sua vez, as escolas, devem "ir preparando as pessoas para reconstruir a prática, que

deverá dar suporte à reforma processual das condições sanitárias deste país, assumindo a dimensão política desta ação pedagógica” (TORREZ, 1994; p. 84).

- 4) Tendo como pressupostos a transformação das práticas em saúde, as ações de qualificação profissional engendradas no âmbito da política de saúde, como ação do estado, precisam ser acompanhadas por processos que diminuam os impactos perversos da chamada flexibilização do trabalho que resultou em precarização dos vínculos do trabalho.

Trata-se aqui de pensar a formação profissional realizada no âmbito da escola com todo seu aporte institucional, sua infra-estrutura, sua relação com os mecanismos regulatórios de acesso ao saber, desenvolvidos pelo Estado, seu amparo legal, seu tempo e seu contexto sócio-histórico.

• ***A ESCOLA E SUA MEDIAÇÃO NA RELAÇÃO EDUCAÇÃO E TRABALHO***

O papel da escola que forma profissionais, ou seja, da escola que oferece educação profissional, situa-se na intermediação entre trabalho e educação. A relação trabalho e educação tem sido abordada conforme algumas tendências que situam a educação no campo do não trabalho ou que tratam a educação como determinada pelo trabalho e isto tem variado ao longo da história da educação. Não trataremos aqui da história da educação, mas para melhor compreender os conflitos, contradições, significados e possibilidades desta relação, resgatamos os diferentes papéis da escola, nos diversos momentos históricos da educação profissional no Brasil. Situamos esta primeira incursão nos constructos teóricos sobre educação e trabalho na leitura de Saviani (1994 e 2000) e Frigotto (1984).

Saviani (1994) nos traz uma discussão sintética sobre as origens desta relação. Toma o trabalho, como sendo o ato de agir sobre a natureza, adaptando-se às necessidades humanas, como ação que define a essência humana. Portanto, o homem para continuar existindo precisa estar continuamente produzindo sua própria existência através do trabalho. ¹⁵

Antes da existência da propriedade privada da terra, o modo de produção era comunal, sem a existência de classes sociais. Neste período, tanto a produção quanto a

¹⁵ O conceito de trabalho utilizado por Saviani é o conceito de Marx. Este define que trabalho “é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material

educação eram realizados em e pela comunidade. A partir do surgimento da propriedade privada da terra, surge então a sociedade de classes: os proprietários e os não proprietários. Neste sentido, surge uma classe ociosa, a dos proprietários, que sobrevivem sem necessidade de trabalho, e a classe trabalhadora, que assume o encargo de manter a si e aos seus senhores.

Aqui localiza-se a origem da escola, palavra que em grego significa lugar do ócio. A escola estava voltada para as classes ociosas, dominantes, a classe dos proprietários. A educação geral, da maioria do povo, dava-se no próprio processo de trabalho. Aprendia-se fazendo, lidando com a realidade. A educação escolar neste período situava-se no âmbito do não-trabalho.

Na Idade Média, persistem características da sociedade antiga, principalmente com a terra sendo o principal meio de produção e a agricultura a forma economicamente dominante. A forma de trabalho, no entanto, não mais era do tipo escravo e sim servil. A escola aqui – paroquiais, catedralícias e monacais – destinavam-se à educação da classe dominante com atividades para ocupar o ócio. A forma escolar é ainda secundária, ou seja, não determinada pelo trabalho, em contraposição à forma de educação dominante determinada pelo trabalho.

Na época moderna, o trabalho caracteriza-se pela indústria e pela cidade. O trabalhador é arrancado do vínculo com a terra e despojado de todos os seus meios de existência, ficando exclusivamente com sua força de trabalho, obrigado a operá-la com meios de produção que lhes são alheios (MARX *apud* SAVIANI, 1994).

A sociedade contratual baseada nas relações formais, centrada na cidade e na indústria, vai trazer consigo a exigência de generalização da escola. A incorporação da ciência ao processo produtivo, exigência desta época moderna, envolve a disseminação dos códigos formais, do código da escrita, diferente do direito natural que é espontâneo e transmitido pelos costumes. A escola está ligada também às necessidades do progresso, às necessidades de hábitos civilizados que correspondem à vida nas cidades. Aqui também reside o papel político da educação escolar enquanto formação para a cidadania. Inverte-se a lógica e a educação escolar passa então a ser dominante na sociedade atual, sendo a agência educativa.

com a natureza. (...) Põe em movimento as forças naturais de seu corpo, braços e pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana”. (MARX, 1975:202)

Neste sentido, Saviani (1994) nos traz ainda outra discussão importante: a hipertrofia escolar. Segundo este autor, há uma forte tendência de se atribuir à escola tudo aquilo que é educativo, tanto ações desenvolvidas dentro quanto fora da escola. Há tanto um alargamento horizontal (mais horas de permanência) quanto vertical (mais anos de itinerário); assim como há um alargamento das funções da escola incluindo as da família. "A Escola estende-se mas perde substância. (...) Parece que a escola cuida de tudo, menos de ensinar" (SAVIANI, 1994; p. 42).

Seguindo a leitura, o autor nos explica como surge a escola de educação profissional que nos interessa neste estudo.

A universalização da escola primária promoveu a socialização dos indivíduos nas formas de convivência próprio da sociedade moderna: códigos formais integrantes do universo da cultura letrada, bem como capacitou-os para o processo produtivo. A introdução da maquinaria eliminou a exigência de qualificação específica mas impôs um patamar mínimo de qualificação geral e também criou outras demandas de qualificação específica – atividades de manutenção e reparos – obtidas por preparo intelectual e específico. Esse espaço foi ocupado pelos cursos profissionais organizados no âmbito das empresas ou do sistema de ensino, tendo como referência o padrão escolar, mas determinados diretamente pelas necessidades do processo produtivo.

As escolas de formação geral, por não estarem diretamente ligadas à produção, tenderam a enfatizar a qualificação geral, ao passo que as profissionalizantes, diretamente ligadas a produção específica, "enfatizaram os aspectos operacionais vinculados ao exercício de tarefas específicas (intelectuais e manuais) no processo produtivo considerado em sua particularidade" (SAVIANI, 1994 ; p. 48).

Frigotto (1984), ao analisar as práticas educativas escolares no interior da sociedade de classes, coloca que, no atual estágio do capitalismo, o capital tende a prescindir cada vez mais do trabalho e do trabalhador qualificado. Sob a ótica econômica, a tendência é baratear a força de trabalho e a criar um corpo coletivo nivelado por baixo.

O mundo do trabalho, o mundo da escola e a qualificação seguem trajetórias distintas. A escola cumpre funções de caráter geral, em termos de desenvolvimento de um saber não específico e condições sociais necessárias ao desenvolvimento do capitalismo; cumpre funções de formação profissional de alto nível (engenheiros, advogados, economistas e administradores), que irão exercer as funções do capital nas

empresas capitalistas ou nos postos da tecnocracia estatal; cumpre, igualmente, o papel de circulação e realização da mais-valia produzida; e, finalmente, pode cumprir um papel de contenção – especialmente a de nível superior – de um exército de reserva, funcional ao mercado de trabalho (cf. argumento de Delfim, p. 128)¹⁶.

A prática educativa escolar articula-se com a prática social fundamental – a produção da existência – de forma mediata e, enquanto uma prática social que se efetiva no interior da sociedade capitalista – cindida em classes, portanto – é uma prática contraditória que engendra interesses antagônicos. Então, em sendo a prática educativa escolar – não por natureza, mas por determinação histórica enquanto prática que se efetiva no interior de relações de classe – contraditória e de mediação de interesses antagônicos, o espaço que essa prática ocupa é alvo de uma disputa, de uma luta.

“Essa disputa dá-se, justamente, pelo controle deste espaço cuja função precípua, na sua dimensão política e técnica, é difundir o saber social historicamente elaborado, sistematizado e acumulado, articulando-o aos interesses de classe. Dimensão política que se define exatamente pela articulação desse saber do interesse de classe; e dimensão técnica, indissociável da primeira, que se define pela competência e preparo, para que essa difusão seja eficaz e se prolongue para além da escola.” (Frigotto, 1984; p. 100)

O autor faz uma crítica a teoria do capital humano – “considerada como uma especificidade das teorias de desenvolvimento e uma teoria de educação” – afirmando que esta se constitui tão somente na forma burguesa de conceber o desenvolvimento e a educação, sendo portanto um reflexo da forma a-histórica de conceber a realidade no seu conjunto.

Frigotto (1984) assim como Saviani (1994), colocam o trabalho como princípio educativo, ou seja, como determinante da educação escolar. O trabalho, processo pelo qual o homem entra em relação com as condições objetivas de sua produção, e por sua ação – conjuntamente com os demais homens – transforma e modifica a sua natureza para produzir-se e reproduzir-se, fundamento do conhecimento humano e princípio

¹⁶ A obra de Frigotto possui o objetivo de aprofundar a compreensão da natureza específica e contraditória das relações entre prática educativa, especialmente a escolar, e as práticas sociais fundamentais no interior do capitalismo monopolista. Esta análise fez-se em dois movimentos, revelando o mecanismo pelo qual a visão burguesa tenta manter e reproduzir as relações sociais capitalistas de produção da existência e de identificar a problematidade real das relações entre educação e a estrutura econômico-social capitalista seguindo o próprio movimento do capital na sua fase de acumulação ampliada – capitalismo monopolista.

educativo, transfigura-se – sob as condições capitalistas – numa mercadoria força de trabalho, trabalho assalariado.

Sobre as funções da escola na relação educação-trabalho, é mister citar a natureza contraditória das relações entre a prática educativa escolar e a estrutura econômico-social capitalista. A prática educativa escolar não é da mesma natureza da prática fundamental das relações sociais de produção. A prática educativa é de caráter não-fundamental e possui natureza mediadora no interior das relações sociais de produção (FRIGOTTO, 1984).

Em não sendo da mesma natureza, a prática educativa relaciona-se com as práticas sociais de produção da existência não de forma direta e imediata, mas sim de forma mediata. Sendo essas relações sociais, relações de classe, e, como tais, expressam interesses antagônicos, essa mediação é contraditória.

“A contradição consiste no fato de que não é da natureza da escola ser capitalista, senão que por ser o modo de produção social da existência predominantemente capitalista, tende a mediar os interesses do capital. Por não ser, então, de natureza capitalista, esta mediação pode articular os interesses da classe trabalhadora, contra o próprio capital. Por isso a luta pelo controle da escola é uma luta pelo acesso efetivo ao saber elaborado – saber que é poder – historicamente sistematizado e acumulado, e por sua articulação aos interesses de classe.” (FRIGOTTO, 1984; p.103)

Neste sentido, o autor, ao se questionar, em que dimensões dá-se a mediação da prática educativa da escola no processo de “acumulação capitalista”, nos coloca o seguinte:

1. “Mediante o fornecimento de um saber geral que se articula ao saber específico e prático que se desenvolve no interior do processo produtivo, e mediante a dotação de traços ideológicos, necessários ao capital, para a grande massa de trabalhadores que constituem o corpo coletivo de trabalho.
2. Mediante sua ineficiência, sua desqualificação. Sua improdutividade torna-se produtiva na medida em que a escola é desqualificada para a classe dominada, para os filhos dos trabalhadores, ela cumpre ao mesmo tempo, uma dupla função na reprodução das relações capitalistas de produção: justifica a situação de explorados e, ao impedir o acesso ao saber elaborado, limita a classe trabalhadora na sua luta contra o capital.
3. A mediação da escola também se dá no processo de circulação e realização de capital. A indústria do ensino, particularmente a privada, longe de representar uma queima de excedente, representa a utilização produtiva da riqueza social na realização da mais-valia produzida em outras esferas produtivas.” (FRIGOTTO, 1984; p. 105)

Considerando-se, então, que a luta fundamental capital-trabalho, que é primeiramente uma luta pela sobrevivência material, é também uma luta por outros

interesses, dentre esses, o acesso ao saber social elaborado e sistematizado e cuja apropriação dá-se predominantemente na escola, a escola que interessa a classe trabalhadora deve ter como elemento a unidade do **político** e do **técnico** e do **teórico** e do **prático**, nas relações sociais de produção da existência historicamente determinada. Não se trata da escola e do trabalho, mas de uma escola cujo vetor de organização política e técnica são as próprias relações sociais de produção vividas concretamente pela classe trabalhadora e onde o trabalho constitui-se no princípio educativo fundamental.

“Ora, a escola ativa – aquela que está intimamente ligada à vida, com a luta do dia-a-dia da classe trabalhadora – só pode emergir no bojo destas relações. Aí encontramos o *lócus* de organização do currículo e do método que permitem à criança proletária, a partir do seu saber, ascender ao saber elaborado e sistematizado, igualmente negados, historicamente, pela escola burguesa. Esta tarefa certamente não tem fórmulas apriorísticas, mas se define no confronto da teoria e da prática nos movimentos sociais concretos, e implica que o professor ou o educador seja, ao mesmo tempo – como assinala Gramsci - técnico e dirigente.” (FRIGOTTO, 1984; p. 06)

A formação profissional, portanto, constitui o resultado intencional dos processos educativos voltados para a formação dos indivíduos, capacitando-os para o ingresso na vida produtiva e a escola é a instância que contém em sua essência a função de tornar possível este resultado.

E aqui, sentimos necessidade de apontar para algumas questões fundamentais sobre aquilo que acreditamos ser relevante para a formação profissional de trabalhadores da área de saúde, como decorrente de processos educativos escolares. O primeiro deles é que a formação profissional ocorrida no âmbito da escola e não no local de trabalho, retira o profissional do seu *locus* de atuação, deslocando-o para outro ambiente também carregado de conflitos e contradições. No entanto, estes processos educativos que serão realizados deverão ser determinados pelo processo de trabalho, pela realidade de trabalho deste trabalhador, servindo como o subsídio e como base que deverá ser problematizado com intuito de gerar reflexão crítica e portanto resignificação das práticas individuais e coletivas destes profissionais. Neste sentido, os processos educativos serão determinados e determinantes destas práticas, do processo de trabalho e da realidade do trabalho, num movimento dialético e contínuo de transformação.

A segunda questão é que, neste processo de problematização das práticas, não deve ser fechar e resumida à realidade já bastante conhecida pelo trabalhador porque tem o risco de segrega-lo a sua própria experiência. O processo educativo para este trabalhador deve contemplar também outras dimensões dos saberes mais próprios da formação geral, independente de serem destes processos, que ocorrem concomitante ou não. A questão é que processos educativos escolares voltados para o desenvolvimento de habilidades específicas do campo das ocupações e/ou profissões precisa estar atrelado a processos educativos que propiciem uma formação ampla, voltada para o trabalhador cidadão pleno de direitos.

No meu entender, equivale dizer que mais do que formar para o processo produtivo, a formação deve propiciar que o cidadão entenda como se dá a organização social do processo produtivo. Neste sentido, concordo com Frigotto que a escola que interessa a classe trabalhadora é aquela que melhor se organiza para cumprir esta intermediação entre a classe trabalhadora e a classe dominante, viabilizando acesso amplo e irrestrito ao saber sistematizado e acumulado.

Na organização do sistema de educação profissional, definida nas Leis de Diretrizes e Bases da educação brasileira, a formação profissional vem desde a década de 40 enfrentando a tensão criada pela dualidade estabelecida entre a formação não direcionada especificamente para o trabalho daquela que tem tido, por objetivo, a preparação formal de mão-de-obra (SAVIANI, 2000). Isto ocorre desde a reforma Capanema (década de 40) que cria os cursos médios de segundo ciclo, substituindo os chamados cursos complementares, preparatórios para os cursos superiores. Estes passam a ser divididos entre colegial – destinado ao preparo para o ingresso nos cursos universitários – e os cursos normal, agrotécnico, comercial técnico e técnico industrial que não permitem o acesso a cursos superiores, a não ser pela via dos exames de adaptação. Nas Leis de Diretrizes e Bases que se seguiram – Lei n. 4.024/1961¹⁷, Lei n. 5.692/71¹⁸ e Lei n. 7.044/82¹⁹- a dualidade do ensino médio sofreu alterações mas nunca foi resolvida, creditada a sua própria essência de ser

¹⁷ Esta lei realiza articulação completa entre os ramos secundários de 2º ciclo e profissional para fins de acesso ao ensino superior.

¹⁸ A Lei n. 5.692/71 a equivalência entre os ramos secundário e propedêutico é substituída pela obrigatoriedade da habilitação profissional para todos os que cursassem o que passou a ser chamado de ensino de 2º Grau. (SAVIANI,2000)

¹⁹ A Lei n. 7.044/82 repõe a antiga distinção já presente no Parecer MEC n. 76/75, entre ensino de formação geral (denominado de básico) e ensino de caráter predominantemente profissionalizante (pela via das habilitações específicas e plenas, fundamentadas, respectivamente nos Pareceres MEC n. 45/72 e n. 76/75).

“expressão, não apenas de uma forma de organizar o sistema público de ensino mas, em verdade, de orientá-lo diferentemente segundo interesses de classe e das funções que cabem aos indivíduos que as compõem, desempenhar no âmbito da divisão social e técnica do trabalho.”(SAVIANI, 2000; p. 57)

Com a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação n. 9.394/96 e do Decreto n. 2.208/97 criou-se o Sistema Nacional de Educação Tecnológica, justificado pela imperiosa necessidade do país de investimento sistematizado na busca e uso intensivo de novas tecnologias, em face da reestruturação produtiva. Tinha como objetivo a melhoria da oferta educacional, sua adequação às novas demandas econômicas e sociais da sociedade globalizada. Este sistema abrange as instituições de ensino mantidas pelo setor público federal, estadual, municipal e por instituições particulares envolvidas na oferta de educação tecnológica, incluindo o Sistema Nacional de Aprendizagem Industrial – SENAI – e o Sistema Nacional de Aprendizagem Comercial – SENAC. O sistema inclui a oferta de cinco modalidades de formação (SAVIANI, 2000):

- a. “qualificação ocupacional dirigida para adolescentes e adultos que não tiveram oportunidade de frequentar a escola regular e para os que, complementado o primeiro grau, queiram ter formação específica para o exercício de uma ocupação. Acontecerá independente da formação escolar;
- b. educação prática em nível de primeiro grau: integrada ao currículo de primeiro grau, poderá ocorrer de diversas formas, incluindo sondagem de aptidões e iniciação para o trabalho, propiciando experiências práticas na área tecnológica;
- c. formação técnica de nível médio, oferecida nas escolas de segundo grau, que ofertam profissionalização em áreas definidas (escolas técnicas); esta formação supõe que os conhecimentos técnico-científicos respaldem-se na educação geral;
- d. formação técnica de nível superior destinada à preparação de tecnólogos através do domínio de métodos e processos de trabalho adquiridos mediante disciplinas específicas, práticas em laboratórios, em oficinas e estágios;
- e. formação profissional superior oferecida pelas universidades nos cursos plenos, que propiciam formação mais geral e abrangente, preparando não só para o exercício profissional, como também para a investigação científica.”(SAVIANI, 2000; p. 58)

Esta recente reforma do ensino médio e técnico propõe-se então a modernizar o ensino profissional no país de maneira a acompanhar o avanço tecnológico e atender às demandas do mercado de trabalho, conduzindo ao permanente desenvolvimento das aptidões para a vida produtiva e destinar-se-á a alunos egressos do ensino

fundamental, médio e superior, bem como ao trabalhador em geral, jovem e adulto, independente da escolaridade alcançada. Possui como objetivos formar técnicos de nível médio e tecnólogos de nível superior para os diferentes setores da economia; especializar e aperfeiçoar conhecimentos tecnológicos; e, qualificar, requalificar e treinar jovens e adultos com qualquer nível de escolaridade, visando à sua inserção e melhor desempenho no exercício do trabalho.

Do ponto de vista da organização da educação profissional, a legislação propõe uma série de medidas:

- a) determinação de que a educação profissional seja desenvolvida em articulação com o ensino regular, sendo complementar a este, ou em diferentes modalidades que contemplem estratégias de educação continuada, podendo ser realizada em instituições especializadas ou no ambiente de trabalho;
- b) definição de três níveis de educação profissional: **básico**, destinada à qualificação, requalificação e reprofissionalização de trabalhadores, independentes de escolaridade prévia, constituindo-se em modalidade de educação não-formal e de duração variável, não estando sujeita à regulamentação curricular e conferindo aos concluintes certificado de qualificação profissional; **técnico**, destinado a habilitar profissionalmente alunos matriculados em cursos de nível médio ou dele egressos, com organização curricular própria e independente do ensino médio, podendo ser oferecida de forma concomitante ou seqüencial a este em instituições públicas ou privadas e conferindo aos concluintes o diploma de nível médio; **tecnológico**, em nível superior, destinado a egressos do ensino médio e técnico, devendo atender aos diferentes setores da economia, conferindo aos concluintes o diploma de tecnólogo;
- c) atribuição ao MEC da competência para o estabelecimento de diretrizes curriculares nacionais (carga horária, conteúdos mínimos, habilidades e competências básicas por habilitação profissional do ensino técnico), a partir de insumos recebidos do setor produtivo, em consequência de estudos de demanda, cabendo aos sistemas de ensino o estabelecimento de currículos básicos e da parte diversificada;
- d) determinação de que as disciplinas de caráter profissionalizante, cursadas na parte diversificada do ensino médio, até o limite de 25% da carga horária

mínima deste nível de ensino possam ser aproveitados no currículo de habilitação profissional que venha a ser cursada, independente de exames específicos;

- e) estruturação do currículo do ensino técnico por disciplinas, definidas por áreas e setores da economia, que poderão ser agrupadas sob a forma de módulos, podendo estes ser cursados em diferentes instituições e ter caráter de terminalidade para efeito de qualificação profissional, dando direito a certificados de competência; a frequência e aprovação em todos os módulos referentes a uma habilitação técnica ou a aprovação em exames organizados pelos sistemas federal e estadual de ensino conferem ao aluno o diploma de técnico de nível médio na referida habilitação (SAVIANI, 2000; p. 59).

Saviani ainda sintetiza que

“as principais mudanças introduzidas pela atual legislação com relação ao ensino técnico são as seguintes: nova vinculação entre ensino básico e educação profissional, desvinculação entre educação geral e profissional, certificação de competência, organização preferencial do ensino técnico em módulos do currículo e ampliação do atendimento da rede tecnológica federal e estadual para além dos níveis médio e pós-médio.”(SAVIANI, 2000b; p. 60)

É neste contexto atual que se insere o conjunto de escolas de educação profissional que hoje atuam na formação profissional para a saúde, ou seja, na formação de trabalhadores para atuarem no ramo de serviços. Com isto, algumas reflexões são necessárias sobre o projeto pedagógico e trabalho escolar, tendo em vista que a organização do sistema nacional de educação está sustentado por um conjunto de conceitos e fundamentos que dão ao trabalho escolar e ao seu projeto pedagógico diferentes níveis de autonomia e por conseguinte, diferentes conformações.

CAPÍTULO III

PROJETO PEDAGÓGICO E EDUCAÇÃO PROFISSIONAL DE NÍVEL TÉCNICO EM SAÚDE

Sendo a escola de educação profissional a instituição social mediadora das relações sociais de produção no olhar de Frigotto (1984), seu projeto pedagógico sendo o documento que contem as concepções pedagógicas específicas e a organização do processo de trabalho da escola, deve expressar suas especificidades, contradições, próprias de sua função social e obedientes ao seu tempo institucional.

Por outro lado, tendo a educação profissional a função específica de preparar o cidadão para lidar com a organização da esfera produtiva, sendo capaz de ingressá-la, o currículo do curso - "conjunto das atividades essenciais desenvolvidas pela escola, ligadas principalmente à busca do saber sistematizado, científico, academicamente organizado" (GADOTTI, 2000) -, deve também conter as especificidades das habilitações a que se referem, como intencionalidade do processo educativo.

Neste sentido, buscamos evidenciar as especificidades do projeto pedagógico e do currículo de uma escola de educação profissional em saúde para então dimensionar quais são realmente as possibilidades de produção de inovações que a escola terá ao participar de uma política com ações intensas e permanentes, como a proposta pelo PROFAE.

Tomando por referência as concepções e discussões sobre o Projeto Político-Pedagógico – PPP – desenvolvidas por Gadotti (2000) e Veiga (1995 e 2002), e a produção teórica de Ramos (2002) sobre as bases de sustentação das propostas de formação profissional para a saúde, pretendemos, neste momento, levantar algumas características específicas do PPP da escola de educação profissional.

"Um projeto necessita sempre rever o instituído para, a partir dele, instituir outra coisa: tornar-se instituinte. Um projeto político-pedagógico não nega o instituído da escola que é a sua história, que é o conjunto dos seus currículos, dos seus métodos, dos seus atores internos e externos e o seu modo de vida. Um projeto sempre confronta o instituído com o instituinte" (GADOTTI, 2000; p. 35).

O autor distingue dois momentos do projeto pedagógico: o momento da concepção e o momento da institucionalização ou implementação do projeto. Refere

que um projeto educativo pode ser tomado como promessa frente a determinadas rupturas. "As promessas tornam visíveis os campos de ação possíveis, comprometendo seus atores e autores" (GADOTTI, 2000; p. 36).

A escola é entendida aqui como o "espaço-tempo" de articulação entre o instituído e o instituinte reservado a formação de todos os comprometidos com a organização do trabalho pedagógico, de modo a desencadear um movimento de reflexão coletivo (VEIGA, 2002). Considera-se como fundamental apontar a ampliação da base instituído/instituinte da escola nesta experiência.

Além das normas, regras e leis do sistema de ensino, acrescentam-se os editais com suas diretivas e exigências, os contratos estabelecidos com suas metas, processos e resultados pactuados, a legislação da enfermagem com a regulamentação do exercício profissional dos egressos e a legislação e normatizações do SUS, como o demandante da ação de formação e na absorção deste egresso. Na base instituinte, além da comunidade escolar que tradicionalmente é constituída pelo corpo docente, discente, equipe escolar em geral, acresce-se toda a rede de serviços de saúde com seus gestores, gerentes, funcionários, as instâncias do controle social, as instâncias de regulação do exercício profissional, as instâncias da supervisão do próprio PROFAE.

As experiências e desafios colocados à escola de educação profissional podem ter diferentes níveis de poder instituinte ao induzir os atores a revisarem concepções e práticas pedagógicas e o próprio processo de organização do trabalho escolar, instituído, e não menos importante para a capacidade instituinte do novo, já que oferece a base, o sustentáculo a acumulação necessárias para qualquer inovação e (re)significação no cotidiano escolar.

"O instituído e o instituinte são duas dimensões que devem ser trabalhadas dialeticamente, porque o instituído constitui a referência dos novos elementos que operam com o instituinte. É a partir do instituído que o projeto se constrói como instituinte. O grande desafio da escola ao construir seu projeto político-pedagógico é fazer conviver o instituído e o instituinte no interior de um movimento, de um mesmo processo. Por essa razão, é importante trilhar um caminho que dê importância a cada um desses elementos, sem dissociá-los."(VEIGA, 2002; p. 02)

O PPP não se configura em modismo ou inovação trazido pela reforma do sistema de ensino brasileiro, com o advento da promulgação da Lei de Diretrizes e

Bases da Educação Nacional (Lei n. 9.394/96)²⁰. Como documento da escola ele sempre existiu, no entanto a forma de elaboração e a sua importância foram completamente contemplados e resignificados na nova LDB. Anteriormente a atual LDB sua existência era marcadamente burocrático e fragmentado, sendo apenas o cumprimento das orientações provenientes do poder central, principalmente, cumprimento dos preceitos das Leis vigentes.

Do ponto de vista do PPP, a LDB contém em seu texto e dispõe ser função da escola a sua elaboração de forma participativa, com docentes e comunidade escolar.

Há variantes conceituais em relação ao PPP, mas todos são coerentes em sua essência. "O projeto pedagógico é expressão operativa da intencionalidade da educação desejada pelos sujeitos da ação, que estabelecem seus planos e seus compromissos num processo em que estão auto-implicados nos propósitos que definem e projetam", podendo ser "entendido como um instrumento de balizamento para o fazer universitário, concebido coletivamente no âmbito da instituição, orientado para esta, como um todo, e para cada um de seus cursos em particular" (GADOTTI, 2000; FORGRAD, 1999).

Ao constituirmos nossos projetos de escolas, planejamos o que temos intenção de fazer, de realizar. Lançamo-nos para diante, com base no que temos, buscando o possível.

"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. "A dimensão política se cumpre na medida em que ela se realiza enquanto prática especificamente pedagógica."(SAVIANI, 1983 apud VEIGA, 1995)

O projeto pedagógico tem duas dimensões: a pedagógica e a político-administrativa. Na dimensão pedagógica, central, reside a possibilidade da efetivação da intencionalidade da escola, que é a formação do cidadão participativo, responsável, comprometido, crítico e criativo. Implica em definição de concepções balizadoras e do desenho curricular, em seleção de competências e conhecimentos a serem construídos

²⁰ A nova LDB é definida por alguns como sendo uma "LDB minimalista", compatível com o "Estado mínimo"(SAVIANI, 2000) e por outros como sendo "um texto mais enxuto, em muitos tópicos lacônico, mas também por isso mais fácil de ser aprovado sem maiores monstruosidades e

e na definição das estratégias de aprendizagem e de avaliação. Já a dimensão político-administrativa está relacionada ao como obter as condições necessárias para que se efetive as ações definidas para a concretização da dimensão pedagógica: o modelo de gestão da escola, manutenção, calendário escolar, reuniões, organização do uso da biblioteca entre outros.

O PPP, portanto, tem a ver com a organização do trabalho pedagógico em dois níveis: organização da escola como um todo e organização da sala de aula, incluindo sua relação com o contexto social imediato, procurando preservar a visão da totalidade, envolvendo tanto os aspectos administrativos quanto os aspectos do ensino-aprendizagem, articulados pelo objetivo único que é o desempenho escolar do aluno.

Ainda na discussão sobre o PPP, é importante a percepção sobre o tempo do projeto:

- “tempo político – define a oportunidade política de um determinado projeto;
- tempo institucional – cada escola encontra-se num determinado tempo de sua história; o projeto que pode ser inovador para uma escola pode não o ser para outra;
- tempo escolar – o calendário da escola, o período no qual o projeto é elaborado é também decisivo para o seu sucesso;
- tempo para amadurecer as idéias – só os projetos burocráticos são impostos e, por isso, revelam-se ineficientes a médio prazo; há um tempo para sedimentar as idéias; um projeto precisa ser discutido e isso leva tempo.”(GADOTTI, 2000; p. 37)

O projeto pedagógico contém o currículo dos cursos da escola e só há projeto pedagógico se existir currículo. Podemos dizer que é uma relação inerente. O currículo de um curso como “conjunto das atividades essenciais desenvolvidas pela escola, ligadas principalmente à busca do saber sistematizado, científico, academicamente organizado” (GADOTTI, 2000; p. 37) são construções determinadas pelos aspectos socioeconômicos, culturais, técnicos e políticos entre outros.

Segundo Paiva (2000), muitos são os mecanismos formais de controle curricular e pedagógico implementados pela escola e pelo sistema de ensino enquanto “formas como o poder penetra na escola e em sala de aula, buscando controlar as ações dos professores”. Entretanto, há unanimidade entre os autores (PAIVA, 2000; GADOTTI, 2000; TADEU, 2002; SACRISTÁN, 2000) que discutem a questão curricular de que é

forte o peso dado às determinações exteriores do currículo, especialmente aos mecanismos regulatórios do estado, do sistema de educação. Entretanto, é no cotidiano escolar e na relação estabelecida entre professores e alunos que as atividades e experiências previstas e/ou sugeridas pelos guias curriculares ou pela legislação são desenvolvidas. Isto “permite afirmar que, na realidade das salas de aula, as propostas e normas curriculares oficiais são saudáveis e inevitavelmente ‘contaminadas’ pelos professores e alunos que as vivenciam cotidianamente” (PAIVA, 2000; p. 25).

Esta forma de conceber o currículo encontrado em Paiva guarda semelhança com a forma proposta por Sacristán (2002). A abordagem curricular deste inscreve-se nas discussões mais atuais e amplas do termo “currículo”, considerando-o como fruto de diversos determinantes sociais, culturais, políticos, técnicos, administrativos. Neste sentido, o currículo

“é uma opção cultural, o projeto que quer tornar-se na cultura-conteúdo do sistema educativo para um nível escolar ou para uma escola de forma concreta (...) numa primeira aproximação e concretização do significado amplo que nos sugere, propomos definir o currículo como o projeto seletivo de cultura, cultural, social, política e administrativamente condicionado, que preenche a atividade escolar e que se torna realidade dentro das condições da escola tal como se acha configurada.”(SACRISTÁN, 2000; p. 84)

Concebendo-se então o currículo como um sistema com várias determinações, sua efetiva execução sofre influências de todo o contexto em que se insere. Segundo ao autor supra citado, é possível destacar-se oito subsistemas do sistema educativo os quais no seu conjunto, são determinantes para o currículo da escola:

1. **âmbito da atividade político-administrativa:** trata-se dos aspectos que compõem a estrutura administrativa da educação, regulando o currículo. Esta, tanto quanto outros aspectos, tais como professores, escolas, entre outros, constituem os diferentes esquemas de intervenção política que dentro de um campo com maiores ou mais reduzidas margens de autonomia, evidenciam os determinantes exteriores do currículo;
2. **subsistema de participação e de controle:** refere-se às instâncias do sistema educativo que possuem a competência para elaboração, a configuração dos currículos, sua concretização, sua modificação, sua vigilância, análise de resultados e controle da realização do currículo. Geralmente essas funções são desempenhadas pela própria burocracia administrativa, como é o caso da inspeção, mas a medida que um sistema se democratiza e se descentraliza, deixa para outros agentes

algumas decisões relativas a certos aspectos ou componentes. Essas funções podem estar nas mãos de órgãos do governo, das escolas, associações e sindicatos de professores, pais de alunos, órgãos intermediários especializados etc. “Todo currículo se insere num determinado equilíbrio de poderes de decisão e determinação de seus conteúdos e formas” (SACRISTÁN, 2002).

3. **a ordenação do sistema educativo:** trata-se das diferentes formas de regulação da entrada, o trânsito e a saída do sistema, servindo-se, em geral da ordenação do currículo, e expressam, por meio do mesmo, as finalidades essenciais de cada período de escolaridade. À medida que tenha uma descentralização de decisões, ou quando existe optatividade curricular no nível de escolas, a ordenação pode ficar em níveis de decisão mais próximos dos usuários.
4. **subsistema de produção de meios.** refere-se aos materiais didáticos diversos, quase que exclusivamente nos livros-texto, que são os verdadeiros agentes de elaboração e concretização do currículo. Como prática observável, o currículo é o que fica interpretado por esses materiais que o professor e os alunos utilizam. Esta prática costuma estar ligada a uma forma de ordenar o progresso curricular: por ciclos, níveis, cursos, disciplinas ou áreas etc.²¹
5. **âmbito de criações culturais, científicas etc.:** na medida em que o currículo é uma seleção de cultura, os fenômenos que afetam as instâncias de criação e difusão do saber têm uma incidência na seleção curricular. A importância desse subsistema e sua comunicação com o currículo é evidente por um duplo motivo: as instituições onde se localiza a criação científica e cultural acabam recebendo os alunos formados pelo sistema educativo, o que gera necessariamente uma certa sensibilidade e pressão para os currículos escolares, por um lado pela influência ativa que exercem sobre os mesmos, e, por outro, selecionando conteúdos, ponderando-os, impondo formas de organização, paradigmas metodológicos, produzindo escritos, textos, entre outros.
6. **subsistema técnico-pedagógico:** formadores, especialistas e pesquisadores em educação. Os sistemas de formação de professorado, os grupos de especialistas relacionados com essa atividade, pesquisadores e peritos em diversas especialidades

²¹ Segundo Sacristán, “Os meios não são meros agentes instrumentais neutros, pois têm um papel de determinação muito ativo, sobretudo em nosso sistema, ligado a uma forma de exercer o controle sobre a prática, as estreitas margens de decisão de que dispõe o professorado, a baixa formação do mesmo e as condições de trabalho desfavoráveis”.

e temas de educação (e de enfermagem) etc., criam linguagens, tradições, produzem conceitualizações, sistematizam informações e conhecimentos sobre a realidade educativa (e de saúde), propõem modelos de entendê-la, sugerem esquemas de ordenar a prática relacionada com o currículo, que têm certa importância na construção da mesma, incidindo na política, na administração, nos professores etc. Cria-se uma linguagem e conhecimento especializados que atuam como código modelador, ou ao menos como racionalização e legitimação da experiência cultural a ser transmitida por meio do currículo e das formas de realizar tal função.

7. **subsistema de inovação:** nos sistemas educativos complexos, dentro de sociedades desenvolvidas, a sensibilidade sobre a qualidade dos mesmos aumenta, sua renovação qualitativa ganha importância, os interesses de acomodação constante dos currículos às necessidades sociais também tornam-se manifestos – funções dificilmente cumpridas por outros agentes que não aqueles especificamente dedicados a renovar o sistema curricular.
8. **subsistema prático-pedagógico:** é a prática dos professores e alunos dentro das instituições escolares. É o que comumente chamamos ensino como processo no qual se comunicam e se fazem realidades as propostas curriculares, condicionadas pelo campo institucional organizativo imediato e pelas influências dos subsistemas anteriores.

O currículo, portanto, expressa-se, é realizado e influenciado por determinações sociais, sendo, segundo Sacristán, “um teatro de operações múltiplas, de forças e determinações diversas, ao mesmo tempo em que, em alguma medida, pode converter-se em determinador das demais”. O projeto pedagógico da escola de educação profissional configura-se num cenário de múltiplas ações e determinações, que o delimita e o impulsiona, sendo ao mesmo tempo determinante e impulsionador de mudanças na realidade da formação dos profissionais.

Acrescenta-se que tratando-se de projetos pedagógicos e currículos de escolas que visam a formar cidadãos para a esfera produtiva da sociedade, o projeto da escola, as práticas pedagógicas e curriculares que interessam a classe trabalhadora devem ter como elemento a unidade do “político e do técnico e do teórico e do prático, as relações sociais de produção da existência historicamente determinada” tendo o trabalho como princípio educativo (FRIGOTTO, 1984; p. 52).

Como uma das características principais da escola de educação profissional, que deve estar expresso no seu projeto pedagógico e no seu cotidiano, cita-se a abertura a mudanças e inovações. É necessário estar atento às constantes ondas mundancistas dos conceitos que sustentam a escola e a educação, a sociedade, o mundo globalizado e, neste caso específico, os setores produtivos. Não foi por outro motivo que a LDB inova dando flexibilidade e autonomia às escolas repassando a elas a função de “dar conta do recado”(DEMO, 1997).

Neste sentido, cabe salientar os desafios específicos que a escola de educação profissional vem enfrentando na elaboração do seu projeto pedagógico e na elaboração dos currículos e na própria organização do seu processo de trabalho.

Em primeiro lugar a escola vem tentando adaptar-se à (re)organização do sistema nacional de educação proposto pela LDB de 1996, e por todos os demais aparatos legais que regulamentam a educação profissional de nível técnico (Decreto n. 2.208/97, as Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico e os Referenciais Curriculares Nacionais), já citados anteriormente, mas que destacam a questão dos diversos níveis de qualificação profissional – básico, técnico e tecnológico – e a formação de profissionais com currículos baseados em competências.

A estas inovações, acrescenta-se a formação profissional de trabalhadores para o setor saúde cujo processo de trabalho destaca-se por suas especificidades que segundo Ramos (2002), em consonância com Pires e Peduzzi, já citadas anteriormente, caracteriza-se pelas incertezas decorrentes da indeterminação das demandas, pelas discontinuidades e pela sua disponibilidade em estar pronto para atender a todos os casos, inclusive aqueles excepcionais. Ramos destaca, ainda, como características importantes do trabalho em saúde, a complexidade – pela diversidade de profissões, dos usuários, das tecnologias utilizadas, das relações sociais e interpessoais, das formas de organização do trabalho, dos espaços e ambientes de trabalho –; a heterogeneidade – diversidade de vários processos de trabalho que coexistem nas instituições de saúde; e, a fragmentação – desde a conceitual da separação do pensar e do fazer, a técnica com a crescente especialização, até a social ao se estabelecer regras rígidas de hierarquia e subordinação.

Neste sentido, a escola precisa pensar toda a organização do seu trabalho voltado para a formação profissional de nível técnico em saúde, sustentada pelas seguintes bases técnicas:

- desenvolvimento de competências profissionais e estratégias de formação compatíveis, que considerem o contexto e a concepção de saúde que tem como referência doutrinária a Reforma Sanitária e, como estratégia de ordenação setorial e institucional, o SUS;
- paradigma da promoção da saúde, inspirador da reforma sanitária e do SUS, tem na multissetorialidade e na interdisciplinaridade os pontos fundamentais para o desenvolvimento das práticas profissionais que ocorrerão nos mais diferentes espaços de saúde. Neste sentido, o paradigma político-assistencial torna-se também político-pedagógico, orientando as propostas de educação profissional para o setor;
- a especificidade do processo de trabalho em saúde, caracterizado pela constante introdução de inovações tecnológicas e novas formas de organização do trabalho, tendo em vista o desenvolvimento de modelos de atenção voltados para a qualidade de vida, assim como a busca de melhoria da qualidade e da produtividade dos serviços dado o caráter multiprofissional e interdisciplinar desta produção.

A estes desafios colocados à escola – adaptar-se ao novo sistema de educação e os desafios específicos da formação profissional em saúde –, acrescentam-se os aspectos que caracterizam a formação de nível técnico em enfermagem. Destes, destacamos o fato de ser esta uma profissão regulamentada por lei e em constante luta pela profissionalização dos profissionais que compõem a equipe para a qualificação do trabalho da enfermagem. Além disso, trata-se de profissão em evidência e em franca expansão dos seus espaços de atuação, rompendo com os espaços e modelos tradicionalmente instituídos.

CAPÍTULO IV

PESQUISA QUALITATIVA

Investigar as implicações **políticas** e **técnicas** da implementação do PROFAE para as escolas de formação profissional de nível técnico em saúde, subárea enfermagem, constitui-se em grande desafio e demonstra a necessidade de uma incursão teórica em algumas produções que tangenciam estas possíveis implicações políticas e técnicas.

As possíveis implicações políticas que estou considerando neste estudo são aquelas capazes de desestabilizar a dimensão político-administrativa do projeto pedagógico das escolas. Entende-se como dimensão político-administrativa o que é denominado por Veiga como aquela relacionada ao “como” obter as condições necessárias para que se efetive as ações definidas para a concretização da outra dimensão, central, que é a pedagógica. A dimensão político-administrativa relaciona-se então ao modelo de gestão, à manutenção, ao calendário escolar, às reuniões, e às demais condições de infra-estrutura educacional.

Por outro lado, as possíveis implicações técnicas referem-se então a dimensão pedagógica do trabalho escolar constitutivas no projeto pedagógico, sendo esta a que alberga os aspectos centrais da escola que é a sua intencionalidade na formação do cidadão participativo, responsável, compromissado, crítico e criativo.

Estas implicações, por sua vez, podem se configurar em mudanças na escola e inovações nas práticas educativas como fruto dos desafios vividos e experiências no âmbito de uma política de educação profissional para trabalhadores do setor saúde.

O projeto pedagógico da escola, em suas dimensões técnico-pedagógicas (intencionalidade da escola na formação do indivíduo) e político-administrativas (conjunto de condições necessárias para a concretização da dimensão pedagógica, incluindo o modelo de gestão, manutenção, calendário, organização do processo de

trabalho), é formulado com base nas diretrizes colocadas como requisitos obrigatórios pelo PROFAE e por todo o aparato legal do sistema de ensino.

A escola é entendida aqui como o “espaço-tempo” de articulação entre o instituído e o instituinte reservado a formação de todos os comprometidos com a organização do trabalho pedagógico, de modo a desencadear um movimento de reflexão coletivo. Considera-se como fundamental, apontar a ampliação da base instituído/instituinte da escola nesta experiência.

Além das normas, regras e leis do sistema de ensino, acrescentam-se os editais com suas diretivas e exigências, os contratos estabelecidos com suas metas, processos e resultados pactuados, a legislação da enfermagem com a regulamentação do exercício profissional dos egressos e a legislação e normatizações do SUS como o demandante da ação de formação e na absorção deste egresso. Na base instituinte, além da comunidade escolar que tradicionalmente é constituída pelo corpo docente, discente, equipe escolar em geral, acresce-se toda a rede de serviços de saúde com seus gestores, gerentes, funcionários, as instâncias do controle social, as instâncias de regulação do exercício profissional, as instâncias da supervisão do próprio PROFAE.

A mudança, o novo que é construído sobre os resíduos do velho no olhar de Thompson (1995) no projeto da escola, será buscada no debate com as lideranças da escola, as quais estiveram a frente da implementação dos projetos formulados e apresentados ao MS. Ou seja, é na experiência humana cotidiana e no seu significado, manifestados pelos atores sociais da escola, que se buscará a reflexão crítica e coletiva sobre o projeto pedagógico implementado.

Mais que resultados de pesquisa com os aspectos levantados como mudanças produzidas no bojo da experiência da escola no PROFAE, pretende-se estabelecer e evidenciar o potencial desta experiência enquanto “processo de inovação permanente pela via do questionamento sistemático crítico e criativo, com vistas a uma forma tanto mais competente de intervenção” (DEMO, 2002; p. 15) na realidade da formação profissional na enfermagem e na saúde.

Trata-se de pesquisa que pode ser classificada como do gênero **prática e teórica**, segundo nos coloca Demo (2002; p. 36). A conotação de pesquisa prática se dá pelo forte viés de investigação de práticas que estão se dando numa realidade que passa por intervenção e que pelos resultados da pesquisa, poder-se-á redirecionar,

potencializar e até recuar nos meios e intenções desta intervenção. Busca-se questionar sistematicamente a prática escolar implementada para formar profissionais de nível técnico em enfermagem, conformada por um conjunto de ações, regras e características determinantes desvelando-a em seu potencial transformador e inovador, capaz de, além de produzir os objetivos e metas pré-determinados, também produzir rupturas e alternativas às velhas, tradicionais e arcaicas práticas escolares.

A dimensão teórica busca captar constructos teóricos capazes de explicar a realidade vivida, com suas polêmicas e contradições. Centra-se também na dedicação e no esforço de análise da realidade concreta na sua totalidade, para produzir conhecimento teórico com vistas a “compartilhar a vanguarda do conhecimento, nas suas várias codificações vigentes e paradigmas científicos” (DEMO, 2002a; p. 18).

Em que pese a pesquisa teórica não implicar em imediata intervenção na realidade, trata-se de meio competente para dar condições básicas para a intervenção na realidade. Especialmente, neste caso, em que além de pesquisadora, tenho profundo envolvimento com a realidade pesquisada, esta abordagem, esta dimensão da pesquisa adquire ainda maior importância pela possibilidade de se desenvolver a competência e a “desenvoltura argumentativa, que é talvez a arte central da pesquisa e da ciência” (DEMO, 2002b; p. 11).

A pesquisa como “instrumentação teórico-metodológica para construir conhecimento” é concebido por como “conceito maior, abrangendo todo o processo de construção de caminhos científicos e de resultados inovadores, incluindo-se também sua ilação educativa, na condição de estratégia de questionamento sistemático crítico e criativo, teórico e prático.” Demo (2002a; p. 32)

Na mesma linha, Minayo (2000; p. 8) entende pesquisa como “atividade básica das ciências na sua indagação e descoberta da realidade.” A pesquisa é, portanto, qualitativa, baseando-se nos conceitos de Minayo (2000) de que pesquisas qualitativas são “aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”.

A inspiração para este trabalho analítico sobre as práticas escolares realizadas no âmbito da profissionalização de nível técnico dos trabalhadores da enfermagem, vem do

reconhecimento de que construções humanas novas são feitas a partir da resignificação das velhas práticas educativas.

O **plano operacional do trabalho de pesquisa** será composto pelas seguintes etapas – **a fase exploratória, a fase de trabalho de campo e a fase de análise** e tratamento do material – formando um “ciclo de pesquisa”, nos termos sugeridos por Minayo:

“A idéia de ciclo se solidifica não em etapas estanques, mas em planos que se complementam. Porém, ela suscita também a delimitação do trabalho no tempo, através de um cronograma. Ao mesmo tempo, portanto, trabalhamos com um movimento de valorização das partes e da integração no todo; e com a visão de um produto provisório integrando a historicidade do processo social e da construção teórica.” (MINAYO, 2000; p.10)

Por não se tratar de uma pesquisa qualitativa típica na modalidade de estudo de caso, e nem de ser uma pesquisa participante, a metodologia de investigação foi sendo construída e reconstruída a medida que se avançava nos achados da pesquisa, sempre tendo como referência as possíveis implicações técnicas e políticas no trabalho das escolas, os quais eram tidos como referência na pesquisa pela centralidade que tiveram nos resultados do PROFAE.

A abordagem **hermenêutica-dialética** pareceu ser a que melhor correspondia a esta investigação pela sua proposição de transcender a análise de conteúdo tradicional, inicialmente proposta. Usou-se a concepção de Minayo de que a hermenêutica e a dialética permitem realizar uma reflexão fundamental que “ilumina qualquer trabalho científico de compreensão da comunicação” (MINAYO, 2000; p. 220)

A hermenêutica concebida por Minayo, cuja construção teórico-conceitual deu-se no diálogo entre Gadamer e Habermas, “é a busca de compreensão de sentido que se dá na comunicação entre os seres humanos” (MINAYO, 2000; p. 220).

O ponto de encontro e de contraste entre a hermenêutica e a dialética colocados por Minayo extraídos do confronto das duas posições metodológicas são:

- O homem como ponto de partida;
- A práxis social como objeto de análise;
- A afirmação ético-política do pensamento é o sentido que buscam.

A complementaridade proposta por Habermas *apud* Minayo é de que “enquanto a hermenêutica penetra no seu tempo e através da compreensão procura atingir o sentido do texto, a crítica dialética se dirige contra seu tempo.” A dialética enfatiza a diferença, o contraste, o dissenso e a ruptura de sentido e a hermenêutica destaca a mediação, o acordo e a unidade de sentido” (MINAYO, 2000; p. 226).

Em Minayo também encontramos uma síntese do que gostaríamos de expressar sobre os limites de nossa produção e reflexão aqui proposta. A questão que nos conforta é que “(...) no processo de conhecimento não há consenso e não há ponto de chegada. Há o limite de nossa capacidade de objetivação e a certeza de que a ciência se faz numa relação dinâmica entre razão e experiência e não admite a redução de um termo a outro”(MINAYO, 2000; p. 228).

4.1- A FASE EXPLORATÓRIA E A CONSTRUÇÃO DAS CATEGORIAS DE ANÁLISE

A fase exploratória consistiu em um importante momento de redefinição do cenário onde se daria a pesquisa e das escolas que estariam envolvidas. Utilizou-se a técnica de **análise documental** e de base de dados.

A análise documental é aqui entendida como

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos as condições de produção/recepção destas mensagens.” (BARDIN, 1977;p. 42)

A análise documental teve como centro a análise do conteúdo das comunicações dos documentos oficiais publicados no âmbito da política, tendo como questão norteadora “o que este texto quer dizer?” conforme proposto por Bardin. “A análise documental busca identificar informações factuais nos documentos a partir de questões ou hipóteses de interesse,” e tem como objetivo “dar uma forma conveniente e representar de outro modo essa informação por intermédio de procedimentos de transformação”(LUDKE e ANDRÉ *apud* ALVES, 2000; BARDIN, 1977; p. 45).

Num primeiro momento foi realizado uma leitura exploratória dos principais documentos publicados pelo PROFAE que orientavam a seleção das escolas e o

processo de execução, bem como a base de dados que contém os principais resultados alcançados. São eles:

- Edital de carta-convite para credenciamento de entidades para prestação de Serviços educacionais de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem/2000; 2001 e 2002.
- Sistema de Informações Gerenciais - SIGPROFAE, que é um sistema de informações que contém uma base de dados com todos os resultados em termos de alunos, municípios atendidos, turmas executadas, escolas. Está disponível na internet no endereço: <http://www.sig.profae.gov.br>

Esta primeira incursão investigativa permitiu analisar os resultados produzidos e construir as categorias de análise do projeto.

- a) Execução das classes descentralizadas;
- b) Corpo docente das escolas;
- c) Articulação ensino-serviço;
- d) Regulação, supervisão e controle dos processos educativos escolares.

Conforme já descrito na introdução deste trabalho, no momento em que descrevemos a organização do PROFAE, muitas foram as ações que incidiram e determinaram o trabalho da escola na implementação das suas propostas pedagógicas. Entretanto, ao analisar os documentos utilizados para normatizar a esta execução, estas categorias aparecem em destaque em dois sentidos. Ganham maior intensidade como indutoras de processos, conforme pode ser visto no quadro I (anexo) sobre a análise dos editais do PROFAE, tendo crescente reforço ao longo dos três anos para direcionar e obter maior adesão por parte das escolas. Esta intensidade no direcionamento fica mais evidente quando se analisam as estratégias anteriores engendradas pelo setor saúde para qualificar seus profissionais de nível técnico de enfermagem, ou seja, já são conceitos cristalizados dentro da política de recursos humanos na saúde.

No **segundo momento**, foi feita a análise dos resultados produzidos pelo PROFAE em todo o Brasil, já partindo da primeira categoria de análise – execução de classes descentralizadas – selecionado-se o estado com maior alcance de resultados em número de alunos formados nos municípios do interior, para uma análise em

profundidade. Ao analisar os dados secundários, em termos de alunos formados e sua distribuição por municípios, chegamos ao estado de Minas Gerais.

A partir desta análise, optou-se por colocar, ainda, como critério de escolha dos estados em que albergaria as escolas a serem estudadas, o número de alunos formados e sua localização por município. Neste sentido, além de possuir escolas com três anos de execução, de ter iniciado esta execução antes de abril/2003, de não ter tido troca de Agência Regional, foram analisados o número de alunos formados e sua distribuição por município. Isto foi importante, tendo em vista que tínhamos empate entre dois estados, São Paulo – SP – e Minas Gerais – MG. Quando analisados o número de alunos formados, nos dois estados, concluí que o estado de MG tinha o maior número de alunos formados nos municípios do interior. Além disso, o conjunto das escolas que atendiam aos critérios de tempo de permanência apresentavam uma maior diversidade em termos de natureza jurídica e de características institucionais que serão descritos em seguida. Outro aspecto que chamou a atenção foi o grau de adesão a execução de classes descentralizadas neste estado: todas as escolas indiscriminadamente aderiram a esta estratégia.

Pelos dados secundários, foi possível detectar a adesão de todas as escolas a diretiva, independente de ter experiência anterior, e o êxito desta estratégia. No entanto, o que se pretendia não era a comprovação e validação desta estratégia de interiorização da atuação da escola e sim realizar reflexão crítica sobre esta experiência bem como levantar possíveis mudanças nos projetos pedagógicos implementados pelas escolas.

Considerando-se então os critérios de inclusão de escolas neste estudo, quais sejam – escolas que executaram os cursos, durante os anos de 2001, 2002 e 2003, estabelecendo-se ainda como corte, o início da execução do subprojeto até abril de 2001 e como limite de tempo, até junho de 2003 – e em sendo o estado de MG o que apresenta o maior número de alunos formados em municípios descentralizados, foi possível compor um conjunto de escolas com várias naturezas jurídicas: pública federal, pública estadual, privada e sistema S.

É importante colocar que todos os momentos da pesquisa foram compartilhados com a equipe que acompanha esta implantação, sendo discutido e validado cada um dos momentos e dos achados provisórios.

A análise documental como técnica obedeceu as fases propostas por Bardin (1977) de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

4.2- A FASE DE TRABALHO DE CAMPO

No trabalho de campo, optei pela técnica de entrevista grupal, utilizando o grupo focal e roteiro semi-estruturado centrando as questões-chaves na busca de "opiniões, relevâncias e valores dos entrevistados" na forma de debate.

Três questões-chaves orientaram o debate, com algumas questões norteadoras.

A **primeira questão-chave** foi "qual era a experiência anterior da escola em relação a estratégia das classes descentralizadas" que tinha o objetivo de ouvir o relato das escolas sobre a existência ou não de experiência. Nas escolas com experiências anteriores visava-se conhecer a experiência e analisar o grau de apropriação desta, e sua contribuição para a implementação da proposta descentralizada, apresentada e aprovada no âmbito do PROFAE.

A **segunda questão-chave** foi "quais foram as principais dificuldades enfrentadas pela escola nesta experiência de ofertar os cursos de qualificação profissional do PROFAE utilizando a estratégia de turmas descentralizadas dadas as demais características específicas e exigências feitas pelo PROFAE". Foram colocadas outras questões norteadoras com o objetivo de nortear o debate: longa duração do curso, estágios supervisionados, exigências legais do sistema de ensino, infra-estrutura das classes descentralizadas e acompanhamento das classes descentralizadas e relação com a Agência Regional.

A **terceira questão-chave** foi "quais os aspectos positivos e negativos desta experiência para a escola e seu PPP". E como questão norteadora, colocou-se "como os aspectos positivos desta experiência poderão ser aproveitados pela escola para o seu desenvolvimento enquanto instituição de educação profissional em saúde".

Foi feito um pré-teste com a equipe técnica da AR e do MS e com isto, algumas mudanças foram feitas como sugestões dos participantes, quando ao se referirem aos

aspectos positivos da experiência, referiam-se como aprendizados. Então, adaptei a pergunta para “quais os aprendizados que a escola teve com esta experiência das classes descentralizadas”.

Durante a realização dos grupos focais novas mudanças foram feitas tendo em vista que algumas lideranças de escolas não atenderam aos critérios de participação. Nestes casos, o debate foi realizado com as pessoas presentes e, após novo convite às lideranças, repeti o grupo focal e realizei entrevistas complementares. Foi feito novo grupo focal, no caso das escola C e G, e entrevista com a escola A. Esta foi uma situação específica de duas escolas que funcionavam somente como executoras, e ao serem chamadas, entenderam que poderiam ser representadas pelo pessoal da Operadora.

Os participantes foram selecionados segundo os seguintes **critérios de seleção**:

- Estar indicado nos subprojetos como responsável pela instituição e/ou pela implementação do subprojeto na escola.
- Ter trabalhado na escola por pelo menos dois anos durante a execução do PROFAE;
- Ter maior domínio sobre a implementação dos suprojetos como um todo, estando no nível da gestão escolar.
- Estar acompanhando a escola há pelo menos dois anos como membro da Agência Regional – AR.

Aplicado os critérios, os atores convidados foram os coordenadores gerais do Subprojeto na escola, o dirigente da mesma, os supervisores da AR e a coordenação técnica da AR.

Foram realizados nove **grupos focais**, com as equipes dirigentes das escolas e supervisores da AR, e quatro **entrevistas complementares**. A síntese pode ser visualizada no Quadro 2 abaixo.

Quadro 2: Participantes nos grupos focais e entrevistas individuais das escolas do estudo, Brasília, 2003.

Escolas	A	B	C	D	E	F	G
Natureza jurídica	Privada	Privada	Privada	Sistema S	Pública estadual	Pública federal	Pública federal
Número de participantes do 1º GF	5 pessoas	4 pessoas	8 pessoas	7 pessoas	4 pessoas	4 pessoas	5 pessoas
Número de	-	-	3 pessoas	-	-	-	2 pessoas

participantes do 2º GF							
Número de entrevistados	1 pessoa	2 pessoas	-	-	-	-	-
Total	46 pessoas						
Pré-teste	4 pessoas						

Fonte: elaborado (pela autora) a partir da tabulação dos dados de identificação dos participantes dos grupos focais.

Todos os grupos focais foram conduzidos por mim, pelo domínio do conteúdo e pela clareza da intencionalidade das questões, conforme recomenda Cruz *et all* (2001). Por outro lado, foi uma opção arriscada pelo viés institucional colocado dada a posição ocupada pela pesquisadora, como coordenadora geral do PROFAE no Ministério da Saúde. Entretanto, considero que as maiores dificuldades não foram o viés ideológico e institucional, mas o de agendamentos das pessoas e os deslocamentos necessários. O debate aberto com os participantes ocorreu em um clima informal e foi conseguido pela empatia entre as pessoas, pelas estratégias de entrada em campo e pela participação tanto das pessoas da própria escola quanto pelas supervisoras que acompanham os processos.

A estratégia de discutir abertamente sobre as experiências anteriores da escola e dificuldades encontradas em campo para implantar seu projeto foi bastante importante porque, após esgotar o debate em torno das dificuldades, as mudanças; os aprendizados e as inovações iam sendo colocados com fluidez. Considerarei, a todo o momento, a possibilidade de inverter a ordem das questões e até foi feito com uma das escolas a pedido dos participantes da escola.

A esta estratégia de GF foi escolhida com base nas inúmeras atividades realizadas anteriormente com as escolas ao longo da implantação do PROFAE e da análise dos seus resultados e dificuldades.

Tanto as entrevistas como os debates foram gravados em fita K-7 e anotados em diário de campo da pesquisadora, por um observador. O papel do observador foi o de anotar as falas e os comportamentos não-verbais do grupo, os momentos mais tensos, os momentos de maior resistência, os momentos de silêncio e os momentos de tumulto nas falas.

- **Detalhamento dos aspectos operacionais e organizativos do estudo**

A exemplo do que foi feito em Alves (2000; p. 83) ao detalhar os aspectos metológico-organizativos da trajetória metodológica, segue abaixo a explicitação dos

aspectos operacionais e organizativos deste estudo, buscando facilitar o entendimento do leitor.

População alvo: a população alvo deste estudo foi composta pelos diretores, coordenadores gerais e pedagógicos e supervisores das sete escolas executoras do PROFAE do estado de Minas Gerais que permaneceram executando cursos de qualificação profissional durante o período de abril de 2001, 2002 até junho de 2003, as quais denominaremos escolas A, B, C, D, E, F e G.

As **estratégias metodológicas** propostas foram, na fase exploratória da pesquisa, a **análise documental** dos Editais de licitação das escolas e da Agência Regional, da base de dados do SIGPROFAE, completado pelos suprojetos das escolas apresentados ao MS no momento da licitação, dos contratos estabelecidos com as escolas, momento em que se construíram as categorias de análise.

Na fase da pesquisa de campo foram realizados **grupos focais** e entrevistas com os coordenadores gerais e pedagógicos e diretores das escolas, juntamente com os supervisores da AR responsáveis pelo acompanhamento destas escolas.

Meu compromisso ético como pesquisadora, com a produção de conhecimento, foi bastante considerado em todos os procedimentos relativos às técnicas aplicadas quanto aos sujeitos e instituições envolvidas, seguindo Resolução n. 196 do Conselho Nacional de Saúde, que regula a pesquisa em seres humanos.

Alguns **aspectos éticos** destacados e listados abaixo nortearam todos procedimentos.

- O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília, sendo aprovado sob o número CEP-FM 039/2003. (Anexo I)
- Todas as instituições e sujeitos envolvidos foram comunicados quanto aos objetivos do estudo;
- Antes da realização dos grupos focais e entrevistas foi solicitado o consentimento das instituições, grupos, profissionais, pesquisadores e pesquisados;
- Foi mantido e assegurado o respeito a todos os envolvidos no estudo e não houve nenhuma manifestação de desagravo;
- Todos os dados que identificam os participantes e suas instituições serão mantidos em sigilo;

- Foi respeitado a liberdade de participar e de não participar das atividades do estudo;
- Será dado retorno às instituições, grupos, profissionais, pesquisadores e pesquisados envolvidos, sobre os achados da pesquisa;
- Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo), após carta da pesquisadora que garantia o sigilo, anonimato e a utilização dos resultados para fins técnicos e científicos.

4.3- FASE DE ANÁLISE DOS DADOS

Nas informações coletadas, foi empregada a análise documental e o grupo focal, levando-se em consideração as três finalidades apontadas por Minayo (2000, p. 198-199):

- a) a primeira é *heurística* e propõe-se a uma atitude de busca a partir do próprio material coletado;
- b) a segunda é de "administração de provas" que parte de hipóteses provisórias, as informa ou as confirma e levanta outras; e
- c) a terceira que é de ampliar a compreensão de contextos culturais com significações que ultrapassam o nível espontâneo das mensagens.

É importante, ainda, considerar as estratégias que Minayo (2000) coloca em relação às categorias de análise enquanto possibilidade de enriquecer o processo de compreensão do material coletado:

- Aprofundamento, que nos permite aumentar o conhecimento a respeito dos dados obtidos e a descobrir novos ângulos;
- Ligação dos aspectos inicialmente identificados com outros itens, estabelecer relações e associações, combinando-os, separando-os ou reorganizando-os;
- Ampliação do campo de informação, identificando os elementos emergentes que precisam ser mais aprofundados.

Assim, o processo de análise teve início com a construção das categorias aqui denominadas como eixos temáticos de análise.

Optou-se então por trabalhar com categorias analíticas e categorias empíricas, sendo a primeira definida *a priori* e a segunda extraída a partir da manifestação empírica dos dados da realidade. As categorias empíricas foram então agregadas com base nas categorias de análise definidas anteriormente.

As categorias foram cruzadas com os contextos institucionais levantados, quais sejam: natureza jurídica das escolas e a existência ou não de experiência anterior.

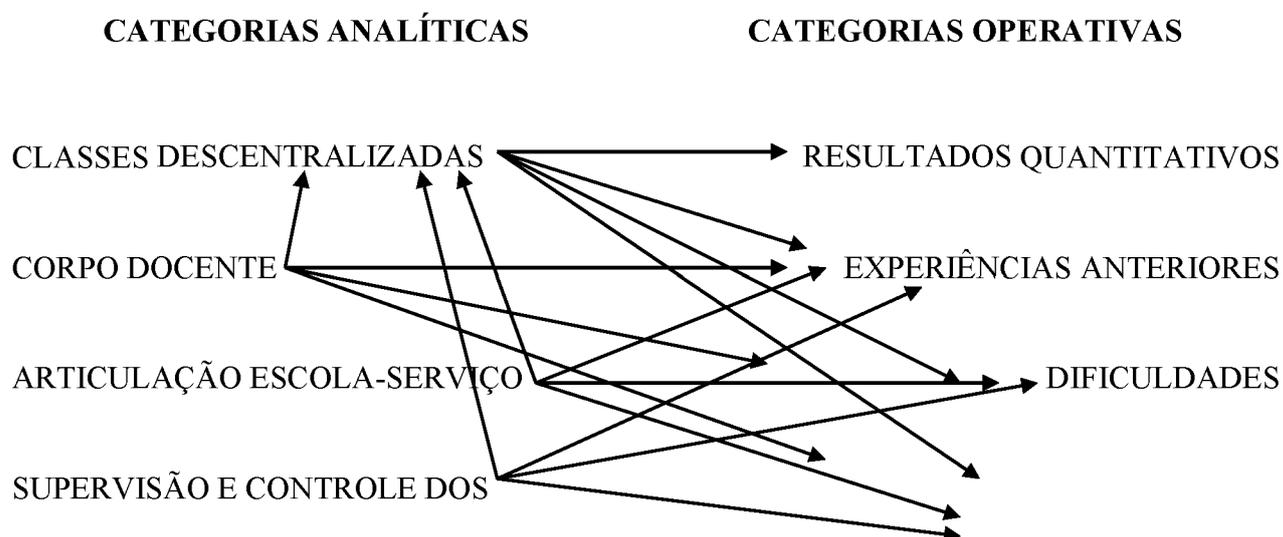
a) A análise do resultado dos grupos focais

Para a análise dos debates realizados nos grupos focais, para extrair as categorias empíricas, foi necessário inicialmente a transcrição das fitas K-7 o que foi solicitado a uma pessoa externa. A transcrição foi feita na íntegra. Além das transcrições, foram consultadas, com bastante freqüência, as anotações realizadas durante os debates nos grupos, pelo observador.

Após a transcrição, foi reconstituído os debates por escola e extraído as categorias empíricas, conforme cada uma das categorias de análise. Isto foi importante para a análise da reflexão da escola sobre sua própria experiência. Devido ao excesso de conteúdo transcrito pela tendência da descrição e relato das experiências presentes na maioria dos grupos e, principalmente, das entrevistas individuais, esta reconstrução foi a que tomou a maior parte do tempo, tendo de ser refeita quatro vezes, até chegar ao ponto que facilitou a compreensão dos relatos.

Em seguida, cruzou-se a análise de cada escola com as demais, o que possibilitou a apreensão do que chamei de paridade e disparidade, ou seja, do que era semelhante, do que repetia e do que era específico de cada uma. Neste momento a volta a transcrição integral dos debates foi um contínuo para desvelar o contexto, o conteúdo, as contradições e os sentidos em cada fala.

Para o cruzamento entre as categorias analíticas propostas para o estudo e as categorias operativas, o esquema abaixo sintetiza esta dinâmica.



b) Análise da base de dados do SIG-PROFAE

A análise da base de dados do Sistema de Informações Gerenciais (SIG-PROFAE) foi bastante complexa e, portanto, um tanto quanto difícil causando surpresas, desvelando um primeiro sinal de que mesmo tendo acesso aos dados gerados pelo PROFAE como frutos do meu próprio trabalho, havia pouca intimidade com eles, principalmente, em seu estado bruto. Foi necessário um certo debruçamento sobre a base e sobre os dados gerados para superar o primeiro impacto e a primeira sensação de estranhamento.

O SIG-PROFAE é uma ferramenta criada para auxiliar o acompanhamento e controle da execução física do Projeto. Foi desenvolvido com base na arquitetura WEB, podendo desta forma ser acessado por qualquer usuário de qualquer lugar, desde que conectado à Internet. Funciona *on line* 24 horas por dia, inclusive finais de semana e feriados. Utiliza Banco de Dados *Oracle* e Plataforma de Aplicação *Microsoft* (ASP). Atualmente, está em sua segunda versão, com mais funcionalidades agregadas. Possui 1.500 usuários cadastrados em todo o Brasil, distribuídos entre Operadoras, Executoras, Agências Regionais e Ministério da Saúde, todos responsáveis pela alimentação e manutenção das informações inseridas. Controla um cadastro de 430.000 trabalhadores da área de enfermagem distribuídos em 5.422 municípios. Gera relatórios gerenciais, afim de fornecer indicadores em nível macro e micro acerca da execução física do projeto.

A base de dados do SIG-PROFAE possui sua agregação de informações organizada pela lógica administrativa (alunos cadastrados, distribuição por município, por UF, e as diferentes situações que podem estes serem encontrados) e um dispositivo que a operacionaliza e administra. A lógica do sistema é voltada para os processos administrativos e as análises destes dados passam a ser procedimentos bastante complexos, tendo em vista que não é possível pela sua simples extração. É necessário estabelecer critérios de agregação.

Uma das características da base de dados que complexificam sua análise é conferida pela dinamicidade e instantaneidade de atualização. Como tratam-se de dados da execução diária e como o SIG-PROFAE é um sistema *on line*, acessado por todos os executores e instâncias supervisoras ao mesmo tempo, a todo o momento os dados atualizam-se.

Como os dados são resultados de um processo de qualificação profissional que tem a duração em meses e até um ano, defini como estratégia para dar conta desta dinâmica, a extração dos dados ao longo dos anos de 2000, 2001, 2002 e 2003, definindo-se como limite de tempo, o mês de junho de 2003.

No entanto, esta estratégia ainda era insuficiente para vencer a armadilha do sistema porque as datas de entrada e saída dos alunos eram diferentes entre as escolas e, acrescido a já referida instantaneidade na atualização, estabeleci os momentos em dias e meses. Os meses de junho e dezembro e os dias 30 de cada um destes meses foram os definidos para a extração dos dados. Para a tomada destas decisão contei com a colaboração da equipe de informática do Projeto, responsável pelo gerenciamento e pelo desenvolvimento do sistema.

Para a agregação dos dados para a análise, foram estabelecidos os seguintes critérios: o número de trabalhadores cadastrados, de alunos matriculados no curso, de turmas sendo executadas, e suas respectivas distribuições por municípios. Em relação ao número de turmas, ainda as desagregamos em municípios da capital e do interior para visualizar melhor a capilaridade da execução.

Além destes, foram extraídos o número de formados em cada período, sua distribuição por municípios, e ainda, a relação destes entre capital e interior, e o número de escolas atuando em cada período.

4.4- APRESENTAÇÃO DA ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A partir da leitura do referencial teórico e dos editais de licitação das escolas e das agências regionais, bem como os contratos com estas instituições e demais documentos orientadores da política, defini as categorias de análise e as dimensões do PPP.

Serão apresentadas cada uma das categorias de análise do estudo e a forma como elas aparecem no conjunto de escolas do estudo. Para um melhor entendimento dos achados em cada uma das categorias, será analisado como aparece enquanto indução do Ministério da Saúde e como resposta da escola. Ao final, retomaremos o esquema acima para a análise das inter-relações entre as categorias no PPP das escolas.

a) Classes descentralizadas

A análise desta categoria, foi realizada em três planos. Um primeiro plano, o que dizem os documentos oficiais no sentido de direcionar as escolas para esta estratégia. No segundo plano, estão os resultados produzidos pelas escolas no Brasil como um todo, no estado de Minas Gerais e pelas escolas do estudo. Por fim, no terceiro plano, as dificuldades e aprendizados e mudanças relatadas pelas escolas creditados a esta experiência.

- **A indução do Edital**

Enquanto diretiva dos Editais do PROFAE (Anexo II) é possível afirmar que esteve presente ao longo dos três anos de execução e ganhou, a partir do segundo ano, mais força. Aparece primeiramente como estratégia opcional, na forma de “o curso deverá ser oferecido de forma preferencialmente descentralizada”, o que dá a escola oportunidade de aderir ou não. Em outro momento do mesmo Edital, é fator de competitividade entre as escolas proponentes, de três formas: atribui-se pontos ao projeto da escola que se propõe a oferecer turmas descentralizadas; atribui-se pontos ao projeto que atender aos maiores quantitativos de alunos cadastrados; e, novamente atribui-se pontos àquela escola que atender ao maior número de municípios do estado. Quantificando esta estratégia, é possível afirmar que pelo menos nos dois últimos anos (2001 e 2002), na avaliação dos projetos apresentados pelas escolas, 22,5% da pontuação eram referentes a sua disposição em executar turmas de forma descentralizadas atendendo desta forma grandes quantidades de alunos que estavam distribuídos em muitos municípios.

Os resultados que o PROFAE (Anexo III) obteve no Brasil até junho deste ano sinalizam para o êxito desta estratégia. Os trabalhadores previamente selecionados, estavam distribuídos em 97,5% dos municípios brasileiros (5.420). Pela análise dos

Editais também é possível observar outras estratégias formuladas para atender esta base territorial: a criação da Operadora, entidade que poderia agregar na forma de subcontrato até cinco escolas executoras e a mobilização de escolas com menor capacidade de atender a grandes quantidades de alunos.

A primeira tem estado presente em todos os anos e possibilita a participação de escolas públicas com baixa ou ausência de autonomia administrativa para gerir recursos, além de possibilitar a participação de escolas menores e localizadas em municípios do interior do país. A segunda, possibilita igualmente a participação de escolas mais interiorizadas e com menores capacidades de atender a grandes quantidades de alunos, mas que tem autonomia para gerir recursos financeiros. Esta última beneficia tanto escolas públicas como privadas.

Os resultados apresentados no Anexo III apontam que houve um aumento no número de escolas do primeiro para o segundo ano, e depois uma queda no número de escolas participantes. Isto explica-se tendo em vista que os processos licitatórios e as contratações das escolas são realizados em diferentes momentos e, a medida que novos contratos vão sendo estabelecidos, também vão sendo encerrados outros, cujos alunos já foram certificados.

No entanto, os resultados apontam que em que pese o número de escolas tenha aumentado, **a estratégia de indução de execução de turmas de forma descentralizada**, foi a mais significativa ao longo dos três anos. De 272 turmas no final de 2000, passou a 1.371 em junho de 2001, 2103 em dezembro de 2001, tendo seu pico máximo em junho de 2002 quando chegou-se a 5507 turmas. Ou seja, em meados do ano de 2002, o conjunto de escolas (231) atendeu a 4.037 municípios, que perfazem 72% dos municípios brasileiros. Destaca-se ainda que estas turmas funcionaram em 1.827 municípios (32,9% dos municípios brasileiros) sendo 77,4% delas em municípios do interior do Brasil, e 22,6% nas capitais.

Nos demais períodos, o número de turmas descentralizadas começa a diminuir, mas ainda assim, segue como destaque na execução dos cursos.

Ainda como resultado desta estratégia, está o número de formados e sua distribuição por municípios. Em junho de 2003, ano seguinte ao momento em que o projeto esteve em seu pico máximo de execução, contava-se com 97.349 trabalhadores formados nos cursos, os quais estão distribuídos em 3.573 municípios brasileiros

(distribuídos em 64,2% dos municípios brasileiros) sendo que 69,9% deste formados provinham de municípios do interior do país e 30,0% das capitais.

No estado de MG, o número de trabalhadores cadastrados estava distribuído em 847 municípios, o que perfaz um total de 99,3% dos municípios do estado, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Teve seu pico máximo de execução em junho de 2002 quando tinha 22 escolas atuando, com 586 turmas e atendendo a trabalhadores provenientes de 685 municípios (80% dos municípios do estado). As turmas foram executadas em 211 municípios (24,7% dos municípios do estado), sendo 83,4% delas em municípios do interior do estado e 16,6% na capital.

Em termos de alunos formados, em junho de 2003, 14.174 alunos estavam formados, os quais estão distribuídos em 608 municípios (71,3% dos municípios do estado). Destes alunos formados, 80,4% estão distribuídos em municípios do interior do estado e 19,5% estão na capital.

Análises realizadas sobre a base de dados do Censo Escolar 2001 do INEP/MEC, indicam a existência de 2.334 estabelecimentos que atuam com educação profissional de nível técnico em todas as áreas da economia do país, dos quais 785 (33,6%) oferecem pelo menos um curso de educação profissional na área de saúde, sendo que destes, a grande maioria (570 ou 72,6%) constituem a estrutura de formação da subárea de enfermagem no país (LIMA *et al.*, 2002). Os cursos da área de enfermagem vem em primeiro lugar em termos numéricos, ou seja, são 687 os cursos oferecidos no país, o que perfaz um total de 57,5 % dos cursos na área de saúde ofertados em todo o Brasil.

As escolas que formam profissionais de nível técnico em enfermagem são, em sua grande maioria, instituições particulares (84,7%), sendo somente 15,3% das escolas, públicas federais, estaduais e municipais e estão concentradas majoritariamente nos estados da região sudeste. Das 687 escolas, 27 estão na região norte, 77 estão na região nordeste, 471 estão na região sudeste, 70 localizam-se na região sul e 22 localizam-se na região centro-oeste.

Em que pese na análise do Censo Escolar 2001 os autores tenham encontrado falhas principalmente com subregistro das escolas públicas, estes indicativos são suficientes para demarcar a situação das escolas que formam auxiliares e técnicos no Brasil.

Segundo Lima, os dados do Censo Escolar 2001 ainda permitem traçar a situação do número de alunos formados nestes cursos, indicando que em 2001, 71.691 alunos matricularam-se em cursos de nível técnico de enfermagem, sendo este quantitativo 66,6% do total de matrículas de alunos em cursos de nível técnico para toda a área de saúde. A procura também tem sido maior pelo curso de técnico de enfermagem e em segundo lugar o curso de auxiliar de enfermagem. Este fenômeno pode ser explicado porque a partir da regulação do itinerário da formação feita pelo Parecer n. 10/2000, o nome do curso é Técnico de Enfermagem. Além disso, pode ser um indicativo de que a escolaridade da população requerente tinha aumentado.

Estes resultados do Censo Escolar 2001 do INEP que apontam para concentração das escolas nas regiões sul e sudeste, seu número reduzido no Brasil, bem como a baixa oferta de cursos na área de saúde, explica o baixo fluxo de entrada e saída das escolas no PROFAE e para a constância e permanência de um grupo de escolas ao longo dos três anos da execução do PROFAE. Esta constatação já vinha sendo observada durante a operacionalização do Projeto, e agora sinalizam para a seguinte questão: dada a baixa oferta de cursos e a pouca quantidade de escolas de formação profissional de nível técnico na área de saúde e os resultados obtidos pelo Ministério da Saúde com a indução para que as escolas ofertassem os cursos de forma descentralizada, é possível dizer que a estratégia como exitosa? Em se considerando a estratégia com êxito, poderia ser esta uma proposta constante do MS para sua política de gestão de formação de professores de nível técnico?

É importante citar, ainda, que o conjunto de escolas participantes do PROFAE é de natureza jurídica privada, em sua maioria, públicas estaduais (Escolas Técnicas Estaduais ligadas as Secretarias Estaduais de Saúde) públicas federais (universidades), do Sistema S e escolas sindicais. Os dados são semelhantes ao encontrado pelo censo do INEP realizado em 2002.

- **O desempenho das escolas do estudo**

A primeira coisa a ser colocada é a caracterização das escolas da pesquisa e as características que dão unicidade e identidade entre elas. Foram 7 escolas pesquisadas, 3 delas públicas (uma estadual e duas federais) e quatro delas privadas.

Quadro 3- Perfil das escolas do estudo, Brasília, 2003.

Escola	Experiência anterior em descentralizar turmas	Natureza jurídica	Meta proposta em nº de alunos	Meta atingida em nº de alunos formados	Percentual da meta atingida	Número de municípios atendidos com alunos formados
A	Não	Privada	484	361	75%	13
B	Não	Privada	4717	2740	58%	119
C	Não	Privada	1871	1618	86%	122
D	Não	Sistema S	6036	2229	37%	126
E	Sim	Pública Estadual	4087	1989	49%	106
F	Sim	Pública federal	1464	1048	72%	45
G	Sim	Pública estadual	5997	3277	55%	183

Fonte: Elaborado a partir da análise dos dados do SIG-PROFAE.

O fenômeno da descentralização da execução dos cursos de qualificação profissional aparece nas sete escolas da seguinte forma: as três escolas públicas (E, F e G) tinham experiência anterior em execução descentralizadas de cursos e as quatro escolas privadas não tinham nenhuma experiência anterior semelhante. A escola B relatou criação de escolas em outros municípios, na modalidade filial, mas afirmam que da forma como foi proposto não tinham experiência.

Em que pese a existência ou não de experiência anterior, todas as sete escolas "ousaram descentralizar", apresentando resultados em termos de municípios atendidos (municípios onde residiam os alunos que fizeram o curso na escola), turmas realizadas de forma descentralizadas (em municípios fora da sua sede) e número de alunos formados bastante significativo em relação aos resultados alcançados no estado de Minas Gerais, conforme pode ser visto no Quadro 4.

Quadro 4- Municípios atendidos pelas escolas de Minas Gerais, Brasília, 2003.

Escola	Experiência anterior em descentralizar turmas	Natureza jurídica	Número de municípios atendidos com alunos formados	Número de municípios com alunos formados no estado de MG	Percentual de municípios c/ alunos Formados pela escola
A	Não	Privada	13	608	2%
B	Não	Privada	119		20%
C	Não	Privada	122		20%
D	Não	Sistema S	126		21%
E	Sim	Pública Estadual	106		17%

F	Sim	Pública federal	45		7%
G	Sim	Pública estadual	183		30%

Fonte: Elaborado a partir da análise dos dados do SIG-PROFAE.

Quadro 5- Alunos formados pelas escolas no estado de Minas Gerais, Brasília, 2003.

Escola	Experiência anterior em descentralizar turmas	Natureza jurídica	Número de alunos formados	Número de alunos formados no estado de MG	Percentual de município c/ alunos formados pela escola
A	Não	Privada	361	16.953	2%
B	Não	Privada	2740		16%
C	Não	Privada	1618		10%
D	Não	Sistema S	2229		13%
E	Sim	Pública Estadual	1989		12%
F	Sim	Pública federal	1048		6%
G	Sim	Pública estadual	3277		19%

Fonte: Elaborado a partir da análise dos dados do SIG-PROFAE.

As escolas privadas, sem experiência anterior, atenderam a 62% do total de municípios abrangidos pela soma das sete escolas, formando 55% do total de trabalhadores formados até junho de 2003 pelas sete escolas, e executando 35% do total de turmas executadas em municípios fora da sede, pelas sete escolas.

Resultado semelhante pode ser visualizado em relação as escolas públicas com experiência anterior em executar cursos de forma descentralizada. Mesmo em menor número, 3 escolas, atenderam a 46% do total de municípios atendidos pela soma das sete escolas, formando 55% do total de alunos que foram formados pela soma das sete escolas.

- **As dificuldades da implementação das classes descentralizadas**

Quadro 6- As dificuldades da implementação das classes descentralizadas, Brasília, 2003.

Escola	Experiência anterior em descentralizar turmas	Natureza jurídica	Dificuldades da implementação
A	Não	Privada	"não tínhamos experiência anterior mas não isto não foi uma dificuldade importante"
B	Não	Privada	"A dificuldade foi a falta de experiência da escola, as distâncias..."; "não conhecer a dinâmica da descentralização".
C	Não	Privada	"o projeto era muito ousado e sem orientação"
D	Não	Sistema S	"a estrutura rígida da instituição foi o maior desafio".
E	Sim	Pública Estadual	"somos pioneiros na execução descentralizada"

F	Sim	Pública federal	"a escola tinha uma experiência anterior mas nossa participação era só na discussão e planejamento".
G	Sim	Pública estadual	"o curso nasceu descentralizado"

Fonte: Elaborado a partir da análise dos debates nos grupos focais.

As três escolas com experiência anterior em descentralizar apresentam diferenças no que se refere à apropriação das experiências anteriores. As escolas E e G, além de descreverem as experiências e explicitarem os resultados anteriores com esta estratégia, relatam como um dos principais aspectos facilitadores todas as articulações realizadas anteriormente com gestores municipais, o conhecimento com os enfermeiros dos serviços e o desenvolvimento de metodologias apropriadas para a descentralização. Colocações tais como "o curso já foi criado para ser executado de forma descentralizada" porque está pautado na articulação educação e trabalho e isto se faz com integração entre a escola e os serviços, representam bem a acumulação de experiências anteriores.

Também há reflexão crítica sobre o aprendizado adquirido chegando a ser colocado os aspectos facilitadores nesta recente experiência, que não existiram anteriormente, tais como financiamento pelo MS e não pela prefeitura ou estado, divulgação ampla do Projeto facilitando as negociações com atores e instituições.

Entretanto, a escola F relata que não houve apropriação pela equipe que ficou a frente desta experiência com o PROFAE, das experiências anteriores de execução descentralizada. E isto aparece como um aspecto dificultador e, posteriormente, como um avanço da instituição e "aprendizado" da equipe, o fato de mesmo sem saber como enfrentar este desafio, aceitá-lo e obter êxito.

As demais escolas, que não possuíam experiência anterior, são unânimes em colocar esta experiência em executar de forma descentralizada como dificuldade inicial e como aprendizagem para esta, principalmente, no que se refere a planejamento da execução e negociação com gestores municipais e dos serviços. Além disso, relatam o aumento da visibilidade da escola na região, principalmente junto aos gestores municipais de saúde e Secretaria Estadual de Educação, o aumento da credibilidade, a ampliação da clientela e da oferta de cursos na área de saúde, inclusive cursos de graduação (especialmente a escola B).

A estratégia das **classes descentralizadas**, pode ser concebida como a execução curricular fora da sede da escola. Esta estratégia teve origem na década de 80 com a criação das Escolas Técnicas e Centros Formadores de Recursos Humanos para a Saúde, instituições educacionais vinculadas às Secretarias Estaduais de Saúde. A idéia era criar uma escola voltada para atender aos trabalhadores inseridos nos serviços de saúde com todas as suas características e aos gestores do SUS conforme as necessidades e demandas dos serviços de saúde.

"A escola, em vez de ser uma escola endereço, passa a ser uma escola função...ao invés do aluno ir todos os dias para a escola em horários programados, a escola é quem iria ao aluno, no seu ambiente de trabalho. O docente, em vez de ser um cargo, passa a ser uma função. Nessa concepção de escola função é que se baseia toda a descentralização dos cursos, a busca de atender às necessidades do cliente trabalhador e do cliente gestor dos municípios mais distantes" (CASTRO, 2002; p. 60)

Torrez (1995) localiza esta proposta nas estratégias de ensino por "delegação". Segundo Torrez, foi no Parecer CFE n. 699/72 que tratava sobre a doutrina, filosofia e características do ensino supletivo e que propunha a escola "função" como contraponto a escola "endereço" que encontrou-se a legalidade necessária na legislação educacional.

Sobre esta legislação, uma das idealizadoras desta escola coloca que "todas as aberturas que estão nessa nova Lei já estavam no Parecer 699. Agora, por preconceito, os educadores diziam que aquilo era uma escola de segunda categoria. Eles não viram a abertura e a flexibilidade que dava o Parecer 699, mas eu vi!" (CASTRO, 2002; p. 22).

As primeiras escolas com estas características de escola "função" foram portanto as escolas técnicas ligadas às Secretarias de Estado da Saúde e que tinham abrangência estadual. Para esta abrangência estadual, era necessário uma execução descentralizada para os municípios, tal qual o ideário do SUS. Torrez transcreve o que diz o Parecer CEDERJ n. 150/90 fls. 3, do Conselho Estadual do Estado do Rio de Janeiro, que coloca que a execução da escola será descentralizada nas unidades assistenciais, nos diversos municípios, como forma de habilitar e qualificar os servidores, apoiando o processo de municipalização. A época era uma experiência inovadora por isso teria o caráter "experimental".

Esta proposta, na época em que teve início, representou conquistas importantes que foram destacadas por Torrez, principalmente a oportunidade dada pela "abertura" na regulação do ensino supletivo e no caráter experimental, ambos possibilitados respectivamente pelo Parecer n. 699/72 e Lei n. 5.692/71; na descentralização dos cursos na rede de serviços, nas regionais de saúde, ou regiões do Estado como "estratégia de democratização do ensino e assistência entre outras.

A estratégia de execução das classes descentralizadas também foi implantada no Estado de São Paulo, no então denominado Projeto Classes Descentralizadas, 17/10/88, e tinha como característica formal a instalação de turmas de Auxiliar de Enfermagem, conforme a necessidade local de formação. Segundo Bento e Bueno (1998), a proposta do Projeto Classe Descentralizada não se referia a uma "experiência pedagógica", sendo sua principal característica de inovação a organização escolar que esta induz. Esta estratégia, segundo as autoras, necessita de uma organização escolar flexível, maleável, aberta a diferentes propostas de horário, de estágio, de distribuição de carga horária, de duração do período letivo e outros.

Esta estratégia de atuação da escola, tanto pode ser localizada na dimensão político-administrativa quanto técnico-pedagógica do seu PPP. Para Veiga, ao constituirmos nossos projetos de escolas, planejamos o que temos intenção de fazer, de realizar. Lançamo-nos para diante, com base no que temos, buscando o possível.

O PPP, portanto, deve contemplar a organização do trabalho pedagógico em dois níveis: organização da escola como um todo e organização da sala de aula, incluindo sua relação com o contexto social imediato, procurando preservar a visão da totalidade, envolvendo tanto os aspectos administrativos quanto os aspectos do ensino-aprendizagem, articulados pelo objetivo único que é o desempenho escolar do aluno.

O PPP da escola de formação profissional técnica em saúde não pode ignorar, portanto, as características do trabalho em saúde, devendo contemplar em toda a sua formulação, as necessidades dos serviços e os trabalhadores. E, neste caso, incluir em todo seu "arcabouço filosófico, político e cultural" as questões relacionadas ao ideário de construção do SUS.

Esta estratégia, portanto, foi concebida pelo setor saúde a partir da reflexão crítica da sua realidade concreta, especialmente pela problemática questão dos profissionais sem qualificação específica que estavam inseridos nos serviços de saúde,

realizando ações de enfermagem. E como alternativa para se resolver esta questão, propôs-se a criação de escolas função, com capacidade de execução curricular descentralizada.

Esta estratégia vem ao encontro do ideário de operacionalização do SUS, que tem como proposta a municipalização da gestão e da oferta de serviços de saúde como estratégia de descentralização, o que ao ocorrer, coloca também para o município o desafio de "ordenar a formação de recursos humanos", conforme suas necessidades.

Esta proposta traz, em sua essência, a preocupação com a regularidade diante do sistema de educação, o qual ordena a criação de escolas e a oferta de processos educativos em geral. No entanto sua concepção prevê uma escola "flexível" e de "propriedade" do setor público de saúde, ou seja, como instituição que compõe a rede de serviços do sistema de saúde estadual, com capacidade para atender as necessidades de formação profissional de todos os municípios.

O desafio da proposta pode ser localizado em duas dimensões. Ao propor que o sistema de saúde interiorizasse em suas políticas a qualificação e formação de profissionais técnicos, mudando a concepção e as estratégias até então vigentes. Ou seja, abandonar a oferta de "treinamentos" e adotar a "construção de processos que oportunizassem futuros aproveitamentos de estudos e possibilidades de complementação" com vistas a adquirir aumento de escolaridade ou "processos educativos mais avançados" como estratégia da política (CASTRO, 2002; p. 57).

Era também desafiador ao sistema de educação, porque significava lidar de maneira positiva e incluyente com todo o seu arcabouço legal e institucional de regulação do acesso ao saber sistematizado e historicamente acumulado (FRIGOTTO, 1984).

Na implementação do PROFAE, o que ocorre é uma extensão desta estratégia para todas as demais escolas técnicas do país, independente da sua natureza jurídica, da sua missão institucional, do seu PPP, de suas formas "flexíveis" de atuar. Com a promulgação da Lei n. 9.394/96 e a autonomia dada às escolas, parecia ser uma estratégia possível de ser proposta a todas as demais escolas técnicas.

A escola tendo autorização pelos órgão de regulação do sistema de educação, o contrato com o MS, e sendo os repasses de recursos financeiros diretamente deste para

a escola, por certo teria uma ampliação da sua autonomia e das condições de oferta dos cursos à demanda já levantada nos municípios.

Ocorre no entanto, que a ausência de experiência anterior e de acumulação e reflexão sobre esta experiência, aparecem como dificuldades importantes, capazes de desestabilizar práticas e processos previstos na dimensão político-administrativa do PPP mas pouco experimentados e nunca experimentados antes pela escola. Exemplos concretos dos desafios da escola podemos citar “a busca pela infra-estrutura educacional suficiente para a execução das classes fora da sede, seja alugando espaço físico, seja negociando espaços com gestores municipais de saúde e educação; a responsabilização por uma base territorial ampla; o enfrentamento das grandes distâncias entre a sede da escola e os municípios sede de turmas”²².

Outros desafios colocados a escola com a execução de classes descentralizadas, os quais localizamos na dimensão técnico-pedagógica do seu PPP, especialmente naquelas sem experiência anterior em descentralizar, podem ser traduzido como enfrentamento de contextos desconhecidos, com a ampliação da sua base “instituinte”. O PPP como marco referencial, contém a intenção da escola e uma programação de atividades elaborados a partir do diagnóstico de uma realidade, tendo então esta que fazer a mediação entre sua intenção e a realidade a ser trabalhada.

Neste caso, a escola primeiro elabora um plano de trabalho desconhecendo a realidade tanto da política de saúde do país, quanto dos municípios onde os alunos trabalham ou residem, porque ela só poderá obter estas informações no momento em que vai implementar sua proposta pedagógica. O instituído está no papel, é sua referência, mas não “garante a travessia”. O instituinte está carregado de incertezas, e tendo o instituído mais bem delineado, a tomada de decisões é mais acertiva e mais facilitada.

Nos dois últimos anos, as escolas parecem já ter adquirido experiência com a implementação das suas propostas pedagógicas e as dificuldades já lhes são familiar. Alguns relatos do grupo focal denunciam esta percepção.

- “a escola ganhou muito quando implementou o que realmente colocou na proposta apresentado ao Ministério da Saúde” (escola A);
- “o processo de execução melhorou muito no segundo contrato” (escola F);

²² Exemplos extraídos das anotações no Diário de Pesquisa de Campo (2003; p. 10), realizadas durante os grupos focais.

- “houve aprendizado no processo, principalmente sobre o planejamento. Na segunda fase foi bem melhor que a primeira” (escola G).²³

A descentralização da execução apresenta riscos de perda da identidade escolar e da sua unicidade, o que é bastante agravado, quando a escola não possui um projeto pedagógico construído de forma coletiva ou pelo menos bem apropriado por todos os que participam da sua implementação. Neste caso, a execução das classes descentralizadas, além de pouca sustentação, passa a ser o cumprimento de um contrato, de uma exigência do Ministério da Saúde, causando bastante confusão e desestabilizando o cotidiano escolar. Transcreverei uma das falas que melhor representa isto:

“quando as equipes escolares têm que se sentir PROFAE, eles se sentem escola, e quando têm que se sentir escola, eles se sentem PROFAE. A equipe da escola não sabe diferenciar o que faz parte do projeto e o que faz parte da escola (...)”²⁴

Nas escolas com experiência já cristalizada em oferecer cursos de forma descentralizada, observa-se a luta constante pela manutenção da identidade da proposta pedagógica e da sua autoria. “Temos insistido com os alunos e professores para esclarecer que o curso é da escola e o PROFAE é o projeto que financia”. A diferença entre as falas é o grau de clareza das equipes escolares quanto a esta diferença e a forma como encaram esta questão.

A estratégia de execução curricular descentralizada passa a ser não uma opção, mas a que melhor se adequa às especificidades dos trabalhadores dos serviços de saúde e dos gestores dos municípios e dos serviços. No entanto, exige-se também que os PPP das escolas que implementam esta estratégia tenham consistência e maturidade em sua dimensão técnico-pedagógica; flexibilidade e agilidade na sua dimensão político-administrativa para não virar mera repetição e não ficar a cargo do imprevisto diante dos contextos desconhecidos em que a escola precisa enfrentar, quer o demandante dos processos educativos seja o governo federal, o estadual ou o municipal.

Esta parece ser uma estratégia que desafia a escola e o serviço de saúde a trabalharem em parceria. O trabalho em saúde com suas especificidades passa a ser o

²³ Falas colocadas durante o debate nos grupos focais realizados com os representantes das escolas de MG

²⁴ Fala de um dos participantes dos grupos focais realizados pela autora.

determinante do trabalho educativo escolar; o trabalhador e o gestor da saúde são os clientes da escola; a realidade de trabalho da saúde e seus determinantes problematizados são os subsídios para a proposição dos processos educativos; a intencionalidade dos processos educativos passa a ser proporcionar ao trabalhador da saúde a reflexão crítica sobre a sua realidade de trabalho e seus determinantes; a finalidade do processo educativo é a mudança das práticas de saúde e do processo de trabalho em saúde; a escola é a parceira privilegiada do gestor do serviço; o sistema de educação é o interlocutor privilegiado do sistema de saúde; ambas as políticas sociais – saúde e educação – são interligadas em sua essência.

b) Articulação escola-serviços de saúde

• A indução do Edital

A exigência do Edital indicava necessidades de atendimento de aspectos burocráticos nesta relação entre a escola e o serviço, especialmente baseadas nas necessidades de regularidade perante o sistema de ensino – “conter plano de estágio contemplando as instituições onde serão realizadas as práticas supervisionadas, objetivos e metodologias de ensino-aprendizagem propostas, bem como habilidades e competências a serem desenvolvidas no campo, formas de avaliação e integração com a instituição (...)”– e das regulamentações do Conselho Federal de Enfermagem sobre a relação enfermeiro/aluno nos campos de estágio – “os estágios supervisionados deverão ocorrer com a supervisão de 01 enfermeiro/supervisor para no máximo 10 alunos, respeitadas as especificidades da Legislação Estadual e dos diferentes locais de estágio (...)”.

A exigência de formalidades na relação entre escolas e serviços é prática tradicional e sustenta-se em bases que regulamentam o trabalho das escolas, os cursos de formação profissional de auxiliar e técnico de enfermagem e o exercício profissional dos enfermeiros.

O Quadro 7 apresenta dados referentes às dificuldades e aprendizagens das escolas na relação com os serviços de saúde.

Quadro 7 - Dificuldades e aprendizados das escolas na relação com os serviços de saúde, Brasília, 2003.

Escola	Natureza jurídica	Dificuldades	Aprendizados
A	Privada	Condições precárias dos serviços levando a campos de estágio inadequados; "em alguns municípios não tinham campos para áreas específicas e em outros, dependia de um momento político forte para abrir estes campos; os gestores eram indiferentes neste processo.	- Quem facilitou a entrada dos alunos nos campos de estágio foram os enfermeiros do serviço que já trabalhavam com a escola.
B	Privada	"Gestor municipal do município sede da turma dificulta a realização dos estágios levando a escola a fazer mudanças para outros municípios"; Mas no interior o principal problema são as condições dos serviços, diferente da capital que o problema é pela grande concentração de escolas concorrendo pelo mesmo campo; Outro problema é o período eleitoral..	"observar, aprender e trabalhar por região ou município"; "Aguardar os momentos políticos locais"; "estabelecer parcerias com as secretarias municipais de saúde".
C	Privada	Baixo envolvimento dos gestores municipais por desconhecimento do PROFAE; Campos de estágio saturado pela demanda geral em Belo Horizonte; no interior também teve problema de falta de liberação do aluno pelo gestor; "grande problema no final do contrato foi o campo de estágio em virtude da descentralização p/ Belo Horizonte por serem as escolas do interior"; Inabilidade política da equipe da escola de negociação para os campos de estágio das turmas descentralizadas.	
D	Sistema S	"municípios sem infra-estrutura adequada que fez com que a OP levasse os alunos a outros municípios com melhores estruturas.	- Habilidade para negociar com os gestores.
E	Pública Estadual	"as exigências que o PROFAE fazia não tinha jeito de atender porque o município...as condições eram muito precárias".	Consolidamos nossa articulação já existente com os gestores municipais de saúde; Foi possível adaptar o projeto pedagógico a realidade de saúde dos municípios.
F	Pública federal	"Os campos de estágio eram disponíveis mas em condições precárias.	- No segundo anos já foi bem melhor a negociação com os gestores; aprendemos a respeitar o espaço do outro.
G	Pública estadual	No interior tem-se problema pela falta de campos de estágio e na capital o problema é a concentração de turmas todas ao mesmo tempo concorrendo pelo campo; Gastamos um ano do nosso tempo e não foi possível assinar o convênio pela burocracia da instituição.	A negociação com os gestores municipais é mais fácil porque temos mais autonomia e as relações são menos burocráticas do que na capital.

Fonte: Elaborado a partir dos debates nos Grupos Focais.

As sete escolas da pesquisa apontam dificuldades em relação a implementação dos estágios supervisionados, obrigatórios nos cursos. As dificuldades são principalmente de duas naturezas: a precariedade dos serviços dos municípios do interior, a saturação dos serviços de saúde da capital pela concorrência com outras instituições e pelo excessivo número de alunos ao mesmo tempo para ir para campo de estágio, e ainda, a dificuldade de negociação com os gestores municipais de saúde, pela pouca importância dada a qualificação do seu pessoal principalmente agravada no período eleitoral.

Sobre esta última, há diferentes relatos entre as escolas, principalmente no que se refere a negociações com gestores dos serviços da capital em que o peso do nome da instituição aliado a sua flexibilidade e a capacidade de negociação do seu representante são os balizadores do êxito ou não da negociação. Isto é percebido por exemplo pelo relato da escola G, instituição de grande porte e com reconhecimento inquestionável na região que não conseguiu estabelecer convênios pela burocracia da instituição proponente, enquanto que a escola D, que goza das mesmas prerrogativas, conseguiu resolver, em quinze dias, a inserção de 400 alunos em campos de estágio pela sua capacidade de negociação.

Os aprendizados por sua vez, são referentes à capacidade de negociação e de operacionalização dos campos de estágio, com destaque para um relato de natureza mais técnico-pedagógica sobre a adaptação do PPP à realidade de saúde do município.

A articulação escola-serviços de saúde está sustentada na relação educação-trabalho. No seu aspecto pedagógico está sustentada como estratégia proposta para a aprendizagem no serviço, no cotidiano concreto do trabalho, especialmente tratando-se de formação de trabalhadores já inseridos no serviço sem qualificação ou formação específica. Está sustentado no “trabalho enquanto princípio educativo central” e na “intencionalidade do processo de formação do trabalhador” como forma de intervenção na realidade do serviço de saúde, visando mudar as práticas de saúde e melhorar a qualidade do serviço prestado aos usuários.

Os princípios e as características balizadoras dos processos educativos em saúde vão além da articulação administrativa com os gestores para garantir e ampliar os campos de prática profissional supervisionada, configurando-se em uma estratégia importante para diminuir a dicotomia entre o pensar e o fazer dada pela fragmentação entre a teoria e a prática clássica no processo ensino-aprendizagem em educação profissional.

Na sua dimensão político-administrativa, é a âncora, a condição imprescindível para que a teoria e a prática se encontrem, se entrecruzem e sejam um contínuo no processo de construção do conhecimento, que vai se complexificando gradativamente. E aí está o *locus* da abertura da escola para ampliar sua comunidade escolar e sua busca pela cooperação institucional. Já a dimensão político-administrativa está relacionada ao como obter as condições necessárias para que se efetive as ações

definidas para a concretização da dimensão pedagógica: o modelo de gestão da escola, manutenção, calendário escolar, reuniões, organização do uso da biblioteca, entre outros.

No PPP da escola, localiza-se a complexa relação instituído-instituinte.

“Um projeto necessita sempre rever o instituído para, a partir dele, instituir outra coisa: tornar-se instituinte. Um projeto político-pedagógico não nega o instituído da escola que é a sua história, que é o conjunto dos seus currículos, dos seus métodos, dos seus atores internos e externos e o seu modo de vida. Um projeto sempre confronta o instituído com o instituinte” (GADOTTI, 2000; p. 35).

Além das normas, regras e leis do sistema de ensino, acrescentam-se os editais com suas diretivas e exigências, os contratos estabelecidos com suas metas, processos e resultados pactuados, a legislação da enfermagem com a regulamentação do exercício profissional dos egressos e a legislação e normatizações do SUS como o demandante da ação de formação e na absorção deste egresso. A relação da escola com o serviço de saúde é carregada de regulação que a tornam burocrática, pesada, distante e frágil. Uma proposta pedagógica ao ser implantada de forma articulada e integrada com o serviço de saúde precisa ser ousada para romper com tamanho arcabouço de regulamentos.

“O instituído e o instituinte são duas dimensões que devem ser trabalhadas dialeticamente, porque o instituído constitui a referência dos novos elementos que operam com o instituinte. É a partir do instituído que o projeto se constrói como instituinte. O grande desafio da escola ao construir seu projeto político-pedagógico é fazer conviver o instituído e o instituinte no interior de um movimento, de um mesmo processo. Por essa razão, é importante trilhar um caminho que dê importância a cada um desses elementos, sem dissociá-los.”(VEIGA, 2002; p. 10)

Os gestores e trabalhadores da saúde, suas realidades de trabalho e seus determinantes, devem compor a base instituinte do PPP da escola, como parte da sua comunidade escolar - corpo docente, discente, equipe escolar em geral. Significa trazer toda a rede de serviços de saúde com seus gestores, gerentes, funcionários, as instâncias do controle social, as instâncias de regulação do exercício profissional, entre outras, para os momentos nobres da escola: a formulação do seu PPP, do seu plano de trabalho.

As experiências e desafios colocados à escola de educação profissional ao trabalhar de forma articulada com os serviços de saúde apresentam diferentes

dimensões de poder instituinte. Ao induzir que os atores sociais da escola revisitem concepções e práticas pedagógicas e o próprio processo de organização do trabalho escolar, e ainda ao propor que esta trabalhe sob a lógica da construção do SUS e com a intenção de contribuir com a melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos, favorece os profissionais a executarem melhor as duas práticas.

É necessário, então, rever o já instituído no projeto da escola, dando espaço para a capacidade instituinte do novo, já que este é que oferece a base, a sustentação e a acumulação necessárias para qualquer inovação e (re)significação no cotidiano escolar.

Observa-se, no entanto, pelo relato das escolas e pelo que consta em seus PPP a dificuldade de pensar a integração ensino-serviço para além dos aspectos relacionados a ampliação e estabelecimento de acordos para campos de estágio para os alunos, mesmo nos editais, quando aparece como requisito técnico obrigatório. Somente no último edital houve uma ampliação do conceito que sustentava a exigência, colocando a necessidade do retorno ao serviço por meio de um plano de trabalho conjunto.

Mesmo as escolas com projetos pedagógicos mais avançados, que colocam o processo de trabalho em saúde como princípio educativo, nesta experiência ainda ocorre uma relação burocratizada entre a escola e o serviço. Isso pode ser notado em questões colocadas tais como "o gestor não libera o aluno para freqüentar o curso", "os gestores eram indiferentes neste processo", "o enfermeiro do serviço no interior foi o elemento facilitador e na capital foi o elemento dificultador", entre outras.

O que quero salientar, é que mesmo nos casos dos currículos integrados, nos projetos cujas metodologias eram problematizadoras, e nos locais em que os gestores e os enfermeiros dos serviços facilitavam a entrada dos alunos para fazerem o estágio, o projeto pedagógico das escolas foi formulado distante da reflexão necessária sobre o trabalho em saúde, com os trabalhadores e gestores da saúde. O trabalho em saúde é tido como determinante dos processos educativos, mas somente conceitualmente, e não como manifestação concreta da finalidade e intencionalidade da relação entre a escola e o serviço.

No caso das escolas deste estudo em que a maioria não faz parte da rede de serviços do SUS (somente uma é escola técnica do SUS), a dificuldade ainda é maior tendo em vista que as relações são tradicionalmente burocráticas entre a escola e os

serviços de saúde. Exige-se da escola o despojamento das suas formas tradicionais de atuação para buscar esta parceria, revendo sua programação *a priori*. Pelo lado dos serviços, exige-se também uma visão e entendimento ampliado sobre os problemas de saúde, seus determinantes e sobre a centralidade dos trabalhadores na qualidade e resolutividade dos serviços de saúde ofertados à população. Ou seja, neste trabalho interinstitucional, a essência está no planejamento de ações conjuntas e não na compra de serviços.

Isto é mais complexificado se considerarmos uma das características do setor saúde colocada por Pires (1998), sobre a composição do sistema de saúde brasileiro. Este está composto por instituições públicas e privadas. As instituições privadas, seguindo a lógica dos serviços comerciais, funcionam somente quando a relação custo/benefício for favorável aos proprietários. E os serviços públicos de saúde fazendo parte do sistema de proteção social, cuja decisão pela criação, ampliação ou redução dos mesmos, bem como a definição de políticas sociais, é o resultado da dinâmica do jogo político, o qual é um processo multideterminado. Ou seja, depende da dinâmica da economia, do saneamento econômico do Estado nacional e das unidades federadas e da capacidade dos grupos e classes fazerem valer, em cada momento, os seus interesses.²⁵

Isto explica os diferentes graus de dificuldades existentes na relação entre as escolas e os serviços de saúde na capital onde a relação público e privado é mais acirrada, sendo que a maior parte da assistência hospitalar é realizada por hospitais privados. Nos municípios do interior do país, os serviços de saúde são municipalizados, ou seja, o secretário de saúde municipal é o gestor responsável pela organização do sistema local de saúde, e os principais serviços oferecidos pelo setor público municipal referem-se a atenção básica à saúde. Mesmo em se tratando dos hospitais, estes

²⁵Sobre as constantes disputas políticas entre os seguimentos sociais, pela definição das políticas de saúde no Brasil, Pires (1998) nos coloca que "de um lado, estão as forças que defendem o direito à saúde e à vida, representadas pelos setores organizados dos trabalhadores de saúde, por entidades representativas dos trabalhadores e pelos demais movimentos organizativos das forças populares. De outro lado, estão os interesses do setor privado, o qual defende o exercício privado das práticas de saúde e sua regulação pelo mercado, mas deseja continuar beneficiando-se dos recursos públicos, seja pelo financiamento direto, mantendo-se como fornecedor de serviços para o Estado, seja buscando serviços na forma de isenção de impostos. O Resultado é que, apesar dos avanços, em termos de arcabouço legal, em direção a universalização da assistência, na prática verifica-se o predomínio dos interesses privados impedindo a implementação dos princípios constitucionais." (Pires, 1998:225)

geralmente são de médio e pequeno porte, e conveniados com o sistema municipal de saúde.

Sobre os termos serviço de saúde e ensino, o meu entendimento é de que o termos serviço e ensino remetem às instituições enquanto produtora de serviços educacionais e de saúde. Então, quando o ensino busca o serviço de saúde para que o aluno possa colocar em prática os conhecimentos adquiridos em sala de aula, de fato estamos buscando um laboratório para testar e possibilitar que ele pratique e ganhe mais habilidade e destreza nos procedimentos já ensinados no ambiente escolar. E esta é uma forma de tratar desta necessária relação entre a escola e o serviço de saúde. O que quero chamar atenção é que acredito que pensar ampliado sobre esta relação é também rever os conceitos e os termos utilizados para explicar e propor esta articulação.

Primeiro proponho que, ao invés de nos restringirmos a ensino e serviços, tratemos desta articulação de forma a aproximar a educação com sua organização enquanto sistema em rede e seu arcabouço legal, da saúde enquanto sistema com sua organização também em rede e seu amparo legal. Significa dizer que a articulação deve começar também no momento da proposição das políticas tanto de saúde quanto de educação, cujos executores finalísticos são as escolas e os serviços de saúde.

Segundo, proponho atualizar o termo ensino para escola quando nos referirmos aos processos educativos escolarizados ou educação, quando nos referirmos a processos educativos não escolarizados.

Terceiro, proponho rever o termo articulação, palavra com múltiplos sentidos para o termo cooperação interinstitucional, para pensar também que o trabalho em cooperação interinstitucional entre o sistema de educação e o sistema de saúde deva incluir tanto as instâncias executoras (escola e serviços de saúde) quanto as instâncias de regulação e controle social, que são as secretarias e conselhos estaduais e municipais de educação pelo lado da educação e gestores e conselhos estaduais e municipais de saúde, dos momentos de formulação, execução e avaliação dos processos educativos com finalidades de formar profissionais de saúde na lógica do SUS.

c) **Regulação, supervisão e controle dos processos educativos escolares**

• **A indução do Edital**

Como diretriz do Ministério da Saúde esta categoria aparece tanto de forma a exigir a regularidade das escola junto ao sistema de educação brasileiro quanto ao criar formas próprias de regular os processos educativos realizado pelas escolas, por meio das Agências Regionais.

No Edital de licitação e no contrato com as escolas está explícito que a escola deve “permitir e facilitar a inspeção técnica, financeira e contábil e a fiscalização da execução do contrato pelo pessoal designado (...) pela Agência Regional, inclusive dando livre acesso ao seu local de trabalho;” e ainda que são objetivos da agência supervisora:

- “Geral: (...) executar a supervisão, monitoramento e avaliação das ações das Operadoras/Executoras no cumprimento dos objetivos do PROFAE articulando-se, para tanto, com os coordenadores de curso, docentes e discentes.
- Específicos: estabelecer condições necessárias à supervisão, monitoramento e avaliação das **atividades de ensino; Cooperar com as Operadoras/Executoras na superação das dificuldades** inerentes à execução das ações do PROFAE; **assegurar que as diretrizes do PROFAE** norteiem o desenvolvimento do processo pedagógico dos cursos; **avaliar os processos de ensino-aprendizagem** em conjunto com os diferentes atores envolvidos no Projeto; Zelar pela idoneidade da **aplicação dos recursos** destinados ao desenvolvimento das atividades de ensino e de supervisão,(...); analisar os **resultados alcançados pelos cursos através do grau de aperfeiçoamento profissional dos alunos**, dos docentes e das equipes de coordenação envolvidas nos diferentes níveis; apresentar relatórios (...) considerando os aspectos pedagógicos e gerenciais.”(BRASIL, 2002)

Os pontos grifados nos sinalizam algumas intenções do Ministério da Saúde sobre o trabalho da AR, para que esta ultrapasse o papel de mero fiscalizador de resultados obtidos, fazendo um acompanhamento de todo o processo de execução, inclusive colocando a expectativa de que esta instância “coopere” com as escolas na superação das dificuldades.

A atenção aos mecanismos de regulação do sistema de educação e seus órgãos competentes, está explicitado, nos diferentes editais, como exigências para a escola:

apresentar “plano de curso aprovado de acordo com as Diretrizes Curriculares para Educação Profissional Técnico, Resolução n. 04/99 e Parecer n. 16/99 do Conselho Nacional de Educação e Atos Deliberativos do órgão do respectivo Sistema de Ensino”.

As escolas que fazem parte deste estudo passam por dois tipos de controle de processo educativo: aquele realizado pelas agências supervisoras que possuem a delegação do Ministério da Saúde para realizarem o acompanhamento da execução dos cursos e os processos de regulação; e controle promovidos também pelo Estado, no âmbito do Sistema Educacional Brasileiro, com todo seu arcabouço legal.

A relação das escolas com os mecanismos de supervisão, monitoramento e avaliação dos processos educacionais, dá-se nestas duas instâncias. E, sobre esta relação, é possível dizer que as sete escolas possuem em comum a relação com as instâncias de supervisão, monitoramento e avaliação feitas pelas Agências Regionais, mas possuem diferenças em sua relação com a supervisão realizada pelos órgãos do Sistema de Educação.

- **A resposta das escolas**

Quanto a relação das escolas com as agências supervisoras, depoimentos apresentados sintetizam as colocações mais comuns entre elas:

- “despreparo dos supervisores da AR e a postura fiscal” (escola E);
- “os registros da AR só registra os problemas da escola e não há registro quando estes problemas são resolvidos” (escola A);
- “há tratamento desigual da AR para com as diferentes Operadoras” (escola D);
- “Instrumentos utilizados pela AR para a supervisão não permitem considerar as especificidades do projeto pedagógico da escola” (escola G).

Estas colocações foram pontuadas, principalmente, pelas escolas B, D, E e G, as quais possuem posturas mais questionadoras diante da supervisão, e também que possuem projetos pedagógicos mais dispares entre si, cuja queixa voltou-se bastante contra a tendência generalizante no acompanhamento da AR. Tanto os instrumentos quanto a postura das supervisoras que voltavam o olhar para o que deveria haver de comum entre elas, desconsiderando as características dos projetos pedagógicos que são diferentes para cada escola.

As principais questões neste quesito foram as cobranças em relação ao acervo bibliográfico e laboratório de técnicas de enfermagem. Todas as escolas que montaram classes descentralizadas, montaram estruturas provisórias de acervo bibliográfico e

laboratórios de técnicas, os quais, segundo elas, estariam disponíveis quando o professor assim o solicitasse. No entanto, a supervisora quando presente na escola, desconsiderava o planejamento da escola, e registrava a ausência destes quesitos. Além disso, as escolas E e G não possuem em seus projetos pedagógicos a proposição de disponibilizar acervo e, sim, material didático para os alunos, denominados “Guias Curriculares” e possuem todo um referencial teórico-metodológico que o justifica, no entanto, queixa-se de que isto não foi levado em consideração.

Por outro lado, há um certo consenso de que a AR tem sido parceira nos momentos de dificuldades pelas escolas, não havendo relato de dificuldades de relacionamento de maior vulto.

Na questão relativa a regularidade da escola junto ao Sistema de Educação, é importante colocar o diferencial entre as escolas, já que das sete, cinco são reguladas pelo Sistema Estadual de Educação, cujos órgãos competentes são a Secretaria Estadual de Educação e o Conselho Estadual de Educação, e duas pertencem ao Sistema Federal de Educação, sendo reguladas diretamente pelo Ministério da Educação. Estas últimas gozam das prerrogativas concedidas às universidades, de terem autonomia para a criação de cursos.

Neste sentido, entre as escolas que são reguladas pelo sistema estadual de educação, esta relação aparece bastante conflituosa como pode-se observar dos depoimentos a seguir:

Quadro 8 - Dificuldades e aprendizados da relação da escola junto ao Sistema de Educação, Brasília, 2003.

Escola	Dificuldade	Aprendizados
A	“Não houve grandes dificuldades em conseguir atos autorizativos pelo prestígio da escola junto a superintendência de ensino, mas foi difícil deles entenderem no início”.	Aumentou o prestígio na SEE com o trabalho bem feito nas classes descentralizadas.
B	“as exigências mudam conforme o entendimento pessoal do superintendente, não tem um padrão”.	“Lidar com as diferentes exigências dos supervisores da SEE.”
C	“Os atos autorizativos foram solicitados e concedidos em alguns casos antes da turma iniciar, em outros, durante o funcionamento da turma e noutros ainda, somente a turma ter concluído”; “há diferença entre as posturas dos inspetores da SEE. Não existe padrão”.	Sem relato
D	“Falta uniformidade nos procedimentos dos inspetores”; “a falta de entendimento dos inspetores acerca dos cursos levou a demora na liberação dos atos autorizativos e atrasos no início dos cursos”.	Sem relato
E	“Apesar de toda a experiência da escola e de pertencer também ao estado, enfrentamos as dificuldades decorrentes das divergências de opinião entre os inspetores. Eles são contra a descentralização e não conhecem o PROFAE. Para eles nós somos escola privada.” “As diretoras das escolas da rede estadual querem cobrar contra partida para usar as estruturas que também são públicas.”	Com a demonstração de todo o trabalho realizado por meio de relatórios, a escola obteve ato autorizativo “em aberto” pela SEE baseado nos projetos credenciados pelo MS e nas parcerias já estabelecidas anteriormente ao PROFAE. O uso das estruturas da rede pública de educação facilitou a relação com as inspetorias.

F	"Houve um conflito de jurisprudência entre a SEE e a autonomia universitária. Nosso curso já era autorizado mas como funcionava nas estruturas da rede de escolas do estado e do município, a superintendência achou que tinha responsabilidade sobre isto e chegou a fechar algumas turmas, nos causando grandes constrangimentos".	Sem relato.
G	Não relatou dificuldades. Possui o curso criado e autorizado pelo Conselho Universitário.	Sem relato

Fonte: Elaborado com o resultado dos debates nos grupos focais.

Os conflitos das escolas junto aos órgãos do sistema de ensino são relatados por quase todas as escolas e dão-se basicamente por três motivos: falta de padrão entre os diversos órgãos do sistema, principalmente entre o conselho que autoriza a execução e a SEE por meio das superintendências que acompanham os processos de execução. Este último, mais citado, porque em função da regionalização das superintendências, há discrepâncias e divergências entre as pessoas que estão a frente e entre o entendimento das normas editadas pela SEE. Como uma mesma escola, em função da descentralização das turmas necessita se remeter a diferentes superintendências, sofrerá a influência desta forma da (des)organização e da (des)regulação do sistema.

Segundo Sacristán (2002) as formas de realizar o controle das práticas educativas podem ser subdivididas em dois tipos: centrada nos processos visando a qualidade da prática do próprio processo educativo, e centrada nos produtos, ou rendimentos que os alunos obtêm para comparações entre as escolas, grupos de alunos etc. Do ponto de vista pedagógico, é possível situar a supervisão proposta pelo PROFAE como de acompanhamento dos processos educativos, na medida em que esta se situa no campo das mediações institucionais, é exercido por instâncias delegadas de supervisão e monitoramento, localizadas em cada estado visando apoiar a escola sem, no entanto, interferir demasiadamente na sua autonomia.

A dimensão controle de processos *versus* controle de produtos se entrecruza com a dimensão centralização/descentralização. A descentralização tem relação com a diferença de poderes entre grupos dentro da política e da administração. As concepções e organizações das estruturas de supervisão escolar têm levantado a necessidade de se buscar um equilíbrio com retenção de funções estratégicas para todo o sistema, uma delegação de funções que apoiem a escola na acomodação dos projetos e currículos propostos, um sistema de informações dinâmico e fluido que facilite o acompanhamento centralizado do funcionamento do sistema como um todo, e a uma coordenação de recursos. A isto Lyon *apud* Sacristán (1985) chama de desconcentração

como forma de reconciliar os impulsos centralizadores e descentralizadores do acompanhamento escolar.

Sacristán ao analisar os determinantes da execução curricular, identifica um subsistema de participação e de controle o qual se refere às instâncias do sistema educativo que possuem a competência para elaboração, a configuração dos currículos, sua concretização, sua modificação, sua vigilância, análise de resultados e controle da realização do currículo. Geralmente essas funções são desempenhadas pela própria burocracia administrativa, como é o caso da inspeção, mas a medida que um sistema se democratiza e se descentraliza, deixa para outros agentes algumas decisões relativas a certos aspectos ou componentes. Essas funções podem estar nas mãos de órgãos do governo, das escolas, associações e sindicatos de professores, pais de alunos, órgãos intermediários especializados etc. "Todo currículo se insere num determinado equilíbrio de poderes de decisão e determinação de seus conteúdos e formas." (SACRISTÁN, 2002)

A questão do controle exercido pelo estado também é tratado por Frigotto (1989). A prática educativa escolar se articula com a prática social fundamental – a produção da existência – de forma mediata e, enquanto uma prática social que se efetiva no interior da sociedade capitalista – cindida em classes, portanto –, é uma prática contraditória que engendra interesses antagônicos. Então, em sendo a prática educativa escolar – não por natureza, mas por determinação histórica enquanto prática que se efetiva no interior de relações de classe – contraditória e de mediação de interesses antagônicos, o espaço que essa prática ocupa é alvo de uma disputa, de uma luta.

"Essa disputa dá-se, justamente, pelo controle deste espaço cuja função precípua, na sua dimensão política e técnica, é difundir o saber social historicamente elaborado, sistematizado e acumulado, articulando-o aos interesses de classe. Dimensão política que se define exatamente pela articulação desse saber do interesse de classe; e dimensão técnica, indissociável da primeira, que se define pela competência e preparo, para que essa difusão seja eficaz e se prolongue para além da escola." (FRIGOTTO, 1989).

É possível dizer, então, que houve dois mecanismos de regulação e controle do trabalho das escolas no âmbito do PROFAE. Um voltado para o processo de execução com vistas ao alcance dos resultados, sustentado pela lógica do processo educativo como prestação de serviços. O controle estava voltado mais para as questões

administrativas do processo, além do cunho de cooperação institucional que foi impresso nas diretivas do MS.

O outro, bastante diferente do citado anteriormente, está voltado para o cumprimento das normas e regulamentos do sistema de educação, típico do sistema de regulação do trabalho da escola, sendo esta a agência de ensino da política de educação brasileira.

A semelhança entre ambos pode existir na sua intenção e na sua preocupação com questões relacionada a qualidade dos processos educativos, e daí as exigências voltadas para as questões de infra-estrutura, regularidade da documentação, entre outros.

Também reside na intenção última a sua diferença. A regulação feita pelo órgão do sistema de educação tem como objetivo o controle do acesso ao saber "sistematizado e historicamente elaborado", implícito em todo seu arcabouço e normativo que por vezes é extremamente excludente da classe trabalhadora. Esta exclusão é bastante explicitada nas exigências de escolaridade para ingresso dos cursos oferecidos pelas escolas, por vezes completamente incompatível com os níveis de escolaridade que esta classe trabalhadora possui.

A diferença também está na forma. Enquanto o primeiro preza pela identificação dos problemas, pela busca de soluções conjuntas e pela cooperação institucional centrada nos alunos, o outro preza pelo cumprimento das normas mais voltadas para a regularidade da instituição, sua documentação, como pré-requisito para seu pertencimento ao sistema de educação, mesmo que para isto tenha que excluir a classe trabalhadora do acesso ao saber.

A relação das escolas com os órgãos de controle do sistema de educação também teve um conflito bem localizado neste experiência de atuar segundo a lógica proposta pelo SUS, com as classes descentralizadas. Aqui a questão não parece ser de entendimento das formas de operacionalização, mas de lidar com a autonomia concedida as escolas pela própria LDB n. 9.394/96.

Não defendemos a desregulamentação, mas formas diferentes de o fazer. Mais democráticas, mais realistas, menos excludentes e menos legalistas.

d) O corpo docente da escola

• A indução do Edital

Em relação a esta categoria, há uma diferença em relação as demais: os requisitos do Edital sinalizam diferentes graus de responsabilidade das escolas. Em que pese os níveis de exigência sobre o corpo docente da escola tenham sofrido mudanças ao longo dos três anos, eles se mantiveram centrados em pelo menos três questões.

A qualificação do corpo docente, no primeiro ano, era requisito de excelência do projeto da escola e era pontuado o projeto que previa “atividades de aperfeiçoamento do corpo docente” sendo pontuado conforme a quantidade de professores que passariam pelas atividades; no segundo e terceiro anos continuaram como exigências, mas já definindo temas e a pontuação, não era pelo quantitativo e sim pela proposta apresentada para a totalidade de professores. O destaque aqui é que nos dois últimos anos a principal exigência era para que a escola apresentasse “declaração de comprometimento em matricular todos os docentes enfermeiros, tanto de teoria quanto de prática supervisionada (...) no curso de Formação Pedagógica oferecido pelo PROFAE (...)”.

No primeiro ano, também, pontuava-se as escolas que apresentavam corpo docente com alguma qualificação, exigência que continuou nos demais anos, mudando a forma e também o tipo de qualificação exigido. Em 2000, aceitava-se licenciatura e capacitações pedagógicas e, nos demais anos, foi exigida a formação pedagógica concluída ou em curso, oferecida como apoio pelo PROFAE.

A outra exigência é sobre a remuneração do corpo docente, que a partir do segundo ano também passa a ser requisito obrigatório. A escola deveria pagar pelo menos R\$ 10,00 (dez reais) a hora/aula para os professores.

• A resposta das escolas

Os debates travados em torno desta questão revelaram que o corpo docente aparece tanto como fator dificultador quanto quesito de aprendizados e avanços das escolas, como se pode apreender dos depoimentos apresentados no Quadro 9.

Quadro 9 - A visão das escolas sobre seu corpo docente, Brasília, 2003.

Escola	Dificuldades	Aprendizados
A	“a principal dificuldade era a exigência de só ter docentes enfermeiros e estes não tinham experiência com ensino”; “não foi difícil contratar porque a escola já tinha alguns mobilizados de suas experiências anteriores, mais difícil foram nas turmas descentralizadas.”	Depois que os enfermeiros fizeram a especialização melhoraram muito; O dia-a-dia e a complementação com o curso fez muita diferença.
B	“Despreparo dos enfermeiros para o exercício da docência pela inexperiência e inclusão precoce no mercado, quando ele é recém-graduado, como aconteceu na nossa escola.”	“Capacitação da equipe da escola.”
C	“Enfermeiros sem experiência em docência; baixa capacitação dos docentes; atrasos no repasse das verbas pelo MS levando a atrasos nos pagamentos dos docentes e na impossibilidade de fazer capacitações dos docentes, foram as principais dificuldades.”	Não relata
D	“Alta rotatividade dos docentes, pouca experiência com a sala de aula.”	Capacitação do corpo docente da escola; Montagem de corpo docente qualificado.
E	“Contratação de pessoal sem experiência, sem afinidade com o processo escolar uma vez que vinham da assistência e/ou já aposentados pela necessidade de ter que viajar.”	Romper com a resistência dos enfermeiros docentes em relação a esta proposta foi uma construção coletiva, participativa e no processo; A experiência dos coordenadores e docentes do interior ajudaram muito a mudar a concepção e a resistência dos enfermeiros da capital.
F	“A negociação com os enfermeiros era difícil porque a escola não tinha muito o que oferecer: não tinha no início material didático e outras estruturas”; “Não foi possível fazer uma capacitação pedagógica decente porque em função das distâncias entre os municípios, era difícil reunir todos os docentes.”	Todos os docentes aprenderam com o ensinar e aprender, porque não tinham experiência anterior; O atraso na formação pedagógica foi bom porque quando chegou o professor já tinha a vivência da docência.
G	“Para os docentes do interior o PROFAE é uma forma de ganhar mais dinheiro; No interior o enfermeiro docente fica motivado com a superação das dificuldades vivenciadas no trabalho, as quais funcionam como reflexão na sala de aula; Os docentes tem dificuldade de entender e aplicar a proposta pedagógica da escola; Enfermeiros atuam em muitas atividades sem dedicação exclusiva ao projeto; Duplo vínculo do docente, com incompatibilidade de horários e de difícil negociação com os gestores; dificuldade com a metodologia.”	Ampliação e qualificação do quadro docente da escola

Fonte: Elaborado com o resultado dos debates dos grupos focais.

Na busca da significação para tamanho investimento pelo MS na valorização do corpo docente pela escola, por meio do seu poder de indução nos editais e contratos, e por meio do investimento concreto na formulação de um curso de especialização voltado para todo o corpo docente das escolas participantes do PROFAE, encontrei no constructo teórico de Sacristán, em suas análises sobre as concepções e fundamentos do que ele denomina de sistema curricular, uma grande contribuição para análise desta.

“O professor é mediador entre o aluno e a cultura através do nível cultural que em princípio ele tem, pela significação que atribui ao currículo em geral e ao conhecimento que transmite em particular e pelas atitudes que tem para com o conhecimento ou para com uma parcela especializada do mesmo. Daí seu papel decisivo, já que a filtragem do

currículo pelos professores não é um mero problema de distorções cognitivas ou interpretações diversas, mas também de distorções nesses significados que, de um ponto de vista social, não são equivalentes nem neutros.” (SACRISTÁN, 2000, p.177-8)

O professor enquanto mediador dos processos de ensino-aprendizagem, é alguém que constrói significados sobre as realidades nas quais opera, está envolvido num processo de observação, interpretação e construção de significados sobre a realidade pedagógica que lhe servem para prever acontecimentos e também para guiar sua conduta (KELLY, 1996 *apud* SACRISTÁN, 2000; p. 177).

Segundo Tanner e Tanner (1980; p. 636 *apud* SACRISTÁN, 2000; p. 179), o papel do professor pode se situar em três níveis. No primeiro, está a imitação-manutenção, no qual os professores são seguidores de livros-texto e de guias. Se confia que tenham habilidades para desempenhar tarefas a cumprir conforme algum padrão, sem que eles devam questionar o material que utilizam. Serve a manutenção da prática estabelecida. Em um segundo nível, está o professor tido como mediador o qual faz adaptação dos materiais, dos currículos ou das inovações conforme as condições concretas da realidade na qual atua. Ele conhece os recursos do meio, da escola, as possibilidades de seus alunos e com isto consegue realizar uma prática mais aperfeiçoada. Por fim, no terceiro nível, está o professor criativo-gerador, que, junto com seus companheiros, pensa sobre o que faz e trata de encontrar melhores soluções, diagnostica os problemas e formula hipóteses de trabalho que desenvolve posteriormente, escolhe materiais, planeja experiências, trabalhando num esquema de pesquisa ação.

Para Sacristán, no entanto, o professor é inevitavelmente mediador, para o bem ou para o mal, num sentido ou noutro, só que se pode lhe atribuir politicamente o papel de adaptador ou, em maior medida, o de criador.

Todavia, as estratégias de capacitação do professor devem transcender o enfoque individual, para uma abordagem do corpo docente como coletividade, porque

“a renovação pedagógica mostra sua dimensão organizativa que é, no mínimo, tão importante como a renovação no nível de técnicas de aplicação individual, já que as estruturas que regulam o funcionamento coletivo limitam ou favorecem as estratégias didáticas que depois cada professor pode ou não aplicar” (SACRISTÁN, 2000; p. 178).

Ou seja, o enfoque coletivo dá a coerência necessária aos processos educativos que incidem sobre o aluno.

O corpo docente e sua centralidade nos processos educativos tem sido reconhecidamente uma tônica em todas as ações engendradas pelo setor saúde com vistas a formação profissional de técnica, especialmente, para os trabalhadores da área de enfermagem. Variam na forma e nas bases conceituais que sinalizam para que concepção de professor está sendo sustentada, mas tem estado presente.

Como exemplo disto, lembremos dos programas e sua forma de conceber o corpo docente. No Programa para Formação de Auxiliares de Enfermagem para as regiões norte, nordeste e centro-oeste²⁶, a importância e a necessidade de investimentos no corpo docente das escolas que formavam os auxiliares de enfermagem foi levantada nos momentos de avaliação dos resultados produzidos pelo projeto: estudos realizados e discutidos no XV Congresso Brasileiro de Enfermagem de 1963, recomendava o **aperfeiçoamento do corpo docente e a revisão do currículos** destes cursos.

Posteriormente, na década de 80, o Projeto Larga Escala continha em seu desenho duas estratégias que incidem sobre o corpo docente: a criação de um guia curricular que orientava todos os passos dos cursos que seriam desenvolvidos e oferecidos aos trabalhadores sem qualificação específica, e uma capacitação pedagógica oferecida e obrigatória a todos os enfermeiros do serviços que trabalhariam como docentes e que implementariam o currículo. Estas capacitações tinham como referência "o currículo integrado" como ficou conhecido.

Com a criação das escolas técnicas vinculadas às Secretarias de Saúde dos estados, com a característica de escola função, a docência foi tratada como "função" e não como cargo, para dar a idéia da flexibilidade da escola e o caráter permanente desta função de docência que os enfermeiros e demais profissionais de saúde de nível superior deveriam exercer. Os docentes eram os profissionais do serviço, que recebiam capacitações específicas para esta nova função.

²⁶ Implementado em 1963, pelo Ministério da Saúde em convênio assinado com o Ministério da Educação, Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS–, a Organização Mundial da Saúde – OMS – e o Fundo Internacional de Socorro a Infância – FISI–, o qual perdurou de 63 a 73. (ABEN, 1976)

Por fim, no PROFAE, em contextos político, econômico e sociais bem mais favoráveis, os docentes recebem uma merecida reverência, materializada na forma de exigências para com as escolas e formulação de um curso específico, com titulação reconhecida nacionalmente.

E aqui quero chamar a atenção para pelo menos três questões em relação a indução feita pelo MS para o corpo docente das escolas.

A primeira delas é a questão dos investimentos que a escola deveria fazer para seu corpo docente, por meio da realização de diferentes atividades de capacitação com abordagens que iam desde temas relativos ao contexto de sua atuação – o PROFAE: concepções, diretrizes e ações – até temas referentes ao próprio sistema de educação, além do projeto pedagógico da escola. Ou seja, há uma preocupação com o envolvimento do corpo docente em torno da proposta. Esta preocupação se mantém ao longo dos três anos como se pode visualizar, pela permanência deste quesito nos editais.

A segunda questão que aparece, a partir do segundo ano de execução do Projeto, é a necessidade de regular o pagamento de hora/aula deste docente, preocupação que se mantém novamente no ano de 2002. Ou seja, não houve regulação quanto a forma de contratação, mas houve em relação ao pagamento da hora/aula.

A terceira delas é em relação ao curso de especialização formulado e implementado pelo MS em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz, utilizando a modalidade à distância, voltado para os docentes enfermeiros que atuavam nos cursos de qualificação profissional. Além da oferta do curso de forma gratuita, houve a necessidade de colocar como exigência no edital, a apresentação de documentação que comprometesse a escola a encaminhar seu corpo docente para a matrícula no curso.

O papel das escolas, como se pode apreender, nas duas primeiras propostas, era de atender formulando e implementando estratégias de valorização do corpo docente e, na terceira questão, resumia-se a encaminhar o seu corpo docente para realizar matrícula no curso de especialização de formação pedagógica.

Observa-se que é justamente no enfoque coletivo do corpo docente que as escolas com pouca experiência em descentralizar relatam maiores dificuldades. O contingenciamento de recursos e as grandes distâncias entre os municípios com a

conseqüente dispersão geográfica dos docentes, foi uma dificuldade que nem todas conseguiram enfrentar. E isto é mais intenso nas escolas com pouca experiência em descentralizar cursos como é o caso das escolas A, B, C, e E ou naquelas cuja instituição não conseguiu bancar com recursos próprios ou não priorizou o investimento no corpo docente.

O corpo docente, talvez pela sua relevância e indispensabilidade na implementação de um projeto pedagógico, aparece como sendo uma dificuldade nos casos de pouca qualificação, pouca experiência com docência, como na contratação e pela pouca disponibilidade de enfermeiros para serem contratados. Também quando contratados, por possuírem pouco tempo para dedicarem-se a esta atividade continuam sendo vistos como dificuldade pela escola.

Também são citados pela maioria das escolas como tendo facilitado e contribuído para a melhoria da qualidade do curso ou "facilitado a implementação a partir do segundo ano" quando já tinham a experiência e já tinham a vontade de participar do PROFAE.

Neste sentido cabe algumas inferências sobre o significado do que foi apresentado em termos de dificuldades e aprendizados pelas escolas, mesmo considerando as limitações deste estudo.

Nos investimentos do MS, está implícita a concepção de corpo docente como coletivo capaz de reorganizar e reestruturar os processos educativos voltados para a qualificação profissional de nível técnico. Independente de ter ou não atingido resultados, esta parece ser a concepção que subjaz. Parece também que o professor é tido como "o mediador entre a cultura e o conhecimento acumulado e os alunos, com sua realidade social". No que se refere a qualificação destes profissionais, parece haver coerência entre as estratégias do MS e as concepções que as sustentam.

Entretanto, a realidade enfrentada pelas escolas com profissionais pouco qualificados e sem experiência, baixa quantidade destes e a alta demanda dos serviços de saúde, bem como o tratamento secundário dado ao exercício da docência, aliado aos contratos precários oferecidos, sinalizam para uma série de limitações nas possíveis respostas que as escolas poderiam dar sobre esta questão.

Por outro lado, há uma diversidade de concepções sobre a docência e o docente, embasando estes gestores escolares. A baixa experiência pode ser relativa às

dificuldades de cumprimentos de aspectos normativos e operacionais – “não sabiam preencher diários de classe” (professor executor) – ou pode ser relativa ao exercício da mediação entre o conhecimento e a cultura e os trabalhadores com suas idiossincrasias (professor mediador).

Parece que a percepção dominante sobre o professor ainda é a do professor “executor”. Mesmo nas escolas com projetos pedagógicos mais consistentes e instituídos, o professor é aquele que segue um guia curricular, um livro-texto.

Também, neste caso, parecer ter havido sinais de aprendizados mais profundos. Escolas com experiências consolidadas em descentralização dos cursos conseguiram avançar metodologicamente com seus currículos, utilizando-se desta experiência para inovar, rever metodologias, revisar currículos, construir material didático, aproximar-se dos serviços que compõe o sistema de saúde, investir no corpo docente e até compor um corpo docente. As dificuldades operacionais foram enfrentadas e inclusive proporcionaram aprendizados mais substantivos, como foi o caso do contingenciamento de recursos do Projeto. Houve comprometimento das instituições no sentido de proteger “as áreas nobres” do projeto pedagógico, como, por exemplo, o corpo docente.

Nas escolas sem experiências anteriores ou com experiências incipientes, observa-se que os avanços relatados são mais de cunho operacionais, ou seja, de enfrentamento com êxito das dificuldades operacionais. Conseguiram formar seus alunos, capacitar seu corpo docente, alguns com atividades mais bem estruturadas, outros não mas o fizeram e isto é relatado como dificuldade enfrentada. As escolas souberam aproveitar a experiência e investiram na ampliação de infra-estrutura, equipamentos, ampliação da oferta de cursos na área de saúde, entre outros. Mas houve poucos relatos sobre os avanços em relação a metodologias inovadoras de ensino-aprendizagem.

4. 5- MUDANÇAS NAS ESCOLAS

Primeiramente sinto necessidade de explicar porque esta fixação em buscar indícios, possibilidades de mudanças que possam ter ocorrido nas escolas como implicação desta experiência. Basicamente são duas questões que tem me inspirado e me motivado para esta busca, ambas decorrentes da observação sistemática que faço nestas escolas, nos últimos três anos.

Uma delas é por acreditar que diante de tantas mudanças na organização dos processos produtivos no mundo e na saúde brasileira, e em consequência nas exigências sobre os trabalhadores, que as escolas tenham estado mais permeáveis a inovações e novidades que possam contribuir para processos educativos mais coerentes com as demandas. Não que eu pense que a escola tenha que estar completamente aberta para a sedução do mercado e nem que este tenha que ser seu único ponto de referência. Mas penso que este não pode ser desconsiderado no momento em que formulam as propostas que materializam o trabalho de "mediação da escola entre a classe trabalhadora e o saber sistematizado, social e historicamente acumulado".

Outra razão que me inspira é por pensar numa velha frase de uma grande amiga e colega de trabalho: "o PROFAE não pode servir somente para pagar hora/aula para estas escolas"²⁷. Isto resume um pouco meu pensamento sobre a possibilidade que esta experiência tem de contribuir para mudanças nos processos, nas relações e nos conteúdos dos projetos pedagógicos das escolas de educação profissional.

Para a análise das possibilidades de mudanças nas escolas optou-se pelo debate em torno da questão: "quais foram os aspectos positivos e negativos desta experiência para a escola e seu projeto pedagógico" tendo ainda como questão provocativa, "como os aspectos positivos desta experiência poderão ser aproveitados pela escola para o seu desenvolvimento enquanto instituição de educação profissional em saúde?

Optou-se pela questão formulada em termos de aspectos positivos e negativos, pela possibilidade que tanto acertos como produzem aprendizagens e avanços nos projetos pedagógicos e principalmente nas equipes que estiveram a frente deste trabalho na escola. Esta também seria uma estratégia de controlar o viés ideológico da pesquisa, já que o debate foi conduzido pela pesquisadora que também ocupa função de comando no Projeto.

O Quadro 10 faz uma retrospectiva das possíveis mudanças apontadas pelas equipes escolares, a partir das experiências vivenciadas.

²⁷ Anotações da autora em seu Relatório de Pesquisa, 2003, p. 15.

Quadro 10 - Mudanças apontadas pelas escolas segundo aprendizados, Brasília, 2003.

Escola	Conteúdos	Processos	Relações
B	Mudança no PPP e currículo; Pesquisa de egresso.	Ampliou oferta de cursos.	Melhorou a articulação com os gestores de saúde e com a clientela.
D	Mudanças no PPP da escola com incorporação de novas metodologias de ensino-aprendizagem; Elaborou e revisou o material didático.	Criou processos para executar de forma descentralizada com qualidade; Ampliou infra-estrutura educacional (laboratórios e acervo bibliográfico); Ampliou equipe; Flexibilizou os processos de trabalho da instituição.	Adquiriu visibilidade e credibilidade na região e na rede das escolas do sistema S; Ampliou o envolvimento da instituição com a área de saúde.
A		Passou a ter corpo docente qualificado e experiente.	Corpo docente articulado com os serviços facilitando a negociação com estes; Adquiriu maior visibilidade e credibilidade na região.
C	Elaboração de material didático próprio.	Elaboração de material didático próprio.	Adquiriu maior visibilidade e credibilidade na região e em toda a rede nacional.
F	Provocou Mudança na graduação em enfermagem unindo-a ao ensino técnico de enfermagem; Incorporou metodologias inovadoras.	Passou a ter um corpo docente qualificado e experiente.	Provocou mudança na graduação em enfermagem unindo-a ao ensino técnico de enfermagem; Aprendeu a negociar e planejar.
G	Elaboração/revisão de material didático.	Ampliação de quadro de docentes escola; Planejamento.	Reconhecimento da universidade; Visibilidade da formação de nível técnico dentro da faculdade de enfermagem.
E	Adaptação do projeto as condições dos municípios; Reconstrução do projeto pedagógico da escola antes bem dicotomizado entre a parte teórica do curso para um projeto em que a cada etapa da parte teórica o aluno era levado ao estágio; Construção do material didático próprio com a equipe da escola e recursos do PROFAE.	Consolidação da experiência em execução descentralizada; Qualificação do Corpo docente: Romper com a resistência dos enfermeiros docentes em relação a esta proposta: foi uma construção coletiva, participativa e no processo.	Articulação e mobilização dos gestores; Melhorou a relação com o sistema de educação: atos autorizativos dados "em aberto".

Fonte: Elaborado a partir do resultado dos grupos focais com os coordenadores e dirigentes das escolas.

As mudanças aqui referidas estão sendo entendidas como as alterações relatadas pelos sujeitos sociais da escola, a partir da experiência no PROFAE. Almeida (1999), em estudo sobre as mudanças no ensino médico, coloca que as mudanças podem acontecer nos processos, nas relações e nos conteúdos, e com base em alguns autores que propõe planos de análise das mudanças, coloca que estas podem ser classificadas em inovações, reforma e transformação.

A partir da análise dos depoimentos debatidos e reconhecendo-se os limites deste estudo, é possível dizer que as mudanças mais citadas ocorreram nos processos educativos de uma forma geral e nas relações estabelecidas entre a escola e a comunidade escolar ampliada. Nisto incluindo, principalmente, a relação da escola com os serviços de saúde e com a comunidade regional onde esta atuou. As escolas, em sua grande maioria, melhoraram seu processo de execução de cursos de nível técnico, destacando-se as atividades e meios; ampliaram a equipe escolar, corpo docente e oferta de cursos. Por outro lado, também, a maioria delas referem-se a mudanças nas

relações internas e externas da escola, com aumento da visibilidade e credibilidade desta dentro da própria instituição e na região; melhora na capacidade de negociação com os gestores de saúde e na relação com as inspetorias da secretaria de educação.

Algumas referem-se a mudanças de natureza conceitual, tais como mudanças no projeto pedagógico da escola, no currículo e nos materiais didático-pedagógicos, ainda com bastante ênfase nos meios e bases para os processos. Não houve, referência a mudanças mais profundas, de caráter mais estruturante, nos fins dos processos. Destaque deve ser dado a escola, a qual refere-se a uma mudança combinada nos processos, nos conteúdos e nas relações, com vistas a reformular completamente toda a formação feita pela escola, a partir da prática pedagógica e da realidade concreta vivenciada.

A análise do Quadro 10 permite indicar que as mudanças relatadas são inovações, mais localizadas em uma ou outra escola, concentradas nas atividades, meios e relações mais técnicas. Também, é importante colocar que não havia aqui um objetivo de aprofundar esta questão, mas deixo como provocação para mim mesma e outros que se interessarem, para aprofundar a análise sobre as potencialidades e as limitações de mudanças nos processos educativos escolares. Este aprofundamento crítico apresenta-se como uma necessidade para que se processem formulações e proposições mais contundentes, com objetivos claros e explícitos de provocar mudanças de caráter transformador.

Talvez a estratégia com maior possibilidade de provocar mudanças aqui foram as classes descentralizadas, com sua capacidade de desestabilizar o instituído nas escolas. É creditado a esta estratégia, a obtenção de maior "visibilidade e credibilidade", quando executado um bom trabalho, ampliação da oferta de cursos, ampliação da clientela, articulação com os gestores municipais de saúde (demandantes e usuários de formação profissional), entre outros, no entanto, as escolas sem experiência anterior em descentralização, referem-se pouco ou nenhum interesse em continuar atuando desta forma. Nas escolas que tinham experiência anterior, houve relatos da consolidação desta estratégia.

Outros avanços relatados como a elaboração/revisão de material didático-pedagógico próprio da escola, não são extensivos a todas. Foi relatado pelas escolas C, D, E e G assim como a revisão/mudança no projeto pedagógico da escola que foi

relatado pelas escolas B, D, E, e F. Sobre o material didático, a possibilidade de revisão foi creditada a existência de recursos financeiros para tal e pelo reconhecimento de sua importância. No caso do PPP, houve a explicitação do reconhecimento da sua inadequação quando implementado para uma situação de formação em ampla escala, com a experiência adquirida na descentralização e com a participação de grande número de docentes.

Merecem destaque, ainda, os relatos de aprendizado em relação a importância do planejamento e da negociação da proposta pedagógica principalmente quando relacionados a comparação entre o primeiro e o segundo ano de execução: "a escola ganhou muito quando implementou o que realmente colocou na proposta apresentada ao Ministério" e "o processo de execução melhorou muito no segundo ano de contrato". Expressões como esta denotam na minha leitura mudanças conceituais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral foi **investigar as implicações políticas e técnicas** da implementação do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem para as escolas de formação profissional de nível técnico em saúde, subárea enfermagem. Isto refere-se àquelas escolas que participaram como executoras dos cursos de qualificação profissional de Auxiliar e Técnico de Enfermagem nos anos de 2001 a 2003.

Com base em todo o caminho percorrido para a construção deste estudo, alguns pontos merecem especial destaque.

O primeiro deles é a dificuldade e “ousadia” de formular e implementar uma pesquisa construída a partir da reflexão crítica sobre o processo de trabalho, neste caso, na gestão de um projeto voltado para a qualificação profissional de auxiliares e técnicos em enfermagem. A definição do objeto foi talvez o maior desafio, considerando que múltiplos eram os interesses, os olhares e os questionamentos. A familiaridade e a proximidade com os constituintes do objeto por vezes cega o potencial crítico e criativo de quem se arvora no processo de construção do conhecimento.

Neste sentido, encontrei-me nas palavras de Silva que coloca que escrever sobre a própria experiência é um ato de ousadia.

“Fazer pesquisa é isto também. É analisar a dinâmica da experiência, é reconstituir seu itinerário, sem pretender descrever para prescrever uma receita; mas revelar aprendizagens feitas com a experiência que ainda está em construção” (SILVA, 2000; p.13).

Com isto, este estudo acaba por adquirir um conjunto de limitações para possíveis generalizações. Trata-se de sistematização de reflexões de uma experiência pessoal; é uma leitura singular sobre um amplo processo de trabalho na implementação da política. Seu alcance, em termos de aprofundamento sobre a temática, também está limitado pelo meu alcance de conhecimento e maturidade intelectual como pesquisadora, não tendo, então, a pretensão de esgotar a discussão e a reflexão, mas de compartilhar e fomentar a continuidade e aprofundamento das questões e “implicações” aqui levantadas.

Retomando os achados desta incursão investigativa, apresento as seguintes considerações.

A educação profissional de nível técnico concretiza e materializa a educação determinada pelo trabalho, considerando que, nos processos educativos voltados para a formação específica, seu fim é proporcionar ao indivíduo condições de compreender, ingressar e intervir na esfera produtiva da sociedade. Este ingresso pode ser tão mais facilitado, conforme as competências e habilidades desenvolvidas no decorrer dos processos educativos. No entanto, estas competências não são determinantes e nem definitivas para este ingresso ante a dinâmica excludente do mercado, com a crescente incorporação de tecnologias, a reorganização produtiva com racionalização de custos, numa econômica frágil e vulnerável na capacidade competitiva do mercado mundial.

As mudanças no mundo do trabalho têm trazido a crescente e desigual incorporação de novas tecnologias e mudanças na divisão técnica do trabalho, alterando a força de trabalho em termos de composição ocupacional, qualificações e escolaridade. No mercado de trabalho em saúde, observa-se que a reestruturação produtiva não tem trazido desemprego, mas incorporação de pessoal sem qualificação específica, aumento e criação de novas ocupações e profissões, como é o caso dos Agentes Comunitários de Saúde, e crescente e intensa precarização dos vínculos de trabalho.

O trabalho em saúde é considerado um trabalho “reflexivo” por natureza, consumido no momento em que é produzido. É carregado de incertezas “pela indeterminação das demandas, pelas discontinuidades e pela sua disponibilidade em estar pronto para atender a todos os casos, inclusive aqueles excepcionais”. Este trabalho possui ainda como características, a complexidade – pela diversidade de profissões, dos usuários, das tecnologias utilizadas, das relações sociais e interpessoais, das formas de organização do trabalho, dos espaços e ambientes de trabalho -; a heterogeneidade – diversidade de vários processos de trabalho que coexistem nas instituições de saúde; e, a fragmentação – desde a conceitual da separação do pensar e do fazer, a técnica com a crescente especialização, até a social ao se estabelecer regras rígidas de hierarquia e subordinação.

Os processos educativos voltados para os trabalhadores da área de saúde, especialmente na educação profissional de nível técnico, devem se dar, prioritariamente, nos espaços escolares. Esta diretiva encontra sentido na característica

do trabalho dos profissionais de saúde, que se organizam como profissões com exercício profissional e acesso regulamentado por leis próprias; e na necessidade de se oferecer aos trabalhadores, processos educativos que, além de habilidades, competências e conhecimentos específicos, também lhe proporcionem conhecimentos gerais e condições de continuidade nos estudos e aumento dos níveis de escolaridade.

A escola, tendo um papel de mediadora na relação entre os interesses antagônicos da sociedade dividida em classes, possui como função “difundir o saber social historicamente elaborado, sistematizado e acumulado, articulando-o aos interesses de classe”. Neste sentido, possui uma dimensão política que se define exatamente pela articulação desse saber ao interesse de classe; e dimensão técnica, indissociável da primeira, que se define pela competência e preparo, para que essa difusão seja eficaz e se prolongue para além da escola (FRIGOTTO, 1984).

A escola por natureza, não tem como missão e função social a defesa dos interesses do capital, tendo em sua essência a defesa dos interesses da classe trabalhadora por meio da distribuição do saber acumulado de forma competente. Entretanto, ela acaba por defender a manutenção do *status quo* social quando não cumpre suas funções com competência e qualidade, não possibilitando ao trabalhador este acesso ao saber que o capacita para o ingresso na vida produtiva.

No caso da educação profissional dos trabalhadores da área de saúde, sua função é ampliada porque a intencionalidade dos processos educativos, realizados no âmbito do espaço escolar deve conter a intencionalidade ética e política de contribuir para as mudanças nas práticas de saúde, melhorando, assim, os serviços prestados à população pelos trabalhadores de nível técnico, maioria absoluta dentro do setor saúde. Deve ter, então, como princípio educativo, a realidade e as especificidades do trabalho em saúde, que problematizados e refletidos darão a base para aprendizagens significativas aos trabalhadores.

Os investimentos na educação profissional técnica dos trabalhadores de enfermagem são estratégicos para o SUS, porque possibilitam a intervenção no conjunto de trabalhadores mais presentes quantitativamente no setor, sendo, portanto, os que estão mais próximos e a frente de todas as ações voltadas para a saúde da população. Qualquer proposta voltada para a melhoria da qualidade e humanização das ações de saúde não pode prescindir destes trabalhadores.

Retomando o **objetivo geral deste estudo** - investigar as implicações técnicas e políticas provocadas nas escolas de educação profissional de nível técnico com a participação no PROFAE -, podemos dizer, a luz do resgate histórico da luta da enfermagem pela profissionalização, que ao longo dos últimos 30 anos, com o conjunto de programas governamentais voltados para este fim, o setor público, foi acumulando experiência com ações intensivas e extensivas, próprias das características do SUS de ser universal.

Estes conceitos, conhecimentos e processos acumulados, compõe hoje o arcabouço de uma proposta de política de educação profissional de nível técnico. Destacam-se as estratégias de execução de **classes descentralizadas**, o **corpo docente** das escolas, a **regulação e controle** dos processos educativos escolares e a **articulação entre escola e serviço de saúde** como eixos estruturantes desta política. Estes eixos conformam o arcabouço filosófico, teórico e metodológico das escolas técnicas e centros formadores de recursos humanos do SUS, estruturas educacionais mais flexíveis, denominadas escola "função".

Com a experiência do PROFAE, estes conceitos e processos foram estendidos às demais escolas que compõe o conjunto de instituições de educação profissional de nível técnico em enfermagem do país, sejam elas públicas federais, estaduais e municipais, sistema S, privadas e sindicais.

Esta extensão de conceitos e processos próprios do SUS para o conjunto de escolas técnicas de variadas características institucionais é o elemento que produz implicações técnicas e políticas nas escolas e estas implicações são indissociáveis. Ou seja, as implicações técnicas são também políticas e vice-versa.

A partir da análise dos achados deste estudo, principalmente do debate com os atores sociais das escolas, observou-se que as escolas técnicas aderiram à implementação de alguns processos com facilidade, como é o caso das **classes descentralizadas**. Esta estratégia foi acompanhada de mecanismos de regulação que incluem os do sistema de educação e outros criados pelo MS e permitiu que o Projeto como um todo alcançasse altos índices de capilaridade. A adesão a esta proposta parece ter sido facilitado pela forma de repasse de recursos financeiros para a escola e também induzido pela própria dispersão geográfica dos trabalhadores cadastrados.

Observa-se, ainda, que esta estratégia representou e provocou grandes desafios para o trabalho escolar tanto pelas dificuldades operacionais não previstas do Projeto

(atraso nos repasses de recursos, falta de professores no interior, precariedade dos serviços de saúde, dificuldades de negociação com gestores municipais de saúde) como pela oportunidade de atuação em espaços e contextos desconhecidos. Proporcionou que algumas escolas adquirissem experiência e para outras, que consolidassem experiências já existentes. Entretanto, a maioria das escolas, principalmente as privadas, referem não ter interesse em continuar com esta experiência.

Embora a execução das classes descentralizadas pareça ser uma estratégia apropriada para as ações de profissionalização dos trabalhadores da área de saúde pela capilaridade que proporciona, pela facilidade no acesso e pela coerência com o ideário do SUS, em sendo estendida a outras iniciativas, algumas questões merecerão maior aprofundamento e redirecionamento. Dentre elas, as que considero mais significativas são a regulação da implementação tanto pelo sistema de educação como pelo sistema de saúde. Mesmo que o desenho atual mantenha-se, serão necessárias novas diretrizes que dêem maior institucionalidade e qualidade a esta estratégia, tanto do ponto de vista da educação quanto do trabalho em saúde.

Quanto a **articulação da escola com o serviço de saúde**, esta está fortemente caracterizada por uma relação bastante burocratizada, restringindo-se às negociações para campos de estágio. Esta forma de relação é um indício de que a categoria trabalho em saúde ainda mantém-se relativamente pouco determinante dos processos educativos de profissionalização em saúde. Considerando os limites metodológicos desta investigação, é possível apontar que esta relação institucional, eixo de aproximação educação e trabalho em saúde, não foi suficientemente experienciada de forma a possibilitar que a categoria trabalho fosse mais presente nos processos educativos escolares.

Aqui reside uma das grandes contradições dos valores e significados desta experiência para as escolas. Embora o PROFAE, em seu objetivo geral – melhorar a qualidade dos serviços de saúde por meio da profissionalização dos trabalhadores -, tenha a realidade do trabalho em saúde e seus determinantes como objeto de intervenção, na atuação das escolas no desenvolvimento dos processos educativos que permitiriam tal intervenção, parece não ter sido incorporado a categoria trabalho como princípio educativo determinante.

A escola precisa avançar na dimensão técnico-pedagógica no sentido de interiorizar e incorporar em seu projeto pedagógico voltado para os processos de

formação profissional em saúde, a intencionalidade explícita de transformação das práticas atuais, tendo então que nortear-se pelo projeto político do setor. Isto inclui rever as bases e a forma de relacionar-se com o sistema de saúde, com a realidade do trabalho em saúde e com a dinâmica de formulação e implementação dos projetos pedagógicos voltados para a formação profissional em saúde.

O **corpo docente** das escolas foi objeto de muitas queixas - baixa oferta de enfermeiros no mercado, dificultando a contratação e manutenção, alta rotatividade dos enfermeiros docentes, desinteresse pela docência, secundarização do trabalho na docência. Por outro lado, representou e proporcionou grandes aprendizados para algumas escolas pelo reconhecimento da importância do papel do docente na implementação de projetos pedagógicos, na qualidade do trabalho escolar e dos processos ensino-aprendizagem. É interessante notar que, inclusive, alguns relatam ter aprendido a respeitar e valorizar os profissionais que atuam na docência porque sentiram e reconheceram a sua relevância.

Há que se constatar que as dificuldades concretas enfrentadas pelas escolas foram mais fortes do que as estratégias implementadas para a qualificação e institucionalização do corpo docente. Além disso, considerando a relação intrínseca entre as categorias educação e trabalho na educação profissional, as expectativas das escolas para com estes docentes indicam a presença mais marcante da educação com suas tradicionais estratégias de ensino-aprendizagem, suas exigências burocráticas (preencher diários de classe, dar prova, dar notas), o professor que dá aulas etc., do que aquele professor que consegue articular teoria e prática e contribuir para a formulação do projeto pedagógico da escola, que cria, que propõe.

O fato do professor ser também um profissional de saúde atuante no serviço, é valorizada quando sua inserção proporciona ou facilita a obtenção de campos de estágio. Ainda não se valorizou suficientemente esta inserção no serviço como estratégia para melhor trazer a realidade concreta do trabalho em saúde para os processos educativos.

O corpo docente como eixo estruturante de processos de profissionalização e desenvolvimento de recursos humanos em saúde deverá ser mais fortemente impulsionado de forma que o exercício da docência agregue e articule a realidade do trabalho em saúde aos processos educativos, intermediando a relação entre o trabalhador e a construção e acesso ao conhecimento. Isto implica em rever as

estratégias voltadas para sua qualificação e de incentivos a docência, como as formas de vínculos trabalhistas e remuneração.

No que se refere a **regulação e controle dos processos educativos escolares** o que aparece mais fortemente é a preocupação com a regularidade da escola junto ao sistema de educação. O conflito ainda presente em partes dá-se pela dificuldade do próprio sistema de educação em lidar com a autonomia concedida à escola e também pela ausência de articulação entre as políticas de saúde e de educação, materializadas na baixíssima articulação entre os órgãos responsáveis pela implementação destas no âmbito de estados e municípios.

A regulação e controle ao ser também realizado pelas Agências Regionais, instituições assume um papel mais amplo e mais gerencial, com delegação do MS para supervisão e avaliação processual e com trabalho direcionado para o campo das parcerias.

Quanto a estas duas estratégias de regulação, primeira possui caráter completa e exclusivamente voltada para os aspectos normativos da educação ignorando a realidade do trabalho em saúde em seu contexto mais amplo. A Segunda, concebida para intermediar as relações interinstitucionais entre outras funções de natureza mais gerenciais, também incorporou mais os aspectos relativos a categoria educação, com baixa relação com o trabalho em saúde, muito embora este estivesse presente no objetivo geral do PROFAE.

Ambos os processos de regulação, a depender da continuidade deste desenho de execução com a existência de Agências Regionais, precisarão ser (re)significados e redirecionados para incorporar mais fortemente a lógica do trabalho em cooperação interinstitucional tendo como determinante o trabalho em saúde no seu conceito mais amplo e todo o ideário que compõe o SUS.

Dentre os objetivos específicos deste estudo, pretendia-se ainda estabelecer um **perfil de desempenho** das escolas e analisar as **possíveis mudanças** produzidas com a experiência do PROFAE.

É interessante notar que o desempenho das escolas, em termos de alunos formados e municípios atendidos, não varia muito conforme a natureza jurídica e a existência ou não de experiência anterior em turmas descentralizadas. Minha hipótese inicial era de que as escolas públicas teriam maior facilidade para atender um número maior de alunos e de municípios, pois teriam maior facilidade para negociar e

principalmente porque teriam uma relação com a comunidade, com os serviços de saúde e com o próprio Ministério da Saúde menos comercial. Pelo resultado da pesquisa, não houve muita diferença no desempenho e também nas dificuldades enfrentadas.

A maior influência foi mesmo o tamanho da escola e sua proposição para um maior ou menor número de trabalhadores, ou sua disposição para enfrentar o desafio de atender de forma descentralizada.

Muito embora o desempenho tenha apontado para a pouca diferença entre as escolas públicas e privadas, é ainda absolutamente insuficiente afirmar que não há perfis de desempenhos diferenciados. Seria necessário, ainda, aprofundar a análise e ampliar incorporando situações e cenários de outras unidades federadas.

Quanto a produção de mudanças, a partir desta experiência, pode-se dizer que houve, de alguma forma e em algumas escolas, mudanças nos processos educativos, nos conteúdos curriculares dos projetos político-pedagógicos e nas relações internas e externas.

As escolas, em sua grande maioria, relatam melhoras nos processos de execução de cursos de nível técnico, destacando-se as atividades e meios. Ampliaram a equipe escolar, o corpo docente e a oferta de cursos, referindo-se, ainda, a mudanças nas relações internas e externas da escola, com aumento da visibilidade e credibilidade dentro da própria instituição e junto a comunidade local; melhoraram também na capacidade de negociação com os gestores de saúde e na relação com o sistema de educação.

Algumas referem-se a mudanças de natureza conceitual, expressas no projeto político-pedagógico da escola, no currículo do curso e nos materiais didáticos, ainda com bastante ênfase nos meios e nas bases para os processos.

Ocorre, no entanto, que todas as mudanças relatadas não se caracterizam como alterações profundas, de caráter mais estruturante, nos fins dos processos. São mudanças consideradas inovações por serem mais localizadas em uma ou outra escola, concentradas nas atividades, meios e relações mais técnicas.

Exceção feita à escola E, a qual refere-se a uma mudança combinada nos processos, nos conteúdos e nas relações, com vistas a reformular, completamente, toda a formação profissional de forma a atender a todas as demandas do estado, a partir da prática pedagógica e da realidade concreta vivenciada.

O aprofundamento crítico destes achados em novos estudos e análises da realidade empírica, apresenta-se como uma necessidade para que se processem formulações e proposições mais contundentes, com objetivos claros e explícitos de provocar mudanças de caráter transformador.

Para melhor explicitar esta provocação, podemos tomar como exemplo a estratégia de execução das classes descentralizadas, a qual considero com maior possibilidade de provocar mudanças, pela sua capacidade de desestabilizar o instituído no trabalho pedagógico das escolas.

Embora os mecanismos de indução utilizados pelo Ministério da Saúde tenham sido os mesmos para todas as escolas, é possível dizer que, o que diferencia as respostas e experiências entre as escolas, são seus contextos institucionais tais como a natureza jurídica, a existência ou não de experiência anterior, a consistência do projeto pedagógico e seus tempos escolares. E o que dá paridade e semelhança entre as escolas são a adesão à proposta; os resultados significativos; as dificuldades operacionais, tais como a negociação e organização dos campos de estágio; as dificuldades de contratação do corpo docente pela baixa disponibilidade e pouca qualificação e experiência com docência, além dos aprendizados adquiridos com a execução descentralizada, colocado, tanto como consolidação e ampliação da capacidade da escola com esta estratégia quanto a aquisição desta "ousada" experiência e o aumento da visibilidade e credibilidade da escola na região onde atua.

REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

ALMEIDA, Marcio José de. *Educação médica e saúde: possibilidades de mudança*. Londrina: Ed. UEL; Rio de Janeiro: ABEM, 1999, p. 196.

ALMEIDA, Maria Cecília P.; ROCHA, Juan S. Y. *O saber da enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo: Cortez, 1986.

ALVES, Elioenai Dornelles. *O agir comunicativo e as propostas curriculares da enfermagem brasileira*. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2000. p. 200.

_____. *O agir comunicativo e as propostas curriculares da enfermagem brasileira*. Pelotas. E. Universitária/UFPel; Florianópolis: UFSC, 2000.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM: 1926-1976. *DOCUMENTÁRIO*. Anayde Correa de Carvalho. Brasília, Df, 1976, p. 514.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2002.

BENTO, Isabel C. B. & BUENO, Sônia M. V. *Contribuição para o estudo da aplicabilidade técnica dos projetos Larga Escala e Classe Descentralizada destinados à formação de auxiliares de Enfermagem*. In: Anais do II Encontro e Formação de Professores de Ensino Médio em Enfermagem, p. 133-147.

BENTO, Sônia M. V. *et all. Contribuição ao Estudo da Evolução das Escolas de Enfermagem*. In: Anais do II Encontro de Formação de Professores de Ensino Médio em Enfermagem, p. 25-40, Ribeirão Preto, 1998, p. 224.

BRASIL. Conselho Federal de Educação. Resolução n. 7, 1977.

BRASIL. Conselho Federal de Educação. Resolução n. 8, 1977.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Parecer n. 10, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde/SIS. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. *Editais de convocatória pública para Operadoras*, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde/PROFAE. *Revista Formação*, Vol. 1, n. 1 (2001) – Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde/SIS. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. *Editais de convocatória pública para Operadoras*, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde/SIS. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. *Edital de convocatória pública para Agências Regionais*, 2001c.

BRASIL. Ministério da Saúde/SIS. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. *Relatório de Progresso Semestral I*. 2001d.

BRASIL. Ministério da Saúde/SIS. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. *Relatório de Progresso Semestral II*. 2001e.

BRASIL. Ministério da Saúde/SIS. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. *Edital de convocatória pública para Operadoras*, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde/SIS. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. *Relatório de Progresso Semestral III*. 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. *Relatório de Progresso Semestral IV*. 2002c.

BRASIL. Ministério da Saúde/SGTES. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. *Relatório de Progresso Semestral V*. 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e diretrizes para a NOB/RH-SUS*. 2. Ed., ver. Ed atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

BRASIL. Ministério da Educação. *Educação Profissional: Legislação Básica*. 5ª edição, Brasília, 2001.

CALAPRISTI, Vanda Alberto. *Tendências e desafios na formação dos profissionais de Enfermagem de nível médio*. In: Anais do Encontro de Professores do Ensino Médio de Enfermagem: desafios de sua formação e prática;. Campinas, SP: UNICAMP – FE PRAESA, 1996.

CAMPOS, Gastão W. S. *Os médicos e a política de saúde*. São Paulo: Hucitec, 1988.

CASTRO, Janete Lima de. *Izabel dos Santos: a arte e a paixão de aprender fazendo*. Natal (RN): Observatório RH NESC/UFRN, 2002, p. 128.

CRUZ NETO *et all*. *Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação*. In: Ser Social: revista do Programa de Pós-graduação em Política Social/Universidade de Brasília. Departamento de Serviço Social – v. 1, n. 1. Brasília, SER Social UnB. p.159-186.

DELUIZ, Neise. *Formação do trabalhador: produtividade & cidadania*. Rio de Janeiro: Shape Ed., 1995: 212.

DEMO, Pedro. *Educação profissional – mito e realidade*. In: Ser Social: Revista do Programa de Pós-graduação em Política Social do Dep. De Serviço Social da UnB.

- _____. *A nova LDB : ranços e avanços*. Campinas, SP: Papirus, 1997.
- _____. *Saber pensar*. São Paulo. Cortez: Instituto Paulo Freire, 2001.
- _____. *Pesquisa e Construção de conhecimento: metodologia científica no caminho de Habermas*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2002.
- _____. *Pesquisa participante*. Brasília, 2003.(Mimeo)
- DESLANDES, Suely Ferreira. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis; RJ: Vozes, 1994.
- DI GIOVANNI, G.; Silva. B.P. *Avaliação Institucional do PROFAE e definição de parâmetros para o estabelecimento de sistemas de acompanhamento do mercado de trabalho em saúde*. Campinas: UNICAMP/Núcleo de Estudos e Políticas Públicas, 2002.
- DONNANGELO, Maria Cecília. *Medicina e sociedade*. São Paulo: Pioneira, 1975.
- ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org.). *Formação de pessoal de nível médio para a saúde: desafios e perspectivas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996, p. 224.
- FONSECA. C. D., Seixas. P. H. *Agenda Nacional de Recursos Humanos em Saúde: diretrizes e prioridades*. In: Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas, SP: Unicamp. IE, 2002: 289-291.
- FORGRAD – Fórum de Pró-Reitores das Universidades Brasileiras. *Do pessimismo da razão para o otimismo da vontade: Referências para a construção dos projetos pedagógicos nas IES brasileiras*. ForGRAD, 1999.
- FRIGOTTO, Gaudêncio. *A produtividade da escola improdutiva: um (re)exame das Relações entre educação e estrutura econômica social capitalista*. São Paulo: Cortez, Autores Associados, 1984.
- GADOTTI, Moacir. *Perspectivas atuais da educação*. – Porto Alegre: Artes Médicas. RS, 2000.
- GERMANO, Raimunda Medeiros. *Educação e ideologia da enfermagem no Brasil*. São Paulo: Cortez, 1993.
- GIRARDI, Sábado. N. e Carvalho, Cristiane. L. *Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em saúde no Brasil*. In: Formação v. 2, n. 6, set./dez.2002/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003: 15-36.
- GIRARDI, Sábado N. *Sinais de mercado de trabalho do pessoal de enfermagem no Brasil*. In: Formação v. 1, n.1 (2001) - Brasília: Ministério da Saúde, 2001:73-82.
- GUIMARÃES, Alóide Ladeia. *Formação de auxiliar de Enfermagem através do Projeto larga escala – a experiência do município de Campinas/SP*. In: Anais do I Encontro de

Formação de Professores de Ensino Médio em Enfermagem, p. 99:106, Ribeirão Preto, 1998. p. 224.

HOUAISS, A (1915-1999) e VILAR, Mauro de Salles (1939-). *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001;p. 2925.

INTERNET. <http://www.sig.profae.gov.br>

KISIL, Marcus *apud* Berger & Lukmann. *A Enfermagem no projeto UNI: redefinindo um novo projeto político para a enfermagem brasileira*. In: Sena-Chompré, Roseni Rosângela de. São Paulo: Hucitec, 1998.

LIMA, César França, *et all*. *Educação profissional em enfermagem: uma releitura a partir do Censo Escolar 2001*. In: Formação v. 2, n. 6, set./dez.2002. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003: 37-54.

MARTINS, Maria Inês. C e DAL POZ, Mario Roberto. *A qualificação de Trabalhadores de Saúde e as Mudanças Tecnológicas*. In: PHYSIS: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 8(2): 125-146, 1998.

MARX, Karl. *O capital: crítica da economia política*. Livro primeiro, vol. I. Tradução de Reginaldo Sant ana. Editora Civilização Brasileira S. A., Rio de Janeiro, 1975.

MILITÃO, N. M. *Educação profissional*. Dicionário da educação profissional, Universidade Federal de Minas Gerais. Núcleo de Estudos sobre Trabalho. Belo Horizonte, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho do médico*. Dissertação de mestrado, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

_____. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

_____. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde, Cadernos CEFOR, 1- Série Textos, São Paulo, 1992.

MORAES, Carmem S. V.; FERRETTI, Celso João *et all*. *Diagnóstico da Formação Profissional – ramo metodologias*. São Paulo. Artch/CNM/Rede UNITRABALHO, 2000.

NAKAMAE, D. D. *Novos caminhos da enfermagem: por mudanças no ensino e na prática da profissão*. São Paulo: Cortez, 1987.

NOGUEIRA, Roberto Passos. *Perspectivas da qualidade em saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 1994: 176.

_____. *Política de recursos humanos em saúde e a inserção dos trabalhadores de nível técnico: uma abordagem das necessidades*. In: Formação v.2, n. 5, set. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002:5-16.

_____. *O pessoal técnico em serviços de saúde: respondendo a demandas do mercado e a necessidade da população*. In: Projeto de investimentos para implantação de escolas técnicas do SUS nas regiões Norte e Nordeste - Relatório Final. UFBA/Instituto de Saúde Coletiva, 2002. (Mimeo)

PAIVA, Jane. *Organização do trabalho pedagógico na educação de jovens e adultos: módulo integrado*. Brasília: SESI, 2001. 84p.

PEDUZZI, M. e Anselmi, M. L. *O processo de trabalho do auxiliar de enfermagem*. In: Formação v. 3, n. 7, jan./abr.2003. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003: 73-87.

PEDUZZI, Marina. *"Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde"*. In: Trabalho, Educação e Saúde. - v.1, n.1 (2002). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2002: 75-90.

PENIN, Sonia. *Cotidiano e escola: a obra em construção*. São Paulo: Cortez, 1989.

PEREIRA, Elisabete, M. A. *Subsídios para a elaboração do projeto pedagógico*. In: http://www.prg.unicamp.br/projeto_pedagogico.html.

PIRES, Denise. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social. CUT. Annablume, 1998; p. 254.

RAMOS, Marise. *Indicações teórico-metodológicas para a elaboração de currículos na educação profissional de nível técnico*. In: Brasil. Ministério da Saúde. PROFAE: educação profissional em saúde e cidadania. Janete Lima de Castro (org.) Brasília, 2002;p. 55-86.

SACRISTÁN, J. Gimeno. *O currículo: uma reflexão sobre a prática*. 3. Ed. Porto Alegre: ArtMed, 2000.

SANTOS, I. *et all. Subsídios para formulação de uma política de profissionalização para o pessoal de enfermagem sem qualificação específica*. In: Revista Brasileira de Enfermagem., Brasília, 41(1): 75-80, jan/mar. 1988;p. 75-80.

SAVIANI, Dermeval. *A nova lei da educação: trajetória, limites e perspectivas*. Campinas, SP : Autores Associados, 2000.

_____. *O Trabalho como princípio educativo frente às novas tecnologias*. In: Novas tecnologias, trabalho e educação: um debate multidisciplinar/organizadores Celso Ferretti *et all*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

SENA-CHOMPRÉ, Roseni Rosângela de. *A Enfermagem no projeto UNI: redefinindo um novo projeto político para a enfermagem brasileira*. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVA, Ana Célia Bahia. *Projeto pedagógico: instrumento de gestão e mudanças - limites e possibilidades*. Belém: UNAMA, 2000; p.145.

SORIO, Rita. *Educação e trabalho em saúde: perspectivas de debate sob os Marcos legais da educação profissional*. Texto de apoio elaborado para o Curso de Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde – CADRHU (mimeo).

_____. *Inovações no campo da gestão de projetos sociais: uma reflexão à luz da experiência do PROFAE*. In: Brasil. Ministério da Saúde. PROFAE: Educação Profissional em saúde e cidadania. Brasília, 2002;p. 17-29.

SOUZA, Alina Maria de Almeida *et all*. *Processo educativo nos serviços de saúde*. Brasília, OPS, 1991.

THOMPSON, John B. *Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

TORREZ, Milta. N. F. B. *Formação de pessoal auxiliar de enfermagem em "larga escala": a experiência brasileira*. In: Educación de enfermería en América Latina. Editora: Roseni Rosângela de Sena, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería. 2000: 66-78.

_____. *Qualificação e trabalho em saúde - desafio de "ir além" na formação dos trabalhadores de nível médio*. Tese (Mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1994:273.

VEIGA, Ilma. P. A . *Projeto político-pedagógico da escola: uma construção Coletiva*. In: Projeto político-pedagógico da escola: uma construção possível. Campinas, SP, Papirus, 1995:11-35.

_____. *PROFAE: intenções, gestos e dinâmicas locais: Relatório de pesquisa, 2º etapa, estado de São Paulo*. Brasil. Ministério da Saúde/PROFAE. Brasília, 2002 (mimeo).

_____. *Projeto político-pedagógico: um documento e um movimento participativo*. In: Projeto de investimentos para implantação de escolas técnicas do SUS nas regiões Norte e Nordeste - Relatório Final. UFBA/Instituto de Saúde Coletiva, 2002 (mimeo).

VELLOZO, Vitória. *PROFAE: intenções, gestos e dinâmicas locais*. Ministério da Saúde/PROFAE. Brasília, 2001 (mimeo).



Universidade de Brasília — Faculdade de Medicina
Comitê de Ética em Pesquisa — CEP-FM/UnB
Campus Universitário, Asa Norte — CEP 70910-900 — Brasília, DF
Telefone: (61) 307-2520

ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do projeto: **CEP-FM 039/2003**

Título: **“Profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem: desafios e avanços vivenciados pelas Escolas de Formação Profissional de Nível Técnico em Enfermagem”.**

Pesquisador responsável: **Leila Bernardo Donato Gottens**

Documentos analisados: **Folha de rosto, carta de encaminhamento, projeto de pesquisa, cronograma, bibliografia pertinente, termo de consentimento livre e esclarecido.**

Data de entrada: **15/07/2003**

Proposição do(a) Relator(a):

Aprovação

Aprovação com pendências

Não aprovação

Data da análise pelo CEP-FM/UnB: **30/07/2003**

PARECER

Com base na Resolução CNS/MS n.º 196/96, que regulamenta a matéria, o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília, em sua **reunião 07/2003**, realizada em 30/07/2003, decidiu **APROVAR**, o projeto de pesquisa acima especificado, quanto aos seus aspectos éticos, de acordo com o Parecer do relator em anexo.

Observação:

1. Modificações no protocolo devem ser submetidas ao CEP, assim como a notificação imediata de eventos adversos graves.
2. O(s) pesquisador(es) deve(m) apresentar relatórios periódicos do andamento da pesquisa ao CEP-FM.

Brasília-DF, 12 de agosto de 2003.

Prof.ª Dr.ª Elaine Maria de Oliveira Alves
Coordenadora do CEP-FM/UnB

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este documento visa solicitar sua participação na Pesquisa " Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem: desafios e avanços vivenciados pelas escolas de formação profissional de nível técnico em enfermagem no Brasil" que tem o objetivo de analisar as estratégias implantadas pelo PROFAE para induzir a interiorização da atuação da escola por meio das classes descentralizadas a partir dos resultados obtidos e das implicações positivas e negativas colocadas a escola.

Por intermédio deste Termo são-lhe garantidos os seguintes direitos:

- 1) solicitar, a qualquer tempo, maiores esclarecimentos sobre esta Pesquisa;
- 2) sigilo absoluto sobre nomes, local de trabalho e quaisquer outras informações que possam levar à identificação pessoal e da instituição a qual representa;
- 3) ampla possibilidade de negar-se a responder a quaisquer questões ou a fornecer informações que julgue prejudiciais à sua integridade física, moral e social;
- 4) opção de solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas em nenhum documento oficial, o que será prontamente atendido;
- 5) desistir, a qualquer tempo, de participar da Pesquisa.

"Declaro estar ciente das informações constantes neste "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido"e, entender que serei resguardado pelo sigilo absoluto de meus dados pessoais e de minha participação na Pesquisa. Poderei pedir, a qualquer tempo, esclarecimentos sobre esta Pesquisa; recusar a dar informações que julgue prejudiciais à minha pessoa, solicitar a não inclusão em documentos de quaisquer informações que já tenha fornecido e desistir, a qualquer momento, de participar da Pesquisa. Fico ciente também de que uma cópia deste termo permanecerá arquivada com o Pesquisador responsável por esta Pesquisa."

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2003.

Participante: _____

Representante da Escola: _____

Assinatura do Pesquisador: _____

ANEXO III**EVOLUÇÃO BASE DE DADOS DO SIG-PROFAE/BRASIL**

	dez/00	jun/01	dez/01	jun/02	dez/02	jun/03
Cadastrados	81973	129945	329685	431834	436767	438368
Nº municípios de residência dos alunos cadastrados	2581	3923	5324	5416	5419	5420
Nº de alunos em sala de aula	8661	33397	56298	127683	95233	76903
Nº municípios de residência dos alunos em sala	397	1712	2770	4037	3689	3356
Nº de turmas	272	1371	2103	5507	4518	3992
Nº de municípios sede de turmas	151	607	894	1827	1748	1711
Nº de turmas em capitais	82	376	552	1246	921	665
Nº de turmas no interior	190	995	1551	4261	3597	3327
Nº de alunos formados	0	75	4720	30720	65893	97349
Nº de alunos formados no interior	0	71	3606	23287	48052	68127
Nº de alunos formados na capital	0	4	1114	7433	17841	29222
Nº de municípios com alunos formados	0	35	289	1776	3028	3573
Nº de escolas	22	96	132	231	195	173

EVOLUÇÃO BASE DE DADOS DO SIG-PROFAE/MINAS GERAIS

	dez/00	jun/01	dez/01	jun/02	dez/02	jun/03
Cadastrados	15848	16485	33179	41520	41964	42068
Nº municípios de residência dos alunos cadastrados	757	783	841	846	846	847
Nº de alunos em sala de aula	83	5411	6704	15784	10803	6619
Nº municípios de residência dos alunos em sala	7	298	410	685	615	524
Nº de turmas	3	228	267	586	423	267
Nº de municípios sede de turmas	3	92	109	211	189	156
Nº de turmas em capitais	0	32	42	97	63	23
Nº de turmas no interior	3	196	225	489	360	244
Nº de alunos formados	0	0	0	3777	8554	14174
Nº de alunos formados no interior	0	0	0	3446	6957	11408
Nº de alunos formados na capital	0	0	0	331	1597	2766
Nº de municípios com alunos formados	0	0	0	270	485	608
Nº de escolas	2	18	19	22	16	16

ANEXO III

Evolução base de Dados do SIG - Brasil x Minas Gerais

	dez/00		jun/01		dez/01		jun/02		dez/02		jun/03	
	BRASIL	MINAS GERAIS										
Cadastrados	81973	15848	129945	16485	329685	33179	431834	41520	436767	41964	438368	42068
Nº municípios de residência dos alunos cadastrados	2581	757	3923	783	5324	841	5416	846	5419	846	5420	847
Nº de alunos em sala de aula	8661	83	33397	5411	56298	6704	127683	15784	95233	10803	76903	6619
Nº municípios de residência dos alunos em sala	397	7	1712	298	2770	410	4037	685	3689	615	3356	524
Nº de turmas	272	3	1371	228	2103	267	5507	586	4518	423	3992	267
Nº de municípios sede de turmas	151	3	607	92	894	109	1827	211	1748	189	1711	156
Nº de turmas em capitais	82	0	376	32	552	42	1246	97	921	63	665	23
Nº de turmas no interior	190	3	995	196	1551	225	4261	489	3597	360	3327	244
Nº de alunos formados	0	0	75	0	4720	0	30720	3777	65893	8554	97349	14174
Nº de alunos formados no interior	0	0	71	0	3606	0	23287	3446	48052	6957	68127	11408
Nº de alunos formados na capital	0	0	4	0	1114	0	7433	331	17841	1597	29222	2766
Nº de municípios com alunos formados	0	0	35	0	289	0	1776	270	3028	485	3573	608
Nº de escolas	22	2	96	18	132	19	231	22	195	16	173	16

ANEXO IV

EXECUÇÃO DE CLASSES DESCENTRALIZADAS PELAS ESCOLAS

Edital 2000	Edital 2001	Edital 2002
<p>"O curso deverá ser oferecido de modo descentralizado em locais que permitam fácil acesso dos trabalhadores às aulas teóricas e práticas supervisionadas." Pág. 33</p> <p>"O subprojeto demonstra a capacidade de realização de turmas de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem de modo descentralizado." Era atribuído: 5 pontos se de 100 a 80% das turmas propostas fossem descentralizadas; 2 pontos se 79 a 50% das turmas propostas fossem descentralizadas; 1 ponto se 49 a 10% das turmas propostas fossem descentralizadas; e, 0 pontos para turmas totalmente centralizadas.</p>	<p>"O curso deverá ser oferecido de forma, preferencialmente, descentralizada." Req. Téc. Obrigatório.</p> <p>"O subprojeto será avaliado no item descentralização, atribuindo-se os pontos respectivos na coluna fator, da seguinte maneira: não descentraliza - fator 0; descentraliza de 1 a 19% das turmas - fator 1; de 20 a 39% das turmas - fator 2; de 40 a 59% - fator 3; de 60 a 79 % - fator 4; de 80 a 100% fator 5. O fator é multiplicado pelo peso 40."</p> <p>Além disso, incluiu-se uma pontuação para "cobertura da demanda cadastrada"da seguinte maneira: o subprojeto será avaliado no item atendimento da demanda cadastrada segundo o quantitativo de alunos pretendidos com vistas a cobertura apresentada para o estado, atribuindo-se os pontos: atendimento de 361 a 720 alunos - fator 1; de 721 a 1080 - fator 2; de 1080 a 1440 - fator 4; de 1441 a 3600 - fator 5, considerando-se que o peso também é 40.</p> <p>O subprojeto será avaliado no item número de municípios abrangidos, recebendo 100 pontos a licitante que apresentar o maior número de municípios para cobertura dos cadastrados."</p> <p>Em 1780 pontos totais, a pontuação referente a cobertura de alunos = 200 (11%); a turmas descentralizadas = 200 (11%); e mais 100 (0,5%) pontos se for a licitante que atende ao maior número de municípios do estado. 22,5% do total de pontos é para induzir descentralização e ampliação de cobertura.</p>	<p>"O curso deverá ser oferecido de forma, preferencialmente, descentralizada." Req. Téc. Obrigatório.</p> <p>"O subprojeto será avaliado no item descentralização, atribuindo-se os pontos respectivos na coluna fator, da seguinte maneira: não descentraliza - fator 0; descentraliza de 1 a 19% das turmas - fator 1; de 20 a 39% das turmas - fator 2; de 40 a 59% - fator 3; de 60 a 79 % - fator 4; de 80 a 100% fator 5. O fator é multiplicado pelo peso 40."</p> <p>Além disso, incluiu-se uma pontuação para "cobertura da demanda cadastrada"da seguinte maneira: o subprojeto será avaliado no item atendimento da demanda cadastrada segundo o quantitativo de alunos pretendidos com vistas a cobertura apresentada para o estado, atribuindo-se os pontos: atendimento de 361 a 720 alunos - fator 1; de 721 a 1080 - fator 2; de 1080 a 1440 - fator 4; de 1441 a 3600 - fator 5, considerando-se que o peso também é 40.</p> <p>O subprojeto será avaliado no item número de municípios abrangidos, recebendo 100 pontos a licitante que apresentar o maior número de municípios para cobertura dos cadastrados."</p> <p>Em 1780 pontos totais, a pontuação referente a cobertura de alunos = 200 (11%); a turmas descentralizadas = 200 (11%); e mais 100 (0,5%) pontos se for a licitante que atende ao maior número de municípios do estado. 22,5% do total de pontos é para induzir descentralização e ampliação de cobertura.</p>

Fonte: Elaborado a partir da leitura de Brasil, 2000; Brasil, 2001; Brasil, 2002

ANEXO IV

A INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO

Edital 2000	Edital 2001	Edital 2002
<p>"O Curso de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem deverá garantir a integração ensino-serviço-comunidade de maneira que o aprendizado teórico seja seguido, de imediato, da respectiva prática sob supervisão;" (Brasil, MS, 2000: 33)</p> <p>"O Subprojeto deverá conter a prática supervisionada nas áreas definidas na Resolução n° 07/77 ou nas Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação Profissional de Nível Técnico-CNE, com apresentação de instrumento de comprovação de acordo firmado com os estabelecimento de saúde utilizados como campo de estágio;" (Brasil. MS. 2000:33)</p> <p>"Nas práticas supervisionadas, nos serviços de saúde, deverá contar com 1 (um) enfermeiro/docente supervisor para a té 10 (dez) alunos, respeitadas as especificidades dos diferentes locais de estágio e sua capacidade de acolher maior ou menor número de alunos;" (Brasil, MS. 2000: 33-34)</p>	<p>"O Subprojeto deverá conter plano de estágio contemplando as instituições onde serão realizadas as práticas supervisionadas, objetivos e metodologias de ensino-aprendizagem propostas, bem como habilidades e competências a serem desenvolvidas no campo, formas de avaliação e integração com a instituição conforme orientações ..." (Brasil. MS. 2001)</p> <p>"O Subprojeto deverá conter os instrumentos de comprovação de acordo firmado com cada estabelecimento de saúde citado no Plano de Estágio Supervisionado, com vigência que contemple a duração do curso. Caso os acordos sejam firmados com as Secretarias de Saúde deverá ser anexada a relação dos estabelecimentos onde os alunos do PROF AE desenvolverão o estágio supervisionado;"</p> <p>"Os estágios supervisionados deverão ocorrer com a supervisão de 01 (um) enfermeiro/supervisor para no máximo 10 (dez) alunos, respeitadas as especificidades da Legislação Estadual e dos diferentes locais de estágio e sua capacidade de acolher maior ou menor número de alunos. A distribuição dos alunos em campo de estágio supervisionado deverá ser compatível com a estrutura curricular, cronograma de execução e capacidade instalada do campo";</p>	<p>"O Subprojeto deverá conter plano de estágio contemplando as instituições onde serão realizadas as práticas supervisionadas, objetivos e metodologias de ensino-aprendizagem propostas, bem como habilidades e competências a serem desenvolvidas no campo, formas de avaliação e integração com a instituição conforme orientações ..." (Brasil. MS. 2002)</p> <p>"O Subprojeto deverá conter os instrumentos de comprovação de acordo firmado com cada estabelecimento de saúde citado no Plano de Estágio Supervisionado, com vigência que contemple a duração do curso. Caso os acordos sejam firmados com as Secretarias de Saúde deverá ser anexada a relação dos estabelecimentos onde os alunos do PROF AE desenvolverão o estágio supervisionado;"</p> <p>"Os estágios supervisionados deverão ocorrer com a supervisão de 01 (um) enfermeiro/supervisor para no máximo 10 (dez) alunos, respeitadas as especificidades da Legislação Estadual e dos diferentes locais de estágio e sua capacidade de acolher maior ou menor número de alunos. A distribuição dos alunos em campo de estágio supervisionado deverá ser compatível com a estrutura curricular, cronograma de execução e capacidade instalada do campo";</p>

Fonte: Elaborado a partir da leitura de Brasil, 2000; Brasil, 2001; Brasil, 2002.

ANEXO IV

A RELAÇÃO DA ESCOLA COM OS MECANISMOS DE REGULAÇÃO E CONTROLE

Edital 2000	Edital 2001	Edital 2002
<p>"Caso a entidade se caracterize como instituição de ensino, deverá contar com autorização para funcionamento outorgada pelo órgão de educação competente - municipal, estadual ou federal e cumprir todas as diretrizes, normas e pré-requisitos estabelecidos pelo Sistema Estadual de Ensino..."</p> <p>O currículo do curso de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem deverá estar de acordo com a Resolução n. 07/77 do Conselho Federal de Educação ou com as Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação Profissional de Nível Técnico - Parecer n. 16/99 e da Resolução n. 04/99, do Conselho Nacional de</p> <p>Educação (CNE). (Brasil. MS. 2000: 33)</p>	<p>"Apresentar Projeto Pedagógico do Curso de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem contendo Plano de Curso APROVADO de acordo com as Diretrizes Curriculares para Educação Profissional de Nível Técnico, Resolução n. 04/99 e Parecer n. 16/99, do Conselho Nacional de Educação e Atos Deliberativos do órgão do respectivo Sistema de Ensino."</p> <p>- Enquanto documentos exigidos, consta: Ato autorizativo de funcionamento e credenciamento da escola pelo órgão competente do sistema de ensino; Ato autorizativo de aprovação do curso de auxiliar de enfermagem; Regimento Escolar homologado pelo órgão competente do sistema de ensino.</p>	<p>"Apresentar Projeto Pedagógico do Curso de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem contendo Plano de Curso APROVADO de acordo com as Diretrizes Curriculares para Educação Profissional de Nível Técnico, Resolução n. 04/99 e Parecer n. 16/99, do Conselho Nacional de Educação e Atos Deliberativos do órgão do respectivo Sistema de Ensino."</p> <p>- Enquanto documentos exigidos, consta: Ato autorizativo de funcionamento e credenciamento da escola pelo órgão competente do sistema de ensino; Ato autorizativo de aprovação do curso de auxiliar de enfermagem; Regimento Escolar homologado pelo órgão competente do sistema de ensino.</p>

Fonte: Elaborado a partir da leitura de Brasil, 2000; Brasil, 2001; Brasil,

ANEXO IV

O CORPO DOCENTE DA ESCOLA

Edital 2000	Edital 2001	Edital 2002
<p>- Consta como "Critérios De Excelência para classificação do subprojeto da seguinte forma: item 2 - "O subprojeto prevê o aperfeiçoamento dos docentes do curso de qualificação profissional de auxiliar de enfermagem, em atividades com carga horária mínima de 20(vinte) horas." A pontuação seria dada conforme a quantidade de docentes que passariam pelas atividades de aperfeiçoamento e conforme o conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10 pontos para aperfeiçoamento de 80% a 100% dos docentes no decorrer de sua execução nas áreas: metodologia de ensino, processo de avaliação, formação pedagógica de educação profissional, licenciatura ou atualização em áreas técnicas da enfermagem presentes no currículo do curso de qualificação profissional de auxiliar de enfermagem." - 5 pontos – aperfeiçoamento de pelo menos 50% dos docentes; - 2 pontos – aperfeiçoamento de menos de 50% dos docentes; - 0 pontos - não prevê aperfeiçoamento dos docentes; <p>No item 5 dos critérios de excelência, constava ainda: "O corpo docente possui formação pedagógica adequada para o ensino profissionalizante."</p> <p>A pontuação seria da seguinte forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10 pontos: acima de 80% do corpo docente possui alguma capacitação pedagógica e/ou licenciatura, mestrado ou doutorado em educação; - 5 pontos: pelo menos 50% possui... - 2 pontos: pelo menos 25% possui - 0 pontos: o corpo docente não possui nenhuma capacitação pedagógica para o ensino profissionalizante. 	<p>As exigências em relação ao corpo docente aparecem em três momentos do corpo do Edital:</p> <p>Normas Gerais:</p> <p>"A Licitante deverá apresentar o valor líquido da hora/aula a ser paga aos docentes de teoria e estágio supervisionado não inferior a R\$ 10,00(dez) reais..."</p> <p>G- Documentos de Credenciamento: "Apresentar declaração de comprometimento em matricular todos os docentes enfermeiros, tanto de teoria quanto de prática supervisionada que atuarão nos cursos de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem no curso de Formação Pedagógica oferecido pelo PROFAE, em parceria com a EAD/ENSP/FIOCRUZ..."</p> <p>Manual de Elaboração e Apresentação de Subprojetos: Requisitos Técnicos Obrigatórios, item 15: "A licitante deverá apresentar Plano de Educação Permanente para a coordenação e corpo docente, com cronograma de execução trimestral e carga horária mínima de 20 horas, contemplando os seguintes temas..."</p>	<p>As exigências em relação ao corpo docente aparecem em três momentos do corpo do Edital</p> <p>Normas Gerais:</p> <p>"A Licitante deverá apresentar o valor líquido da hora/aula a ser paga aos docentes de teoria e estágio supervisionado não inferior a R\$ 10,00(dez) reais..."</p> <p>G- Documentos de Credenciamento: "Apresentar declaração de comprometimento em matricular todos os docentes enfermeiros, tanto de teoria quanto de prática supervisionada que atuarão nos cursos de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem no curso de Formação Pedagógica oferecido pelo PROFAE, em parceria com a EAD/ENSP/FIOCRUZ..."</p> <p>Manual de Elaboração e Apresentação de Subprojetos: Requisitos Técnicos Obrigatórios, item 15: a licitante apresente "Plano de Educação Permanente para a coordenação e corpo docente, com cronograma de execução trimestral e carga horária mínima de 20 horas, contemplando os seguintes temas: PROFAE – concepções, diretrizes e ações; o subprojeto credenciado da licitante; metodologias de ensino-aprendizagem e de avaliação, legislação básica em educação profissional (área de saúde) e do Sistema único de Saúde – SUS."</p>

Fonte: Elaborado a partir da leitura de Brasil, 2000; Brasil, 2001; Brasil, 2002.

ANEXO V

**Municípios com trabalhadores formados pela Escola
“A”**

Lavras

**M
I
N
A
S
G
E
R
A
I
S**



- Municípios de residência dos trabalhadores
- Município sede da escola

ANEXO VI

Municípios com trabalhadores formados pela Escola "B"

Caratinga

M
I
N
A
S

G
E
R
A
I
S



- Municípios de residência dos trabalhadores
- Município sede da escola

ANEXO VII

Municípios com trabalhadores formados pela Escola

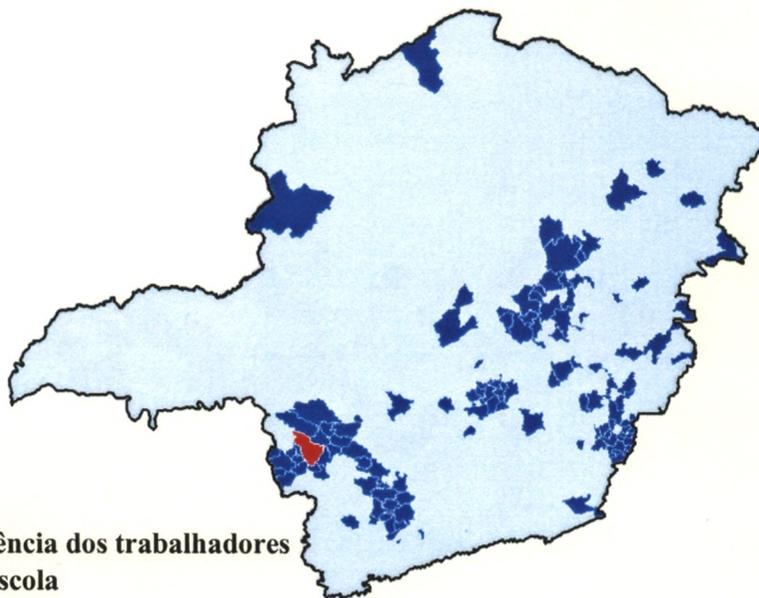
“C”

Passos

M
I
N
A
S

G
E
R
A

I
S



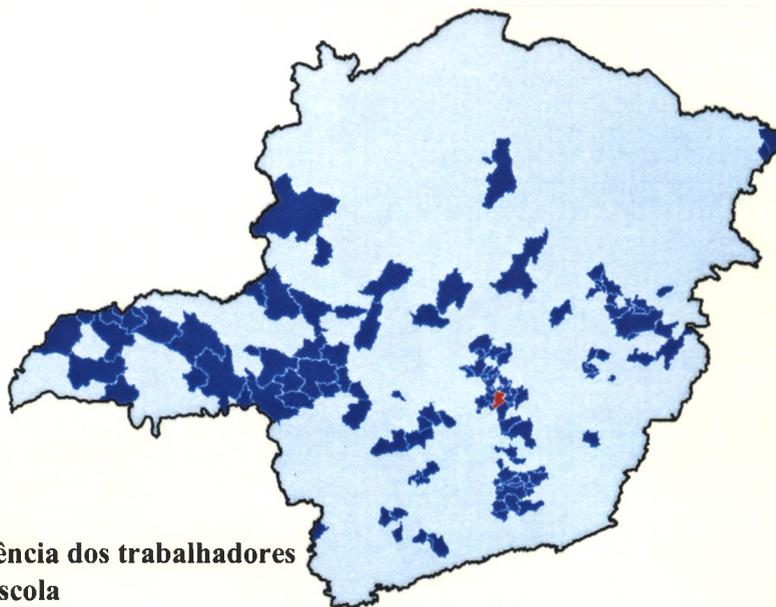
- Municípios de residência dos trabalhadores
- Município sede da escola

Municípios com trabalhadores formados pela Escola
"D"

Belo Horizonte

M
I
N
A
S

G
E
R
A
T
S



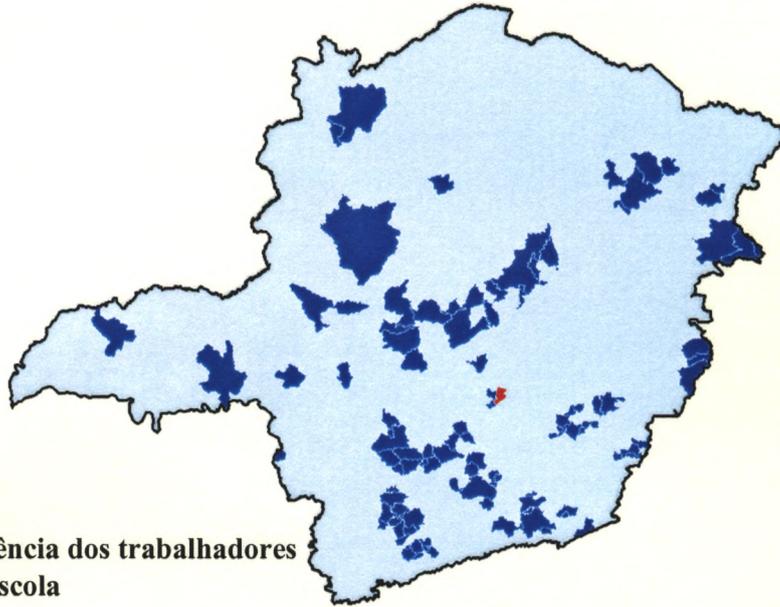
- Municípios de residência dos trabalhadores
- Município sede da escola

Municípios com trabalhadores formados pela Escola
"E"

Belo Horizonte

M
I
N
A
S

G
E
R
A
T
S



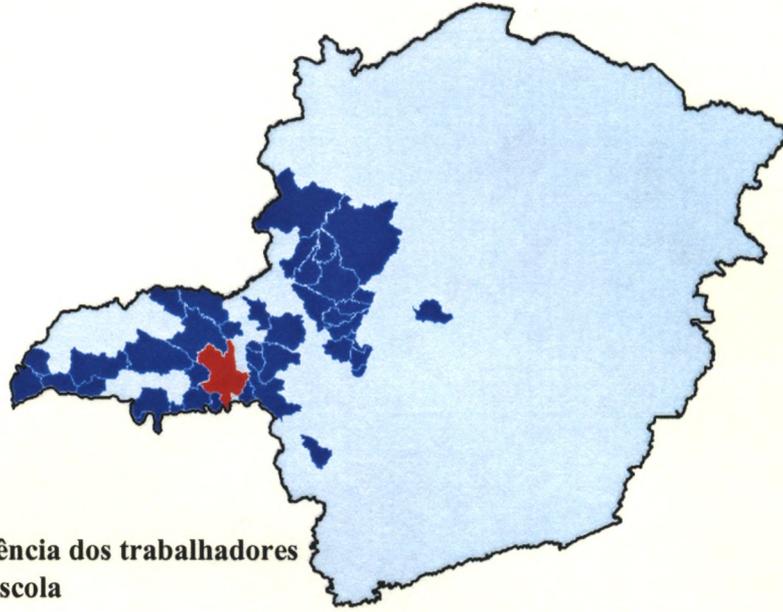
- Municípios de residência dos trabalhadores
- Município sede da escola

ANEXO X

Municípios com trabalhadores formados pela Escola
"F"
Uberaba

M
I
N
A
S

G
E
R
A
I
S



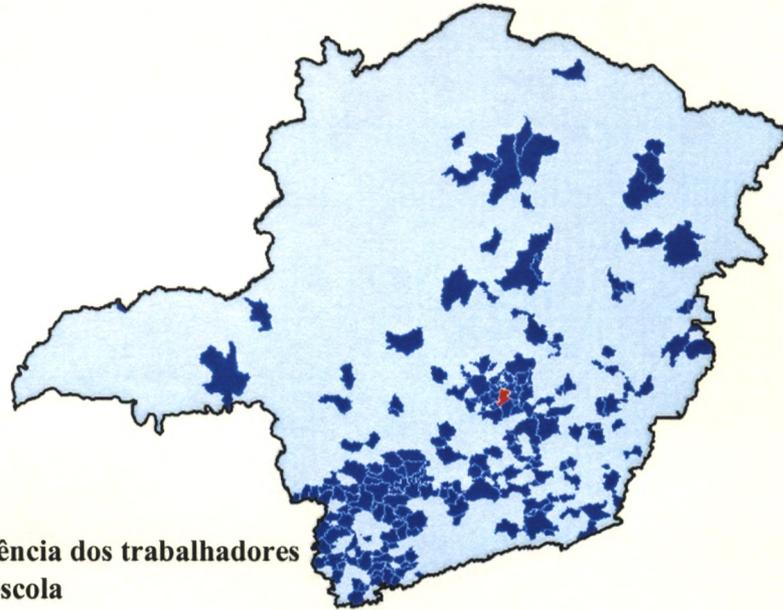
- Municípios de residência dos trabalhadores
- Município sede da escola

ANEXO XI

Municípios com trabalhadores formados pela Escola
"G"
Belo Horizonte

M
I
N
A
S

G
E
R
A
I
S

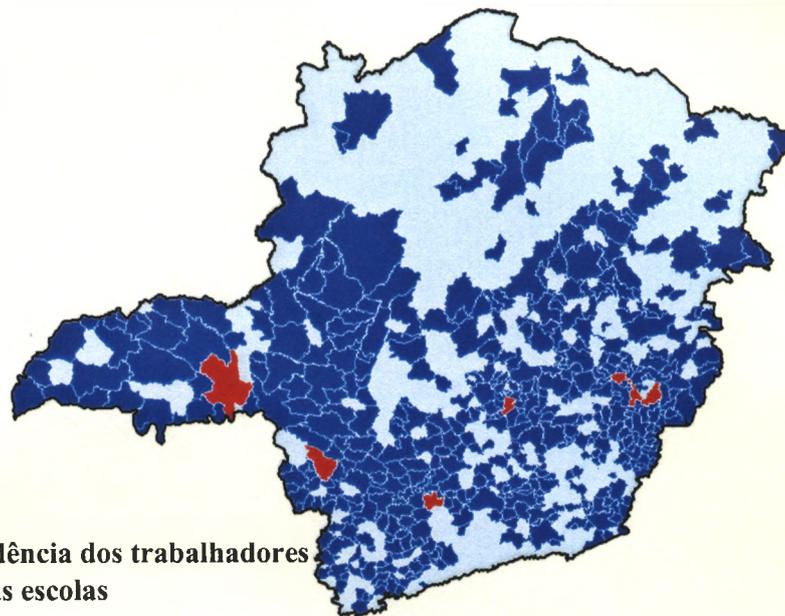


- Municípios de residência dos trabalhadores
- Município sede da escola

Municípios do Estado de Minas Gerais atendidos pelas Escolas

M
I
N
A
S

G
E
R
A
I
S



- Municípios de residência dos trabalhadores
- Municípios sede das escolas

Municípios sede das Escolas

M
I
N
A
S

G
E
R
A
T
I
S

