

Trabalho e Educação Profissional em Saúde no Brasil

Júlio César França Lima

Esse texto tem como objetivo tratar da conformação da educação profissional em saúde no Brasil e as diversas iniciativas que, a partir da segunda metade do século passado, foram sendo viabilizadas no sentido de qualificar os trabalhadores técnicos de saúde. Esses são entendidos aqui como aqueles que exercem atividades técnico-científicas no interior da área de saúde, não restringindo essa noção à escolaridade destes como frequentemente se faz, isto é, só considerando técnico aquele que detém o ensino médio completo.

A discussão em torno da educação profissional em saúde no país tem uma longa trajetória, que se inicia no período colonial-escravista até os dias atuais no qual predomina o modo de acumulação de capital comandado pelo capital financeiro (Lima, 2013; Lima, Ramos e Lobo Neto, 2013). Nesse período histórico a tendência predominante é o progressivo privilegiamento do tempo de formação escolar em detrimento do tempo de formação prática e a substituição progressiva dos práticos de saúde pelos auxiliares de diversas categorias e destes pelos técnicos de saúde de nível médio. Na segunda metade do século passado, em que pese a polarização das qualificações em saúde, a necessidade de formação escolar e profissional para o conjunto dos trabalhadores técnicos de saúde se torna um processo irreversível, principalmente a partir da década de 1990 e nos anos iniciais do século XXI.

Parte-se aqui da compreensão de que o aumento da escolaridade dos trabalhadores técnicos de saúde não é determinado exclusivamente pelas mudanças do processo de trabalho em saúde, mas pelas mudanças nas relações sociais que acompanhou o processo de modernização conservadora no país, num primeiro momento, e que acompanha atualmente o processo pautado pelo neoliberalismo da Terceira Via, pela financeirização da economia e pela aceleração da difusão das tecnologias de informação e comunicação (TICs). São esses processos considerados em sua totalidade que exigem o domínio do saber científico do conjunto da população e, especificamente dos trabalhadores técnicos.

Essas mudanças na configuração da educação escolar desses trabalhadores serão tratadas aqui tendo como referencia os conceitos de trabalho simples e trabalho complexo, formulados originalmente por Marx (1988). Esses conceitos se referem à divisão social do trabalho, isto é, a totalidade diversificada de trabalhos úteis existentes nas sociedades, que

se diferem em gênero, espécie, família, subespécie e variedade. O trabalho complexo caracteriza-se por ser de natureza especializada, “é a exteriorização de uma força de trabalho na qual entram custos mais altos de formação, cuja produção custa mais tempo de trabalho [e de formação] e que, por isso, tem valor mais elevado que a força de trabalho simples” (Marx, 1988, p.155). Ao contrário, o trabalho simples é de natureza indiferenciada, ou seja, “é dispêndio da força de trabalho simples que em média toda pessoa comum, sem desenvolvimento especial, possui em seu organismo físico” (Marx, 1988, p.51). Embora presentes em qualquer sociedade esses conceitos têm a sua natureza determinada historicamente, segundo a especificidade de cada formação social e do estágio da divisão social do trabalho alcançado pelas sociedades em seu conjunto.

Na sociedade capitalista, ambos os conceitos estão envolvidos com a produção de valor de uso (trabalho concreto) e com a produção do valor (trabalho abstrato) e, nessa última condição o “trabalho mais complexo vale apenas como trabalho simples potenciado ou, antes, *multiplicado*, de maneira que um pequeno quantum de trabalho complexo é igual a um grande quantum de trabalho simples” (Marx, 1988, p. 51, grifo do autor). Com o desenvolvimento do capitalismo, o trabalho complexo e simples vão reconfigurando as suas características a partir da divisão técnica do trabalho e da decorrente hierarquização das funções do trabalhador coletivo. Essa reconfiguração está relacionada às necessidades do constante aumento da produtividade do processo de trabalho e das necessidades de conformação ético-política da força de trabalho às mudanças das relações sociais capitalistas (Lima, Neves e Pronko, 2009).

Existe um patamar mínimo de escolarização para o trabalho simples em cada formação social concreta. Esse patamar se redefine ao longo do tempo de acordo com o estágio de desenvolvimento das forças produtivas, das relações sociais de produção e da sua inserção na divisão internacional do trabalho, especialmente no que diz respeito à produção e difusão da ciência e tecnologia. O grau de generalização da formação para o trabalho complexo em cada formação social concreta, depende, em grande parte, do lugar ocupado pela sociedade na divisão internacional do trabalho.

Nos primórdios do capitalismo industrial, o trabalho simples tinha um caráter eminentemente prático, o local de trabalho era ao mesmo tempo o local de sua formação. O trabalho complexo, por outro lado, era realizado por um pequeno número de trabalhadores

que, desde a época da cooperação simples, assumem as funções de controle e supervisão do trabalho para o capital – denominados por Marx de ‘oficiais superiores industriais’ e ‘suboficiais’ -, e de manutenção da maquinaria, que possuíam formação superior ou dominavam um ofício. Os demais trabalhadores especializados, nesse período, eram formados predominantemente em instituições superiores, mas que não vinculavam a escolarização às demandas mediatas e imediatas da produção.

Com o capitalismo monopolista, à medida que a produção material e simbólica da existência se racionaliza com o emprego diretamente produtivo da ciência e à medida que o trabalhador coletivo necessita de adaptação aos valores e práticas da cultura urbano-industrial, novas exigências são colocadas para a formação para o trabalho simples e para o trabalho complexo. Em relação ao primeiro, vai exigir cada vez mais um local específico para a sua formação: a escola, e do segundo, o domínio cada vez mais especializado do conhecimento científico-tecnológico. De maneira geral, ao longo do tempo vai requerer alterações periódicas no conteúdo e na forma de preparação tanto para o trabalho simples como para o complexo, principalmente com a consolidação do capitalismo monopolista no decorrer do século XX.

Segundo Neves e Pronko (2008), a generalização da formação para ambos os tipos de trabalho, durante o século XX, se acelerou a partir do momento em que o Estado capitalista assumiu a organização dos sistemas de ensino, seja para garantir o aumento da produtividade da força de trabalho, seja para atender as pressões da população urbana por acesso à educação escolar.

Com a generalização do emprego diretamente produtivo da ciência foi se definindo dois ramos de ensino para a formação para o trabalho complexo: o ramo científico e o ramo tecnológico. O primeiro ramo propicia uma formação de base científico-filosófica, mediadamente interessada na utilização produtiva do conhecimento e confere um passaporte para as funções de direção da sociedade.

O segundo ramo propicia os princípios científico-tecnológicos da técnica de forma mais imediatamente interessada na utilização produtiva do conhecimento e formando especialistas e dirigentes no âmbito da produção. Desse ponto de vista, Neves e Pronko (2008) chamam a atenção de que a escolarização tecnológica não deve ser confundida com as atividades de formação técnico-profissional, que as autoras identificam com o

treinamento em serviço, isto é, com o desenvolvimento de habilidades específicas voltadas para sua aplicação direta na produção de bens ou serviços.

Nesse processo de inserção científica direta na produção da existência, sob a direção do capital, a educação científica foi progressivamente se configurando de forma mais pragmática, mais atrelada à produção social da existência, enquanto a educação tecnológica foi se afastando cada vez mais do sentido unitário e integrado preconizado por Marx e Gramsci e, portanto, da sua feição emancipatória, e subordinando a transmissão dos fundamentos tecnológicos aos requerimentos sempre crescentes de maior produtividade do próprio capital (Neves e Pronko, 2008, p. 28).

Para as autoras, com as atuais mudanças qualitativas na produção capitalista da existência que se configuram na difusão das novas tecnologias de informação e comunicação, no uso da microeletrônica, nas demandas por novos conteúdos e formas de organização material e simbólica da vida e a consolidação da hegemonia econômica, política e cultural da burguesia mundial, se esboçam novas tendências para a formação para o trabalho simples e complexo.

É a partir dessas referências que serão utilizados esse par de conceitos – trabalho simples e trabalho complexo – para orientar a análise sobre a educação profissional dos trabalhadores técnicos de saúde no contexto do capitalismo dependente, buscando relacioná-la com as políticas de educação e, principalmente com as políticas de saúde. Segundo Fernandes (2009), o capitalismo dependente é uma forma específica de capitalismo de desenvolvimento desigual e combinado onde as burguesias locais se associam de forma subordinada às burguesias dos centros hegemônicos do sistema capital. Nas palavras do autor,

[a] dependência [...] não é mera 'condição' e 'acidente'. A articulação estrutural de dinamismos externos e internos requer uma permanente vantagem estratégica do polo econômico hegemônico, aceita como *compensadora, útil e criadora* pelo outro polo. [...] Quando se dá a eclosão do mercado moderno, a revolução comercial ou a revolução industrial, os parceiros internos se empenham em garantir as condições desejadas pelos parceiros externos, pois veem em seus fins um meio para atingir os seus próprios fins. Não que considerem incapazes de 'montar o jogo': pensam que usando tal método tornam o processo mais 'lucrativo', 'rápido' e 'seguro'. Privilegiam, assim, as vantagens relativas do polo dinâmico mais forte porque 'jogam nelas' e pretendem realizar-se através delas. [...] Essa é a ética e a racionalidade do capitalismo dependente. (idem, p. 60, destaques do autor)

Cabe esclarecer ainda que não se trata aqui de considerar o trabalho realizado pelos trabalhadores técnicos de saúde como simples, particularmente considerando que lida com a vida e a morte, e com eventos inesperados que podem ocorrer no momento da assistência em saúde que, inclusive, podem relativizar o nível de escolaridade de cada trabalhador individual. Trata-se, isto sim, de relações sociais que sob o capitalismo visam elevar a força

produtiva do trabalho por meio da divisão sistemática do processo de trabalho e, conseqüentemente, da desvalorização dessa mesma força pela diminuição dos custos de formação.

O texto está organizado em três partes: na primeira se aborda a formação e consolidação da 'burguesia de serviços de saúde', o boom da regulamentação educacional e a polarização das qualificações em saúde, nos anos 1970. A segunda parte é um diálogo entre o 'Projeto Larga Escala' e a concepção politécnica de ensino nos marcos dos anos 1980. Finalmente, na última parte, se aponta as mudanças que ocorrem na área da saúde a partir da segunda metade dos anos 1990, a reorganização e fortalecimento da 'nova' burguesia de serviços de saúde, a entrada da área de saúde na órbita da financeirização da economia e as tendências atuais para a educação profissional em saúde.

Formação e consolidação da 'burguesia de serviços de saúde', o boom da regulamentação educacional dos técnicos de saúde e a polarização das qualificações em saúde

Os estudos sobre o setor saúde pós 1945 (Braga e Paula, 1981; Oliveira e Teixeira, 1986; Bahia, 2005) apontam, em primeiro lugar, para a mudança de orientação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que substituem, a partir de 1930, as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) e que estão na base do desenvolvimento da medicina previdenciária no país. A partir de 1945, abandonam as teses contencionistas e o regime de capitalização até então defendido substituindo-o pelo regime de repartição, ou seja, a Previdência repassa aos segurados, na forma de benefícios pecuniários e de serviços, o total da receita arrecadada. Ao mesmo tempo, passam a defender que a Previdência dispndia muito dinheiro com benefícios por doença e invalidez e que, portanto, serviços médicos assistenciais e de recuperação poderiam não só diminuir essas despesas como ainda aumentar a receita, pelo retorno mais rápido dos segurados em benefício à situação de segurados ativos.

Em segundo lugar, a ampliação do número de hospitais próprios, além de dezenas de ambulatórios por todo o país. Se até 1948 não existiam mais do que cinco hospitais próprios dos IAPs, em 1950 eles somavam nove; em 1966 seriam 28 e, em 1978, 32 – o que caracteriza o período de 1945 à unificação dos IAPs, em 1966, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), como correspondendo a um verdadeiro *boom* de

expansão do setor próprio da assistência médica previdenciária. Os serviços médicos passaram a ser pensados em termos amplos e não mais como algo provisório, complementar, secundário ou subsidiário.

Finalmente, que a expansão da medicina previdenciária não ocorre à margem ou de forma contrária aos interesses privados no interior do setor saúde. Em 1950, 53,9% dos leitos hospitalares existentes no país já eram privados, e em 1960 o percentual era de 62,1%, dos quais 14,4% pertenciam a entidades com fins lucrativos, delineando a partir daí uma tendência à predominância do setor empresarial lucrativo sobre o religioso, filantrópico e mutualista. Ou seja, ao mesmo tempo que se expandia a medicina previdenciária, já se montava no país uma forte estrutura de base hospitalar de natureza privada. A partir dos anos 1950, a rede privada conheceria as maiores taxas de crescimento, abandonando pouco a pouco o seu caráter filantrópico, em favor do critério da lucratividade. Verifica-se em todo o país, no período de 1946 a 1964, que enquanto o número de hospitais privados aumentou de 1.305 para 2.390, o de hospitais públicos ficou constante (442 em 1946 e 457 em 1964).

Diante dessa expansão fenomenal de hospitais, em 1954, a lei n. 2.367 de 7/12/1954, permitiu a abertura de cursos volantes ou cursos de emergência para a formação de auxiliares de enfermagem, pelo período de dez anos, em todo o país. Essa lei autorizou não só as escolas de enfermagem oficiais ou reconhecidas como também os departamentos educacionais ou sanitários a organizarem esses cursos. Nos locais onde não existissem escolas, permitia também que eles fossem organizados em hospitais, desde que oferecessem condições para o ensino, exigindo pelo menos um enfermeiro no corpo docente e prevendo ‘auxílio’ às escolas oficiais e ‘subvenções’ às escolas privadas, além de bolsas aos estudantes.

Segundo estudos da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), em 1956 já existiam 41 cursos em funcionamento e oito haviam pedido autorização para funcionar, totalizando, no final da década, 67 cursos no país. Na sua maioria eram cursos mantidos por entidades privadas, sendo que grande parte destas incluía, entre suas finalidades assistenciais, a manutenção dos hospitais. Esse aspecto revela não só a importância do hospital como centro da educação e de prática, mas também a concepção de que as escolas de enfermagem existiam para prover o hospital, de forma imediata, de pessoal de

enfermagem necessário ao trabalho hospitalar, vigente até hoje (Carvalho, 1976; Silva, 1986).

No plano internacional, o que caracteriza o pós-Segunda Guerra é o papel intervencionista cada vez maior do Estado na regulação da economia, na mediação das relações capital-trabalho e, de modo mais geral, na vida social. O fordismo, base do longo período de expansão capitalista do pós-guerra, até meados de 1973, para Harvey (1998), tem de ser entendido menos como um sistema de produção em massa do que como um modo de vida total. A produção em massa significava padronização do produto e consumo de massa, mas também implicava uma nova estética, a mercadificação da cultura, um novo tipo de trabalhador e de homem mais cooperativo, e dependia para sua expansão de uma maciça ampliação dos fluxos de comércio mundial e de investimento internacional.

Desse modo, uma nova divisão internacional do trabalho começa a solapar a antiga, com a crescente oligopolização e internacionalização da economia, acompanhada da difusão mundial do modelo de produção fordista, que encontra nesse momento as condições para sua consolidação, e da revolução tecnológica que então se verifica com a produção de novos produtos, em especial da indústria farmacêutica¹.

A partir de então, as novas relações de produção não se definem mais pela exportação de capitais, mas pela internacionalização do capital, com o surgimento de empresas multinacionais cada vez mais poderosas e a crescente oligopolização do mercado. Ou seja, a expansão para fora não se dá fundamentalmente pelo comércio, mas sobretudo pela instalação de filiais dos grandes oligopólios nos diversos países ou, na verdade, pelo comércio entre matrizes e filiais.

O surgimento das teorias do desenvolvimento ou da ideologia desenvolvimentista, particularmente na América Latina e no Brasil, não pode ser dissociado desse contexto político pós-Segunda Guerra Mundial e da disputa entre os Estados Unidos (EUA) e a antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) pela liderança internacional. A disseminação da teoria do ‘capital humano’ para os países ‘subdesenvolvidos’ está associada ao papel dos EUA como organizadores e líderes do sistema capitalista mundial no pós-guerra. No interior das diferentes formações sociais latino-americanas, o

¹ Estima-se que entre 1948 e 1958, nos EUA, os fabricantes de drogas introduziram 4.829 produtos novos, 3.686 novos compostos e 1.143 novas apresentações de drogas estabelecidas, isto é, uma média de um novo fármaco por dia durante esse período. Em 1959, a venda anual alcançou a cifra de dois bilhões de dólares para as drogas éticas (sem publicidade para o público) e 450 milhões de dólares para as não-éticas (Braga e Paula, 1981).

desenvolvimentismo passa a se constituir na ideia matriz de recomposição e rearticulação da hegemonia americana, na perspectiva de modernização das relações de produção, tendo em vista a crescente mecanização e automação, a ampliação de inversões de capital em grandes unidades de produção, e em decorrência disso, pelas próprias mudanças que se verificam no processo de trabalho.

A teoria do capital humano como teoria do desenvolvimento, no âmbito das relações internacionais, vai sustentar nesse momento uma concepção linear na qual o processo de desenvolvimento é tratado como um *continuum* do ‘subdesenvolvido’ a ‘em desenvolvimento’ e, finalmente, ao ‘desenvolvido’. As diferenças entre os países são vistas assim como decorrentes de etapas distintas de crescimento, e sua aceleração é possível desde que se utilizem técnicas mais eficientes e racionais de intervenção na realidade. Para essa teoria, a produtividade baseada no estoque de capital físico e de trabalho explicava apenas uma parcela do crescimento econômico, levantando a hipótese de que o ‘resíduo’ desse crescimento poderia ser atribuído ao investimento no ‘fator H’ ou ‘capital humano’, que engloba educação formal, treinamento, saúde etc. Do ponto de vista macroeconômico, o investimento em ‘capital humano’ passa a significar um elemento determinante para o aumento da produtividade e de superação do atraso econômico. Do ponto de vista microeconômico, passa a explicar as diferenças individuais de produtividade e de renda, consequentemente de mobilidade social.

A idéia-chave é de que a um acréscimo marginal de instrução, treinamento e educação corresponde um acréscimo marginal de capacidade de produção. Ou seja, a idéia de capital humano é uma ‘quantidade’ ou um grau de educação e de qualificação, tomado como indicativo de um determinado volume de conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridas, que funcionam como potencializadoras da capacidade de trabalho e de produção. Desta suposição deriva-se que o investimento em capital humano é um dos mais rentáveis, tanto no plano geral do desenvolvimento das nações, quanto no plano da mobilidade individual. (Frigotto, 1995, p. 41)

O conceito de ‘capital humano’ estabelece no plano econômico o nivelamento entre capital constante e capital variável (força de trabalho) na produção do valor, e ao fazer esse movimento coloca o trabalhador assalariado como um duplo proprietário: da força de trabalho, adquirida pelo capitalista, e de um capital – quantidade de educação ou ‘capital humano’ – adquirido por ele. Por outro lado, reduz a concepção de educação – na escola ou fora dela – ao enfocá-la sob o prisma do fator econômico e não da estrutura econômico-social. A educação e a qualificação profissional, de práticas sociais, históricas, políticas e técnicas, são reduzidas a fatores da produção, potenciadoras do fator trabalho. Desse modo,

também são reduzidas à mera função técnica de formar recursos humanos definidos pelos critérios de mercado e tecnologias educacionais, desenvolvendo-se a partir daí uma perspectiva tecnicista da educação que, no Brasil, vai se configurar a partir da aprovação da lei 5.692, de 11/08/1971, que reorganiza o ensino de Primeiro e Segundo Graus, e torna a profissionalização compulsória, só revogada com a lei 7.044, de 18/10/1982. A solução era ‘tecnificar a educação’, ou seja, conceber o sistema educacional como uma empresa de ensino, transformando-o numa ‘máquina de ensinar’ por meio da aplicação de técnicas e de máquinas que haviam produzido bons resultados no interior da indústria.

Essa teoria também vai inserir a saúde no quadro dos problemas ‘legítimos’ em economia e tenta efetuar análises macroeconômicas das questões de saúde, levando em consideração as múltiplas influências sociais sobre o estado de saúde da população, mas não consegue aprofundá-las. Isso decorre do próprio instrumental teórico do pensamento neoclássico que, ao restringir a análise às categorias ‘operacionalizáveis’, deslocam a discussão em torno dos níveis de saúde da população e seus determinantes à vaga noção de ‘ambiente externo’.

É nestas tentativas que vêm à luz claramente as limitações da análise neoclássica: saúde é vista como capacidade de desempenho das funções produtivas; saúde, analiticamente, não é vista como sendo determinada pela estrutura socioeconômica; a melhoria de saúde é vista como uma função direta da estrutura de atenção à saúde; e nesta, não se vê o movimento do capital. (Braga e Paula, 1981, p. 23)

A partir daí, o pensamento neoclássico reduz a questão da saúde à análise dos serviços de saúde, atribuindo-lhe, na prática, as determinações dos níveis de saúde da população. A preocupação central se volta para a eficiência e a administração dos serviços, visando avaliar os seus efeitos em termos do desempenho da atividade econômica, do ganho em termos de tempo de trabalho, de produtividade etc. para a produção do ‘capital humano’. Ao ganhar em ‘eficiência’, o setor ganha também maiores dimensões econômicas e financeiras principalmente com a construção do *Welfare State* nos países capitalistas centrais, assumindo importância como fator de mobilização de recursos, e crescem no seu rastro as indústrias de medicamentos e equipamentos médicos.

A partir daquele momento a prática médica deixava de ser a ação de um indivíduo isolado; transformava-se numa complexa cadeia que envolvia grande número de técnicos e instituições, mobilizando grande volume de recursos financeiros. Esta transformação – iniciada, ou pelo menos reforçada, pela constituição da moderna indústria farmacêutica – estimulava o crescimento de diversas indústrias correlatas, produtoras de equipamentos, instrumentos, materiais, medicamentos etc. Ao mesmo tempo, expandia-se o sistema de formação de recursos humanos diferenciados e desenvolviam-se inúmeras pesquisas

científicas e tecnológicas. No centro deste sistema, estava o hospital. (Braga e Paula, 1981, p. 151)

Sob a lógica dessa teoria desenvolvem-se os estudos sobre economia da educação e economia da saúde e emerge a noção de recursos humanos em saúde, referendada pela Carta de Punta del Este, em agosto de 1961, elaborada no contexto da Aliança para o Progresso. Com a generalização do modelo fordista de organização do trabalho e a crescente aplicação da ciência nos diversos setores da vida econômica, inclusive nos serviços, a tendência geral foi o aprofundamento e desenvolvimento de maior racionalização e padronização das tarefas, a especialização médica, o assalariamento e a lógica parcelar do trabalho em saúde. O pós-guerra assinala assim o momento de ruptura da medicina com uma prática eminentemente liberal.

No Brasil, o capitalismo monopolista se instala na segunda metade dos anos 1950, no quadro de uma industrialização pesada e acelerada pela execução do Plano de Metas do presidente Juscelino Kubitschek (1956-1961), que determina opções econômicas comprometidas com a internacionalização da economia, a inovação tecnológica, a produção em larga escala e a competitividade dos produtos no mercado externo.

Segundo Mello (1990), ao contrário do período 1933-1955, no qual predominou uma industrialização restringida, entre 1956-1961, houve

uma verdadeira 'onda de inovações' schumpeteriana: de um lado, a estrutura do sistema produtivo se alterou radicalmente, verificando-se um profundo 'salto tecnológico'; de outro, a capacidade produtiva se ampliou muito à frente da demanda preexistente. Há, portanto, **um novo padrão de acumulação**, que demarca uma nova fase, e as características da expansão delineiam um **processo de industrialização pesada**, porque este tipo de desenvolvimento implicou um crescimento acelerado da capacidade produtiva do setor de bens de produção e do setor de bens duráveis de consumo antes de qualquer expansão previsível de seus mercados. (idem, p. 117, grifos do autor)

Para Ianni (1991), ocorreu nesse período uma transformação qualitativa na economia brasileira, no sentido de que não houve apenas substituição de importações, mas diferenciação interna do sistema econômico. A opção do Estado foi de acelerar o desenvolvimento econômico, particularmente a industrialização, e impulsionar o setor privado nacional e estrangeiro.

Mas essa transformação qualitativa, longe de significar um desenvolvimento econômico autossustentado, ampliou e aprofundou a internacionalização da economia e, conseqüentemente, as relações de dependência externa. A expansão verificada foi comandada fundamentalmente pelo Estado e pelo 'novo' capital estrangeiro, que se

transfere na forma de capital produtivo, com o apoio do capital industrial nacional que também experimentou uma forte expansão. O Estado atua nessa fase investindo maciçamente em infra-estrutura e nas indústrias de base sob sua responsabilidade, ou seja, atuando como empresário, e estabelecendo as bases de associação com a grande empresa oligopólica estrangeira por meio da definição do esquema de acumulação e concedendo generosos favores.

O Plano de Metas visava transformar a estrutura econômica do país pela criação da indústria de base e a reformulação das condições reais de interdependência com o capitalismo mundial. Surgiu de várias confluências, abrangendo os setores de energia, transportes, alimentação e indústria de base. Ao todo, somavam-se trinta metas, incluindo-se o programa de formação de pessoal técnico, particularmente para a indústria automobilística que foi o empreendimento que sobrepujou todos os outros. Por outro lado, com o desenvolvimento do modo de produção capitalista no Brasil, desenvolveram-se também tanto as relações de produção ou as forças produtivas – capital, força de trabalho, tecnologia e a divisão social do trabalho – como o conjunto da estrutura social, particularmente a estrutura de classes sociais. A própria cultura transformou-se com o desenvolvimento de novas formas de pensar e agir, fazendo avançar assim a hegemonia da cultura urbana sobre a cultura agrária.

Essas mudanças qualitativas também reconfiguram o setor saúde. Nesse processo começa a se organizar o complexo médico-industrial, ou a tendência de integração entre o Estado, as empresas médicas e as empresas industriais em saúde, o que corresponderá a uma avançada organização capitalista do setor.

O que define a capitalização da medicina é exatamente o processo pelo qual o Estado, com os recursos previdenciários, assegura a ampla predominância da empresa privada (clínicas e hospitais particulares) na prestação dos serviços de saúde, o que leva à constituição de empresas capitalistas no setor e conseqüentemente à maior tecnificação do ato médico, ao assalariamento em larga escala dos trabalhadores de saúde e a uma maior divisão técnica do trabalho. A articulação da medicina com o mundo da produção de mercadorias se aprofunda com a ampla utilização dos medicamentos produzidos pela indústria farmacêutica, com seus produtos sempre renovados, e a incorporação de uma

variedade de equipamentos, máquinas e insumos produzidos por diversos setores industriais, que ao serem consumidos completam o ciclo de valorização do capital.

Essa articulação iria permitir que o setor de atenção médica no Brasil aumente de importância econômica, mobilizando um volume cada vez maior de recursos e uma crescente acumulação de capital em seu interior, e ao mesmo tempo o aumento da dependência externa, na forma de controle do capital, da tecnologia empregada e da importação de equipamentos e matérias-primas.

Segundo Braga e Paula (1981), no período de dez anos (1956-1966) cresce de maneira importante o volume de recursos para a assistência médica com financiamento baseado fundamentalmente na arrecadação previdenciária; a assistência médica é cada vez mais realizada por instituições privadas; o padrão de organização centrado no hospital segue o das sociedades industrializadas, com elevado grau de utilização de equipamentos e fármacos, e com a especialização crescente de mão-de-obra; e a tecnologia incorporada, tanto na produção dos serviços como na produção de insumos, é uma tecnologia de ponta. Portanto, a partir desse momento, a prática médica vai deixando de ser artesanal ou manufatureira – prestada pelo médico isolado e por serviços bastante simplificados – e passa a assumir características de grande indústria – papel desempenhado pelo hospital moderno.

Portanto, é um processo que configura antes mesmo do golpe militar de 1964 não só a privatização como, também, a legitimação da segmentação das demandas, segundo a condição de renda e não quanto aos problemas de saúde dos segurados (Bahia, 2005). Nesse processo pode-se identificar dois marcos institucionais importantes, a partir dos quais se radicaliza a integração Estado, empresas de serviços médicos e empresas industriais: a unificação dos IAPs no INPS, em 1966 (decreto n. 72, de 21/11/1966), e a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), em 1974 (lei n. 6.025, de 25/6/1974). Esses marcos institucionais estão na base da formação e consolidação, respectivamente, do que Oliveira e Teixeira (1986) denominam como ‘burguesia empresarial nacional na área de saúde’ e que aqui está sendo tratada como ‘burguesia de serviços de saúde’.

Com a criação do INPS, essa fração burguesa organiza seus interesses empresariais, em torno da Federação Brasileira de Hospitais (FBH/hospitais privados), da Associação

Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge/empresas médicas) e da Associação Médica Brasileira (AMB/cooperativas médicas), capazes de moldar a política de saúde desde então. Esses aparelhos privados de hegemonia disputam o mercado entre si, mas no decorrer do tempo vão sendo adotadas pelo Estado políticas conciliatórias de interesses desses diversos segmentos do complexo médico-empresarial. O objetivo é consolidar a ocupação capitalista na prestação da assistência médica, por meio da integração entre o Estado e o setor privado, tanto no nível do financiamento como no da própria produção dos serviços, criando condições de escala para a expansão capitalista da rede de serviços.

Essa expansão avança a partir das medidas e instrumentos criados para viabilizar o empresariamento da saúde: o convênio-empresa, a contratação de hospitais privados e as cooperativas médicas. A primeira modalidade foi, à época, o segmento mais nitidamente capitalista do complexo médico-empresarial, isto é, o pólo mais dinâmico de penetração das relações capitalistas de produção na organização da prática médica. Nessa modalidade, o INPS estabelece convênio com uma empresa contratante pelo qual esta fica responsável pela atenção médica a seus empregados, desobrigando teoricamente o INPS de prestação direta de tais serviços. Ela recebe um subsídio e compra os serviços de uma empresa médica especializada chamada ‘medicina de grupo’, ‘grupo médico’ ou ‘empresa médica de pré-pagamento’.

A segunda modalidade – contratação dos hospitais privados – é uma forma de articulação em que os serviços privados de saúde são credenciados para atenderem aos segurados, recebendo pagamento pelos serviços prestados na base de unidades de serviço (US), a partir de uma tabela de preços elaborada pelo INPS. Essa modalidade passa a ser o principal esteio para a expansão da cobertura, ao mesmo tempo que o seu privilegiamento deu condições para que a prática médica se tornasse altamente lucrativa, além de que fosse inserida tal prática na órbita da reprodução do capital das indústrias farmacêutica e de equipamentos médicos. Desse modo, o que ocorre no período é a elevação do número dos hospitais privados, “operados com finalidade lucrativa: 14,4% em 1960; 44% em 1971 e 45,2% em 1975; ao mesmo tempo, vai se dissolvendo – especialmente depois da unificação dos institutos – a diferença entre lucrativos e não lucrativos” (Braga e Paula, 1981, p. 110).

Finalmente, a última modalidade – cooperativas médicas - é inicialmente uma reação da corporação médica à medicina empresarial. Entretanto, progressivamente, essa

modalidade evoluiria para a adoção dos convênios-empresa, gerindo e repassando recursos de forma semelhante às empresas médicas. “Portanto, pretendendo-se colocar à margem da ‘medicina capitalista’, ainda assim, passava a integrar o complexo médico-empresarial e previdenciário” (Cordeiro, 1984, p. 71), disputando o mercado da clientela potencial – empresas industriais e de serviços – com a mesma lógica assistencial e modalidade de financiamento – o pré-pagamento, com ou sem a interveniência da Previdência Social.

A consolidação da ‘burguesia de serviços de saúde’, entretanto, só iria ocorrer após a criação do MPAS. Numa conjuntura internacional e nacional marcada pela recessão dos países capitalistas centrais e pelo esgotamento do ‘milagre econômico brasileiro’ (1968-1973), respectivamente, o Estado brasileiro, através do MPAS, amplia a cobertura da medicina previdenciária e acelera a política de privatização da assistência médica, tentando contornar, ao mesmo tempo, a crise política do regime militar e a crise social com a crescente incorporação de grupos sociais antes excluídos do cuidado médico. Os instrumentos utilizados para isso foram a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) e do Plano de Pronto Ação (PPA).

O FAS foi criado para dar apoio financeiro aos programas e projetos de caráter social do II Plano Nacional de Desenvolvimento Social (II PND), envolvendo recursos na ordem de 5,6 bilhões de cruzeiros, destinados aos órgãos públicos e empresas privadas, gerenciados pela Caixa Econômica Federal. Na área de saúde, atuou em consonância com a política governamental para o setor, principalmente a partir da criação do PPA.

Segundo levantamento de Braga e Paula (1981), em 1977, considerando as duas áreas sociais mais importantes, do total de recursos destinados à área de educação, 88% destes foram dirigidos ao setor público, enquanto na área da saúde, ao contrário, 79,7% foram para o setor privado, funcionando assim como um importante fundo de financiamento à iniciativa privada. Com empréstimos a juros baixos, o FAS proporcionou grande impulso à modernização, aquisição de equipamentos e ampliação dos hospitais privados, distorcendo assim um fundo que, destinado a financiar projetos prioritários de interesse coletivo, foi utilizado segundo a lógica da lucratividade.

Com o FAS, fecha-se o ciclo do apoio financeiro governamental ao setor privado de assistência à saúde: com os recursos das contribuições à previdência, paga-se a parte mais substancial do custeio dos serviços de saúde; estes recursos, entretanto, não podem ser usados para financiar a expansão da oferta ou a modernização e melhoria do padrão tecnológico das unidades *privadas*. Definindo-se (...) a prioridade do atendimento via rede privada de saúde, estava posta a necessidade de mobilizar financiamentos. É claro

que se poderia apelar para os mecanismos já existentes de financiamento ao capital; entretanto, a carga política que assume a questão da saúde, adicionada à força dos interesses empresariais específicos, levou a que o FAS, na área de saúde, tivesse uma função e comportamento oposto às demais áreas, no que se refere ao corte público/privado dos tomadores de empréstimos. (Braga e Paula, 1981, p. 131-132, grifo do autor)

O PPA, por outro lado, é um conjunto de portarias e regulamentos que visam disciplinar e organizar o funcionamento das diversas modalidades de prática médica vinculadas à Previdência Social, com o objetivo de viabilizar a expansão de cobertura. Aos hospitais públicos, especialmente os universitários, destinou a prestação de assistência de alta especialização, a pesquisa e o aperfeiçoamento técnico-profissional. A assistência médica em geral seria realizada por meio de convênios com as empresas e por credenciamento de médicos particulares nos subúrbios dos grandes centros urbanos e ainda por cooperativas médicas, além dos convênios com a União, estados e prefeituras (Oliveira e Teixeira, 1986; Cordeiro, 1984).

Com a aprovação do PPA, foi possível tornar uma política já dominante – a assistência médica curativa individual – uma prática universal e verdadeiramente predominante. Uma de suas principais resoluções foi garantir o direito de qualquer pessoa, beneficiário ou não da Previdência, de atendimento em caso de emergência em qualquer hospital, cobrindo esses gastos de acordo com a tabela de atos médicos. O PPA facultou ainda ao segurado a opção por instalações especiais nos hospitais particulares contratados, custeadas pelo próprio diretamente com o hospital, atendendo assim às reivindicações dos produtores privados visando incorporar à Previdência o consumo das camadas médias.

Mais que isso, com o PPA também ocorre uma mudança na dinâmica da lucratividade do setor privado com a expansão da assistência ambulatorial e dos serviços complementares, do que resulta um novo padrão no desenvolvimento do complexo médico-industrial. Isso porque, todo o processo de capitalização da medicina, que ocorre desde os anos 1960, incentivou o hospital – tanto privado como público – a criar uma base técnica cada vez mais articulada com a rede de serviços complementares (dentro e fora do hospital) e com todo o complexo tecnológico do processo de diagnóstico e terapêutica, resultando daí o que Braga e Paula (1981) chamam de ‘assistência ambulatorial transformada’. Paulatinamente, o setor ambulatorial se torna um segmento dinâmico de acumulação de capital no interior do setor saúde, fazendo com que as taxas de crescimento de dispêndio com esse tipo de assistência superassem aos poucos os dispêndios com os serviços

hospitalares. Entre 1969 e 1976, enquanto os gastos com assistência hospitalar cresceram 184,7%, na assistência ambulatorial a expansão foi de 400%.

Esse crescimento da assistência ambulatorial, após o PPA, ocorreu fundamentalmente nos serviços privados e veio substituindo parcialmente para as empresas médicas a dinâmica da lucratividade, pois é um tipo de assistência que tem um custo menor que a hospitalar, mas não necessariamente uma rentabilidade menor. Portanto, com a constituição de uma base técnica hospitalar, a assistência ambulatorial passou a ser incorporada, em novos termos, à dinâmica capitalista da prestação de serviços, integrando-se técnica e economicamente o hospital e a rede laboratorial, radiológica etc.

É a partir dessas mudanças qualitativa e quantitativa no padrão de organização dos serviços de saúde, e da formação e consolidação da 'burguesia de serviços de saúde', que deve ser entendido o *boom* da regulamentação educacional dos técnicos de saúde que ocorre a partir da década de 1970. De acordo com Girardi (1996) e Girardi, Fernandes Jr e Carvalho (2005) nessa década, por iniciativa da burocracia sanitária e educacional, das profissões dominantes correlatas ou dos próprios grupos de nível médio, o que se verifica é uma intensa regulamentação no âmbito educacional em diversas áreas: administração hospitalar, análises clínicas, enfermagem, farmácia, nutrição e dietética, radiologia, ótica, reabilitação, saneamento e saúde bucal. No levantamento efetuado sobre a legislação relativa aos trabalhadores de grau médio, os autores constataram que, das 43 profissões de saúde, 33 (77%) obtiveram a regulamentação educacional na década de 1970 e 10 (23%) no final da década de 1980 ou início dos anos 1990. Tais regulamentações, em sua maior parte, foram emitidas na forma de pareceres do antigo Conselho Federal de Educação (CFE), que, dentre outras funções, definia o currículo mínimo profissional e autorizava a abertura de cursos, estabelecendo cargas horárias mínimas, níveis de escolaridade e conteúdos de ensino. O certificado e/ou diploma era emitido para os alunos que cumprissem as exigências profissionalizantes, baseadas, à época, na lei n. 5.692/1971.

Romanelli (2002) no âmbito da discussão que realiza sobre o sistema regular de ensino antes da lei n. 5.692/1971, particularmente sobre a oferta de cursos de auxiliares de enfermagem no primeiro ciclo (curso ginásial, atualmente incorporado no ensino fundamental) e no segundo ciclo (curso colegial, atual ensino médio), aponta que entre 1969 e 1971, o número de cursos do primeiro ciclo praticamente dobra (de 19 para 35

curso) e ocorre uma expansão da matrícula de quase três vezes (de 877 para 2.590). Em relação aos cursos do segundo ciclo, eles aumentam em sete vezes (de dois para 14 cursos), e o número de matrículas se expande em quase seis vezes (de 94 para 546). Verifica-se também que, apesar de em termos absolutos o número de cursos de auxiliares de enfermagem e de matrículas ser bem inferior ao quantitativo dos outros ramos de ensino, a expansão destes é proporcionalmente muito superior ao que se observa nos cursos dos ramos comercial, normal, industrial e agrícola, nesses dois anos.

Por outro lado, ainda em 1966, são aprovados os dois primeiros cursos de técnicos de enfermagem, no país: o da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ (parecer CEPM n. 171, de 11/3/1966) e, logo após, o da Escola de Enfermagem Luiza de Marillac/PUC-RJ (parecer CEPM n. 224, de 14/4/1966)². Ambos os cursos tinham currículo abrangendo disciplinas de cultura geral e específicas com carga horária aproximada de duas mil horas para todo o curso. O estudo de Médici e Paim (1987) indica que entre 1976 e 1980 houve uma incorporação importante de técnicos de enfermagem, principalmente no setor privado. Entre os trabalhadores técnicos de enfermagem, esse posto de trabalho evoluiu de 3.831 para 7.203, ou um incremento bruto de quase 90% acima dos auxiliares e atendentes de enfermagem, no período.

Outros estudos como de Nogueira (1986, 1987) também indicam aumento de escolaridade entre os operadores de equipamentos médicos e os laboratoristas. Mas, ao contrário da área de enfermagem ocorre uma redução na incorporação desses trabalhadores que pode ser atribuída às modificações na base técnica do trabalho. Isto é, ao incremento da produtividade mediante a incorporação de máquinas de revelação automática de filmes de raio-X e a automação de testes laboratoriais, respectivamente.

Esse aumento da escolaridade dos trabalhadores técnicos de saúde não foi determinado exclusivamente pelo processo de trabalho, mas pelas mudanças nas relações sociais que acompanhou o processo de modernização conservadora no país, exigindo o domínio do saber científico do conjunto da população. Com o golpe militar de 1964, o desenvolvimento do sistema educacional brasileiro esteve profundamente marcado tanto pela expansão e aprofundamento do emprego diretamente produtivo do conhecimento científico quanto pela capacidade de pressão popular de acesso ao saber sistematizado. Para

² CEPM – Câmara de Ensino Primário e Médio do antigo Conselho Federal de Educação.

Neves (1991), mesmo que o emprego diretamente produtivo da ciência tenha se combinado com as estratégias de superexploração da força de trabalho por meio do arrocho salarial, o que reduziu a necessidade do domínio do saber abstrato sistematizado pela escola, o avanço das forças produtivas no país demandou a elevação do patamar mínimo do saber científico pela escola.

A racionalidade do trabalho invadiu aceleradamente e de modo abrangente, no pós-64, os setores público e privado da produção, a burocracia hipertrofiada do Estado, os serviços industriais e de consumo coletivo e o setor terciário moderno. No campo, pela intermediação do Estado, os históricos latifúndios se transformaram progressivamente em empresas agropecuárias, estabelecendo novas relações de produção que, por sua vez, passaram a exigir novas e diferentes capacidades de trabalho. Dessa forma a lógica científica foi-se espalhando mais intensamente no conjunto das relações sociais, exigindo do conjunto maior de trabalhadores o domínio de novos códigos culturais – a cultura técnico-científica – mesmo que tanto a heterogeneidade estrutural da nossa economia e a fragilidade da organização das massas populares, agora amordaçadas pela ditadura, ainda pusessem à margem desse processo um contingente significativo da nossa população. (Neves, 1991, p. 95)

No âmbito do processo de trabalho em saúde e, particularmente, no de enfermagem, a progressiva introdução de novos equipamentos médicos de base eletromecânica complexificou o trabalho em alguns setores (cirurgia cardíaca, cirurgia plástica, centro de tratamento intensivo etc.), determinando a necessidade de conhecimentos mais especializados e o aumento do patamar da escolaridade para compreensão de códigos e sinais. Entretanto, a introdução de equipamentos sofisticados na área de saúde não ocorre de forma generalizada em todos os setores, exceto no de material descartável. De maneira geral também não substitui, necessariamente, o trabalho vivo, exceto entre os operadores de equipamentos médicos e os laboratoristas. Ao contrário, muitas vezes cria novas demandas e novos perfis de trabalhadores técnicos de saúde.

Nessa medida, uma análise global da incorporação da força de trabalho em saúde revela que, a partir dos anos 1960, ocorre uma incorporação maciça de trabalhadores de nível elementar, isto é, detentores do ensino primário ou das cinco primeiras séries do atual ensino fundamental. Esse fenômeno não pode ser compreendido dissociado do modelo de desenvolvimento capitalista adotado no Brasil pós-64 esboçado acima, da formação e consolidação da burguesia de serviços de saúde e, conseqüentemente da grande expansão dos hospitais privados, das profundas alterações verificadas no trabalho em saúde e de uma certa orientação expressa na IV Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1967.

A natureza do trabalho em saúde é 'trabalho intensivo', isto é, depende para sua realização do trabalho vivo e os estudos sobre mercado de trabalho em saúde realizados a

partir da década de 1980 são unânimes em afirmar que os serviços de saúde foram um importante pólo de criação de empregos e absorção de mão-de-obra desde os anos 1960, decorrente dessa natureza e da expansão dos serviços públicos e privados de saúde. Entre 1960 e 1984, a capacidade instalada de leitos hospitalares no país passa de 257.371 para aproximadamente 520 mil leitos. Destes, 22.976 (8,93%) e 211.802 (40,7%) leitos são, respectivamente, do setor público e do setor privado lucrativo, o que revela o dinamismo das instituições privadas no período.

Em 1977, do total de 454.285 trabalhadores em atividades nos estabelecimentos hospitalares (excetuando-se os trabalhadores administrativos), 35,20% eram de nível superior, 19,96% do nível médio e 44,84% de nível elementar. No nível superior, os médicos representavam 72,84% e, no nível elementar, os atendentes representavam 68,86% (Nogueira, 1987). Dessa forma configura-se, à época, uma polarização das qualificações no mercado de trabalho setorial, pois os principais postos de trabalho criados nos estabelecimentos público e privado, privilegiaram, de um lado, a absorção de médicos e, de outro, os atendentes de enfermagem e outros trabalhadores de nível elementar com precária escolarização e qualificação profissional.

Na medicina, além da crescente especialização e fragmentação do ato médico, assiste-se entre 1966 e 1972 uma grande expansão do número de profissionais graduados pelas escolas médicas, o que, segundo Cordeiro (1984), levou a um aumento da oferta de médicos no mercado de trabalho, nesse último ano, da ordem de 42,5%, contribuindo conseqüentemente para o processo de assalariamento médico. Para esse autor, essa expansão representou uma concessão às pressões das camadas médias por acesso ao ensino universitário, mas ela se deu fundamentalmente pelo que denomina de ‘empresariamento da escola médica’. Em 1960, das 28 escolas médicas existentes, apenas quatro eram particulares (14%); em 1979, de 75 instituições, quarenta (53,3%) eram privadas.

Para Nogueira (1986, p. 336), “essa rápida elevação da oferta de médicos se ajustava à política francamente expansionista dos serviços de saúde, baseada no aumento da rede privada financiada com recursos públicos”. Mais que isso, essa expansão teve papel decisivo na fixação de certos padrões de compra e venda da força de trabalho mais qualificada, generalizando, por exemplo, o uso do salário mínimo para médicos e seu emprego em tempo parcial, frequentemente com expediente de quatro horas diárias. Em

1980, 78% dos médicos trabalhavam sob esse regime o que, segundo a avaliação de Nogueira (1986, p. 344), à época,

dificulta o funcionamento permanente e adequado dos serviços de saúde de tal modo que as necessidades da clientela deixam de ser atendidas com a presteza e a urgência indispensáveis, além de criar inúmeros problemas para a organização interna dos serviços e a utilização dos demais profissionais, a grande maioria trabalhando tempo integral. Por outro lado, sabe-se que raramente o tempo parcial contratado costuma ser cumprido efetivamente.

Na área de enfermagem, a burguesia de serviços de saúde encontrou uma massa de trabalhadores disponíveis, principalmente mulheres, que se deslocaram para os grandes centros urbanos – Rio de Janeiro e São Paulo – em busca de melhores condições de vida e trabalho. Elas encontram no setor saúde uma alternativa rápida para conquistar um emprego e uma profissão, e os produtores privados de saúde uma forma de baratear os custos da atenção à saúde usando um amplo contingente de profissionais de enfermagem com baixa qualificação e facilmente substituível, mas que precisava ser treinada.

Desse último ponto de vista, uma das orientações da IV CNS, realizada em 1967 com o tema central 'Recursos Humanos para as Atividades de Saúde', sob inspiração da teoria do 'capital humano', era que enquanto os trabalhadores técnicos médios deveriam passar por uma formação regular e tecnológica, abrindo-lhes a possibilidade de uma futura formação de nível superior, os trabalhadores de nível elementar deveriam ser qualificados via treinamento em serviço com o suficiente para prepará-los a exercer determinadas tarefas. E, de fato, essa foi a forma encontrada pela burguesia de serviços de saúde, mas também pelos serviços públicos, para a formação técnico-profissional³ de um grande contingente de trabalhadores cuja admissão não dependia necessariamente de certificado de conclusão de curso e que se caracteriza exatamente pelo treinamento em serviço para aquisição de habilidades manuais. Tendo experiência de trabalho hospitalar anterior, melhor; não tendo, aprendia no próprio trabalho via 'educação em serviço' ou 'treinamento planejado', ou mero treinamento, através das 'escolas' de enfermagem dos próprios hospitais, e/ou enfermeiros, médicos e atendentes/práticos de diversas áreas com experiência de trabalho.

³ Entendida aqui como atividade de treinamento em serviço, diferenciando-se assim da educação tecnológica ou da formação profissional que propicia ao trabalhador o domínio dos fundamentos científico-tecnológicos das técnicas.

Em síntese, pode-se dizer que nos anos 1970 ocorrem dois movimentos contraditórios que eram resultado de um mesmo processo, isto é, do próprio desenvolvimento capitalista ou das mudanças que então se operavam nas relações sociais no país. De um lado, a exigência do aumento da escolaridade de um número crescente de trabalhadores e da população em geral e, de outro lado, a incorporação de uma massa de trabalhadores(as) sem formação profissional em saúde como forma de baratear os custos dos serviços. Acompanhando o movimento do capital em outros setores, os lucros das empresas médicas aumentam na mesma medida em que rebaixa o salário dos trabalhadores de saúde.

Ao final dessa década, porém, a abertura de novas frentes de lucratividade aliada à baixa capacidade de controle sobre as contas hospitalares – particularmente com a abertura indiscriminada aos atendimentos de emergência e urgência por meio dos serviços médicos ambulatoriais -, provoca um importante desequilíbrio orçamentário da Previdência Social. A denominada ‘crise da previdência’ no final dos anos 1970 se configura como uma crise estrutural e irrompe na opinião pública, num contexto em que a sociedade civil e os partidos de oposição vinham progressivamente ocupando o cenário político nacional, se movimentando com crescente determinação pelo fim do regime de exceção e pressionando em favor da aceleração do processo de abertura democrática. Nesse momento surgem propostas alternativas para o sistema de saúde sistematizadas no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde. Realizado na Câmara dos Deputados em outubro de 1979, condena explicitamente a privatização e mercantilização da medicina, e postula a canalização de recursos públicos para o sistema público, a partir de documento elaborado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), criado em 1976.

Portanto, nos anos 1980, entre os desafios colocados para o movimento da reforma sanitária brasileira, que então se organiza, estão a mudança da direção da política de saúde com privilegiamento do setor público e a qualificação do grande contingente de trabalhadores sem formação profissional no interior dos serviços de saúde. Nessa década, apesar da crise econômica e da falência do tripé que sustentava o Estado desenvolvimentista – Estado, capital estrangeiro e capital nacional -, o país se torna uma sociedade do tipo ‘ocidental’, isto é, com “uma sociedade civil forte e articulada, que equilibra e controla a ação do Estado *stricto sensu*” (Coutinho, 2006, p. 188).

Aglutinando em torno de si uma ampla frente de forças políticas – partidos políticos, movimentos sociais, sindicatos, estudantes e academia – e apoiado pela teoria social da saúde, que a concebe como determinada pelas condições de vida, trabalho e renda; pelo dispêndio de energias físicas e mentais, diferenciado segundo as classes e os grupos sociais; e pela necessidade de acesso e participação da população na riqueza nacional, o movimento da reforma sanitária brasileira consegue inscrever na Constituição Federal (CF) em 1988 o princípio de que ‘a saúde é direito de todos e dever do Estado’. A partir de então, se torna desnecessário ser contribuinte do sistema de seguridade social para ter direito garantido à saúde, o que representava no âmbito político-institucional operacionalizar o princípio de universalidade das ações de saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS), com a aceleração do processo de municipalização que já vinha ocorrendo desde 1983. Mais que uma reforma setorial, a reforma sanitária tal qual pensada naquele momento pressupunha também uma reforma social pautada por três elementos: a democratização da saúde, do Estado e da sociedade (Paim, 2008).

Por outro lado, no embate de forças com a burguesia dos serviços de saúde, o resultado foi uma solução negociada do artigo 199 da Constituição, que define que a assistência médica à saúde é livre à iniciativa privada, podendo participar de forma complementar do SUS, segundo as diretrizes deste e mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fim lucrativos.

As mudanças que ocorrem na arena política da saúde, o crescente processo de municipalização e o grande contingente de trabalhadores técnicos de saúde sem qualificação estão na base para a operacionalização do ‘Projeto Larga Escala’. Desse contingente se prioriza os atendentes de enfermagem, pois com a aprovação da nova lei do exercício profissional de enfermagem, em 1986 (lei n. 7.498, de 25/6/86), o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) determina a proibição de contratação de atendentes pelos serviços públicos e privados, estabelecendo o ano de 1996 como prazo para que só exercessem a profissão os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

O 'Projeto Larga Escala' e a Concepção Politécnica de Ensino: alternativas excludentes?

Tributário da experiência do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS),⁴ o 'Larga Escala' se torna responsável pela institucionalização da formação profissional em saúde no âmbito das secretarias estaduais de saúde. Progressivamente, vai se configurando como a alternativa pública e político-pedagógica para resolver o problema de 300 mil trabalhadores empregados sem qualificação profissional específica que representavam aproximadamente 50% da força de trabalho em saúde naquele momento, tanto na administração (gerência de material, de pessoal e de finanças) como na assistência (enfermagem, nutrição, odontologia, laboratório, fisioterapia e vigilância sanitária e meio ambiente) (Santos e Souza, 1989).

Em 1985, a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan), por meio da resolução n. 15, de 14 de novembro, aprova o 'Larga Escala' como estratégia prioritária na preparação dos recursos humanos, no âmbito das Ações Integradas de Saúde (AIS). Em 1986, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), criado com o desmembramento do INPS em 1977 e extinto pela lei n. 8.689, de 27/7/1993, regulamenta a formação profissional de pessoal de nível médio dentro da sistemática do projeto, através da resolução n. 118, de 7/4/1986. Nesse mesmo ano, a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde (I CNRHS), realizada de 13 a 17 de novembro, em Brasília, também aprova o projeto como a estratégia para a formação de pessoal de nível médio e elementar já engajado na força de trabalho em saúde. Possivelmente, as articulações políticas necessárias para a sua institucionalização contribuíram para aprovar na Constituição de 1988 o artigo 200, inciso III, que reserva ao SUS a competência de "ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde".

⁴ O Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS) e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde (PIASS) foram programas de extensão de cobertura criados pelo Ministério da Saúde na segunda metade dos anos 1970. A preocupação central do PPREPS era a modernização administrativa na área de Planejamento de Recursos Humanos em Saúde. Foi organizado em torno de três objetivos: treinar em massa o pessoal de nível médio e elementar; constituir e implementar dez regiões docente-assistenciais; e apoiar o estabelecimento de Sistemas de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde em cada estado, no interior das secretarias de saúde. O Projeto de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio e Elementar, mais conhecido como 'Projeto Larga Escala', foi instituído no início dos anos 1980, a partir da realização de um acordo de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde (MS), o Ministério da Educação e Cultura (MEC), o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Para superar o que considerava uma inadequação das instituições de ensino que ministravam o ensino regular profissionalizante ou a desarticulação entre as unidades de formação e as de prestação de serviço, assim como o caráter utilitarista dos cursos de treinamento que atendem apenas aos fins imediatistas das instituições de serviço, propõe a organização de 'centros de formação multiprofissional' específicos da área de saúde. Mais conhecidos como 'centros formadores' (Cefor) se destinam à qualificação e habilitação profissional, por via supletiva, dos trabalhadores de nível médio e elementar engajados na força de trabalho ou em processo de admissão, com base na estratégia de integração ensino-serviço e na descentralização dos cursos para os diversos municípios brasileiros.

Aos poucos e com dificuldade, entre 1982 e 1984, foi implantado em quatro estados – Piauí, Rio Grande do Norte, Alagoas e Minas Gerais – e, na gestão Hésio Cordeiro no Inamps, nos estados do Maranhão, Pernambuco, Bahia, Goiás, Rio de Janeiro e São Paulo, com a transformação das escolas de enfermagem do Instituto em Cefor.

O 'Larga Escala' tinha três preocupações centrais. A primeira era a flexibilidade em termos de carga horária, do tempo de formação e do corpo docente dos cursos. Por isso a opção pela via supletiva para acesso a formação escolar e conseqüentemente o aumento da escolaridade dos trabalhadores técnicos de saúde, assegurada pelo parecer CFE n. 99/1972 e mais tarde pelo parecer CFE n. 170/1983. A segunda preocupação era a inclusão dos trabalhadores. A partir do entendimento de que grande parcela dos trabalhadores sem qualificação foram marginalizados do sistema formal de educação, era necessário reconhecer e legitimar o processo de profissionalização técnica, pois "no plano social estes trabalhadores não possuem identidade de categoria profissional, dificultando sua organização em entidades de classe, enquanto no plano institucional a sua inserção nos planos de cargos e carreiras é precária" (Santos e Souza, 1989, p. 61). Por último, a autonomia relativa dos trabalhadores técnicos de saúde, por considerar que sendo o trabalho em saúde um trabalho coletivo, as categorias de nível médio e elementar não participam apenas na qualidade de executores de tarefas de caráter manual delegadas ou indicadas pelos profissionais de nível superior, principalmente nas zonas rurais.

Com efeito, assumem, adicionalmente, certo grau de autonomia, expresso pela realização de atos que exigem capacidade de observação, juízo e decisão, em face dos problemas de saúde de maior prevalência e resolúveis por meios simples. Neste sentido, não se comportam como meros auxiliares, dotados de papel acessório, como ocorre na tradicional divisão do trabalho de tipo hospitalar, pois gozam de uma autonomia de intervenção que é tanto maior quanto menos complexa for a unidade de saúde, ainda que

suas atividades requeiram supervisão por parte de profissionais de formação universitária. Este é um fator relevante para o aumento da produtividade social dos recursos investidos na extensão de cobertura, contribuindo para a elevação do poder resolutivo dos serviços e fazendo-os alcançar locais que, por suas características econômico-sociais, não comportem a presença em caráter permanente de médicos e outras categorias de nível superior. (Brasil-MS, 1982, p. 7)

A partir dessas referências, foi se constituindo a infra-estrutura de apoio nos estados e municípios concomitante com a construção do projeto político-pedagógico. A infra-estrutura abrange a estruturação dos Centros Formadores em cada estado, reconhecido pelo sistema de ensino, a formação de instrutores e supervisores e a elaboração de material pedagógico. O projeto político-pedagógico se expressa na construção do currículo integrado e na metodologia da problematização, tendo como ponto de partida do processo ensino-aprendizagem a experiência e a vivência dos trabalhadores no processo de trabalho.

De início, a opção para não denominar de ‘Escola’ era para se diferenciar das escolas de educação geral, que não tinham nenhuma ligação com os serviços de saúde. Além disso, do ponto de vista político, a denominação ‘Escola Técnica’ criava resistência nos secretários de saúde em razão dos custos de sua criação e manutenção. A ideia era que as secretarias estaduais de saúde destinassem verbas orçamentárias específicas para a formação profissional dos seus trabalhadores técnicos e assumissem a responsabilidade financeira pela formação do pessoal leigo, uma vez que os gestores eram responsáveis também pela diminuição dos riscos da atenção à saúde para a população. Santos (2006, p. 35) diz, porém, que a denominação ‘Centro Formador’ não foi a melhor opção, pois “os gestores confundiam como centro de treinamento e não como escola. (...) Então, a gente começou a trabalhar a idéia de chamar escola técnica”.

O projeto inicial era construir uma escola técnica de saúde (ETSUS) exclusivamente profissionalizante em cada estado da federação como unidades orçamentária e financeira das secretarias de saúde, ou seja, com autonomia administrativa, pedagógica e financeira. Ao final dos anos 1980, porém, na gestão do então ministro da educação Carlos Sant’Anna (16/1/1989 a 14/3/1990), abriu-se a possibilidade de integrar o ensino médio e a formação técnica, com a perspectiva de criação de escolas técnicas de saúde no âmbito do setor público nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), com financiamento do Programa de Expansão e Melhoria do Ensino Técnico (Protec). O Ministério da Educação, com o apoio da equipe técnica do acordo MEC/MS/MPAS/Opas, instituiu em 1989, no âmbito da Secretaria de Ensino de segundo grau, um Grupo Técnico de Saúde para criar,

nas estruturas organizacionais das Escolas Técnicas Federais (ETF) e Centros Federais de Educação Tecnológica (Cefet), as Unidades Descentralizadas para o Ensino Técnico de Saúde.

A concepção de escola se pautava pela “reflexão sobre o trabalho como princípio educativo e de criatividade, não se limitando ao exercício da mera reprodução de técnicas, mas proporcionando meios para estimular inovações”, propondo a formação de “cidadãos empreendedores, capazes de gerar novas tecnologias [e] promover o desenvolvimento” (Brasil-MEC, 1989, p.18). As escolas a serem criadas se caracterizavam pela multiprofissionalidade, por se mostrarem flexíveis (para atender alunos nas modalidades regular e supletiva, ou seja, formar novos quadros e trabalhadores já engajados), abrangentes (oferecendo tanto educação geral como formação profissional), extensivas quanto à cobertura (com cursos descentralizados) e experimentais (desenvolvendo pesquisas nas áreas de metodologias, currículos, materiais didáticos e capacitação docente).

A justificativa apresentada no documento do MEC para a criação dessas escolas revela naquele momento a grande dificuldade do ‘Larga Escala’ em criar no âmbito das secretarias estaduais de saúde tanto Cefor, quanto ETSUS, com independência administrativa e financeira.

No desenvolvimento desse Projeto, surgiram situações que impediram que o andamento das atividades alcançasse a repercussão que se pretendia. Quando o Centro Formador funcionava nas instalações físicas de uma unidade de prestação de serviços, tão logo surgia a necessidade de espaço, a área do Centro Formador era ocupada e seus trabalhos interrompidos. O mesmo fato repetia-se quando o Centro Formador estava localizado nas dependências administrativas do sistema de saúde. (Brasil-MEC, 1989, p. 8-9)

Agregue-se a isso o fato de que o setor privado de ensino também disputa e, se possível, impede a abertura dessas escolas, conforme indicado no relatório final da I CNRHS, em 1986. O relatório aponta que “a lógica privatizante do setor educacional tem bloqueado, em alguns estados, a consolidação de centros formadores de RH criados pelo setor saúde a partir de sua necessidade e realidade” (Brasil-MS, 1986, p. 23).

De fato, apesar da ausência de dados, é plausível supor que o empresariamento na educação tenha se expandido para a educação profissional em saúde nos anos 1960 e 1970, pois segundo Santana (2001), as iniciativas do Estado brasileiro voltadas para setor sempre foram coadjuvantes do trabalho desenvolvido pelas instituições privadas de ensino, particularmente pelo Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Senac). “Essa política significou uma quase total ausência de investimentos públicos oriundos do sistema

educacional destinados à formação de técnicos e auxiliares para os serviços de saúde” (idem, p.12). Mais recentemente, os dados do Censo Escolar da Educação Profissional realizado anualmente pelo MEC desde 2001 vêm demonstrando inequivocamente que a educação profissional em saúde, no Brasil, é eminentemente privada. Segundo levantamento do Censo Escolar de 2002, 79,5% dos estabelecimentos e 81,4% dos cursos técnicos de saúde são vinculados e ofertados por instituições privadas. Nas regiões Norte e Sul, o número de estabelecimentos privados chega a representar 84% em média da capacidade instalada, enquanto o Nordeste abarca 72%. Esses dados indicam a forte presença do setor privado na área do ensino técnico em saúde, sendo responsável também pela oferta de maior número de cursos em todas as regiões brasileiras (Lima *et al.*, 2004).

Mas, interessa ressaltar também que a proposta acima é muito próxima de outra matriz de formação de trabalhadores que se organiza na segunda metade dos anos 1980, no interior da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), mas com atuação voltada principalmente para a formação de novos quadros para o nascente SUS e para o campo da ciência e tecnologia em saúde. A organização dessa matriz é inspirada nos debates travados à época, no interior da área trabalho-educação da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (Anped) e nas Conferências Brasileiras de Educação, sobre a natureza do 2º grau de ensino e a profissionalização dos trabalhadores em nossa sociedade.

Para superar o movimento pendular desse grau de ensino que ora valoriza a dimensão propedêutica, ora valoriza a dimensão técnica, as perguntas centrais nesse momento, sob inspiração marxiana, eram: como se produz a existência humana? Como o homem se produz? Em Marx (1988), o que define a existência humana é o trabalho, e o homem se constitui como tal à medida que necessita produzir continuamente a sua própria existência, adaptando a natureza às suas necessidades, às finalidades humanas, isto é, agindo sobre a natureza e transformando-a junto com outros homens. Isso o diferencia dos outros animais na medida em que estes se adaptam à natureza e não são guiados por objetivos, não antecipam mentalmente o que irão realizar. O trabalho constitui assim a realidade humana, ao mesmo tempo que define a existência histórica dos homens, num movimento em que ao produzir as condições de sua existência o homem também produz cultura, incluindo aí os conhecimentos necessários para a produção do mundo humano, que vai mudando e se ampliando ao longo do tempo, conforme mudam os modos de trabalhar.

Entendo, pois, que o ensino médio deveria já se organizar na forma de uma explicitação da questão do trabalho. Nessa etapa, o trabalho já aparece não apenas como uma condição, como algo que ao constituir, ao determinar a forma da sociedade, determina, por consequência, também o modo como a escola se organiza, operando, pois, como um pressuposto de certa forma implícito. Agora, trata-se de explicitar o modo como o trabalho se desenvolve e está organizado na sociedade moderna. Aí é que entra, então, a questão da politecnicidade. (Saviani, 2003, p. 136)

Assim, a noção de politecnicidade se encaminha na direção da superação da persistente dicotomia do grau médio de ensino entre formação profissional e formação geral, entre aqueles que executam e aqueles que pensam, entre trabalho manual e trabalho intelectual.

Como tal é uma proposta contra-hegemônica, pois concomitante à exigência de generalização do conhecimento sistematizado com a crescente incorporação da ciência ao trabalho produtivo e no âmbito da sociedade de maneira geral, a sociedade moderna é marcada por uma dupla e concomitante ordem de contradições: “a contradição entre socialização do trabalho e apropriação privada do trabalho social e a contradição entre socialização da política e apropriação individual ou grupista do poder” (Neves, 2005, p. 22). É no bojo dessas contradições que se dá a disputa entre um projeto no qual o conhecimento do trabalhador seja apenas o suficiente para ele se tornar eficiente nas atividades requeridas pelo mercado de trabalho, ou polivalente, e outro projeto no qual, tomando-se o trabalho como princípio educativo ou politécnico, o trabalhador seja “capaz de pensar, de estudar, de dirigir ou de controlar quem dirige” (Gramsci, 2000, p. 49).

Portanto, a noção de politecnicidade se contrapõe a uma concepção de profissionalização que tem como pressuposto a fragmentação do trabalho em especialidades autônomas, a divisão entre os que executam e aqueles que concebem e controlam o processo de trabalho, e a polivalência do trabalhador que domina uma multiplicidade de técnicas fragmentárias. Ao contrário, postula que o processo de trabalho desenvolva uma unidade indissolúvel entre os aspectos manuais e intelectuais e que o trabalhador domine os fundamentos científicos das diferentes técnicas da produção moderna no ensino médio. Não se trata de formar um trabalhador adestrado para executar determinada tarefa requerida pelo mercado de trabalho, mas na perspectiva de um desenvolvimento multilateral em todos os seus aspectos: físico, intelectual, prático, político, ético, estético, combinando estudo e trabalho.

No campo da saúde, a discussão sobre a formação politécnica também foi influenciada pelas reformas da docência médica média em Cuba, após a vitória da revolução cubana em 1959, e Nicarágua, após a revolução nicaraguense nos anos 1970. O

extraordinário avanço de Cuba na elevação do nível de saúde e no acesso à educação da população não pode ser visto exclusivamente como expressão do trabalho nesses dois setores, mas é resultado também (ou principalmente) das profundas mudanças que se operaram nas estruturas econômica, política e social dessa sociedade, após a revolução cubana. Na área da saúde, a organização e a estruturação do Sistema Nacional de Saúde, baseado num modelo de atenção à saúde integral, regionalizado, contínuo, com adscrição de usuários, trabalho em equipe e participação ativa da comunidade, envolveram de início um grande esforço em face da ausência de bases materiais para a expansão de cobertura, principalmente nas zonas rurais, e do pequeno número de escolas de medicina, enfermagem, odontologia e técnicas médias de saúde, o que se agravou com o êxodo de mais de 50% dos profissionais de saúde, principalmente médicos, entre 1960 e 1962.

Nesse contexto, a expansão de cobertura tanto para as zonas rurais como para a população urbana exigiu não só a construção/reestruturação de policlínicas e hospitais, por exemplo, como um incremento importante na formação de trabalhadores de saúde, particularmente de técnicos médios. Assim como na Nicarágua, exigiu a elaboração de um plano de estudos emergencial, que de forma descentralizada fosse capaz de formar em massa um grande número de técnicos, principalmente auxiliares de enfermagem, em cursos de seis meses de duração. Dessa fase de arranque, como ficou conhecida, foi-se realizando a ampliação do tempo de formação profissional, a articulação dos planos de estudos dos técnicos médios com o ensino geral de adultos, em face do grande número de analfabetos, a criação de escolas de enfermagem nas províncias e a acreditação de unidades assistenciais e de investigação como áreas docentes ou com a função de docência para a formação de todos os profissionais e técnicos de saúde. Concomitantemente, foi-se realizando a formação de instrutores-supervisores e a assessoria técnico-pedagógica a todas as escolas do país, o desenvolvimento de outros cursos técnicos, e a abertura de vagas para os estudantes egressos do 9º grau de ensino (secundário básico equivalente ao nosso ensino fundamental).

O resultado desse processo foi que, a partir da segunda metade dos anos 1970, suprimiu-se progressivamente a formação de auxiliares de enfermagem, os cursos técnicos passaram a ter três anos de duração e, principalmente, se integrou o ensino médico médio com a formação geral secundária, com a construção dos primeiros institutos politécnicos de

saúde e politécnicos de enfermagem em todo o país, além da articulação desse nível de ensino com as carreiras universitárias (Cebes, 1984).

Essa rápida síntese permite verificar, em primeiro lugar, que a prioridade dada à formação técnica na área de enfermagem, em Cuba, não prescindiu de estratégias de formação em massa dos auxiliares de enfermagem, em articulação com a formação geral de adultos, para rapidamente viabilizar a extensão de cobertura e o acesso da população à atenção médica. Em segundo lugar, que essa estratégia emergencial e conjuntural estava subordinada à emergência de uma nova estrutura na perspectiva da formação integral e politécnica, a partir da combinação estudo-trabalho na formação dos profissionais de saúde.

Portanto, pode-se levantar a hipótese de que a proposta encaminhada pela equipe técnica do acordo MEC/MS/MPAS/Opas, em 1989, junto ao MEC, tinha um caráter estrutural no sentido de construir uma alternativa pública que, sem deixar de atender àqueles sem qualificação específica já engajados no setor, tivesse a perspectiva de uma formação politécnica em saúde, ou de integração entre ensino médio e formação técnica. Por outro lado, a idéia de formar 'cidadãos empreendedores' não deve ter o mesmo sentido da noção de 'empreendedorismo' que emerge nos anos 1990 associada a noção de competência, mas no sentido de desenvolver a criatividade para potencializar a partir da combinação estudo e trabalho a possibilidade para solucionar problemas da produção dos serviços e da realidade social.

Entretanto, essa iniciativa não se realizou na conjuntura dos anos 1990, após a eleição de Fernando Collor de Melo. Na sua maioria, os centros formadores/escolas técnicas de saúde continuaram funcionando e ainda funcionam como uma extensão do setor de desenvolvimento de recursos humanos, sem identidade própria, sem quadro próprio de pessoal, com uma equipe mínima para coordenar os cursos descentralizados e com poucos recursos materiais para o desenvolvimento dos trabalhos. Em outras palavras, mesmo a criação de uma escola técnica exclusivamente profissionalizante vinculada às secretarias de saúde encontrou e ainda encontra resistências políticas no interior do setor saúde. Entre os obstáculos, podem-se enumerar as objeções quanto ao papel formador dos serviços de saúde e a vulnerabilidade das equipes locais de supervisão às injunções políticas locais que criavam dificuldades para mudanças mais consistentes nas práticas e nos serviços (Pires-Alves e Paiva, 2006).

Apesar desses limites, ao longo do tempo, as ETSUS foram consideradas como a solução e não uma transição necessária para superar o problema da baixa escolaridade e da falta de profissionalização técnica dos trabalhadores incorporados aos serviços de saúde. Nos marcos da discussão em torno da integração ensino-serviço e da transformação dos espaços de trabalho em espaços de formação, não logrou contribuir para a discussão sobre a natureza do ensino de segundo grau, atual ensino médio, em nossa sociedade, assim como da formação profissional realizada pelas escolas públicas e privadas, no país, por considerar que isso é de responsabilidade do setor educação e não da saúde. Com isso abandonou qualquer perspectiva de regular a formação técnica em saúde de maneira ampla, segundo as necessidades do SUS, e acabou colaborando indiretamente com os interesses do mercado educativo na medida que a forma e o conteúdo da formação técnica foram determinadas pelo livre jogo do mercado.

Em síntese, a perspectiva esboçada ao final dos anos 1980 de construir uma rede pública de formação profissional em saúde através exclusivamente de escolas técnicas de saúde vinculadas às secretarias estaduais de saúde e/ou às escolas técnicas federais não se realizou pelas resistências políticas no interior do setor saúde, pelos interesses do capital ou pelo empresariamento da educação profissional em saúde e pelas profundas mudanças que se verificam na década de 1990.

A partir desse momento, no Brasil e no mundo, o impacto do novo modo de acumulação do capital sob a hegemonia do capital financeiro e da nova base técnica de produção microeletrônica, frustram de modo geral as tentativas de se implantarem políticas de saúde e de educação na ótica do trabalho. Ademais, por ser um contexto também marcado pelo refluxo dos movimentos sociais, o grau de adesão às perspectivas progressistas de uma reforma educacional pautada pelo ideário da politecnia e de um sistema de saúde público universal, integral, com equidade e resolutivo, perdeu o vigor e o entusiasmo que apresentava nos anos 1980. No campo educacional, a pedagogia histórico-crítica permaneceu atuante, “ainda que na forma de resistência” (Saviani, 2008, p. 424), mas perdeu muito espaço diante das reformas educativas neoconservadoras implementadas no governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), particularmente com a emergência da pedagogia das competências.

No âmbito da saúde, houve um retrocesso importante no processo de operacionalização do SUS. Nessa conjuntura, o movimento sanitário também se reconfigurou, daí surgindo tensões e conflitos que acompanharam o processo de municipalização dos serviços de saúde, o aprofundamento das identidades partidárias, a crise econômica e a reconfiguração da relação público-privada nos anos 1990. No que diz respeito à educação profissional em saúde, o ‘Larga Escala’ dá lugar ao Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profdae), que amplia em escala o que o primeiro não alcançou e contribui para difundir a pedagogia das competências no interior do setor.

A ‘nova’ burguesia de serviços de saúde e a formação profissional em saúde no século XXI

A matriz neoliberal se desenvolve nos anos 1980, após as eleições de Margareth Thatcher (1979-1990) na Inglaterra e, logo depois Ronald Reagan (1981-1989) nos Estados Unidos, que preparam o capitalismo para sua nova fase quando se verificou uma mudança de poder da produção para o mundo das finanças. Suas características, detidamente analisadas por Paulani (2006), são a exacerbação da valorização financeira, a retomada da força do dólar americano como meio internacional de pagamento, a intensificação do processo de centralização de capital e a eclosão da denominada terceira revolução industrial, que tem sua base material apoiada na substituição da tecnologia eletromecânica pela microeletrônica e na aceleração da difusão de tecnologias de informação e comunicação (TICs).

O processo de centralização de capital na forma financeira é, num primeiro momento, um subproduto da acumulação industrial que ocorre durante a ‘era de ouro’ do capitalismo, da criação do mercado *offshore* na City londrina, também chamado de ‘mercado de eurodólares’, e das elevadas somas resultantes do aumento do preço do petróleo na década de 1970. Num segundo momento, ocorre com a reciclagem dos ‘petrodólares’ na forma de empréstimos e linhas de crédito dos bancos internacionais para os países dependentes, mas principalmente com o ressurgimento do mercado de obrigações em face das necessidades de financiamento dos déficits orçamentários dos grandes países industrializados e que tem como *locus* de suas transações as bolsas de valores.

A reciclagem dos petrodólares lança as bases das dívidas dos países dependentes na década de 1980 e, com elas, um mecanismo de transferências maciças de recursos para os credores internacionais, ao mesmo tempo que inaugura a era dos ‘ajustes estruturais’ capitaneada pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), com a falência de muitos desses países principalmente após a alta do dólar e das taxas de juros americanas em 1979-1981. O ressurgimento do mercado de obrigações, por sua vez, permitiu a titularização ou securitização dos compromissos da dívida pública principalmente americana, isto é, permitiu o financiamento do déficit orçamentário pela aplicação de bônus do Tesouro e outros compromissos da dívida no mercado financeiro.

Nesse contexto, no qual os títulos da dívida pública se tornam um mecanismo cada vez mais importante de transferência da riqueza para a esfera financeira, assumindo então a forma de rendimentos financeiros dos quais vivem camadas sociais rentistas, assiste-se ao terceiro momento de acumulação financeira. Essa etapa vê nascer o governo de empresa contemporâneo, que impõe, sob a pressão ‘impessoal’ dos ‘mercados’ sobre os grupos industriais, “novas normas de rentabilidade, que geram pressões bastante acentuadas sobre os salários, tanto em termos de produtividade e de flexibilidade do trabalho, como de mudanças nas formas de determinação dos salários” (Chesnais, 2005, p. 42).

São mudanças associadas ao advento de uma ‘nova cultura empresarial’, marcada pela disseminação de conceitos e práticas como *Business School*, *Human Resource Management*, *Total Quality Management*, *Employee Involvement e Empowerment*. É o momento da criação de novas formas de gerenciamento e novas técnicas de administração da produção, da exacerbação do individualismo, da expansão do trabalhador autônomo e do incremento do trabalho *part-time*, da redução e/ou do enxugamento das empresas derivada do toyotismo ou ohnismo ou modelo japonês de organização do trabalho (*lean production* ou sem gorduras de pessoal; *just-in-time* ou no momento exato), das terceirizações e da diminuição da estrutura burocrática gerencial, acompanhada de seu corolário, o aumento do desemprego e de mudanças na estrutura e nas relações de classe (Antunes, 2000).

Assim, a maneira pela qual o capital financeiro conseguiu alojar a exterioridade da produção no próprio cerne dos grupos industriais talvez seja, para Chesnais (2005), um dos traços mais originais da contrarrevolução social contemporânea. A alavanca para isso foi a

transformação do mercado de obrigações em mercado de empresas, com a possibilidade de os acionistas-minoritários se desfazerem das ações a qualquer momento.

O poder administrativo torna-se assim cada vez mais forte no seio das empresas, e os objetivos do administrador-financeiro são muito diferentes dos do administrador-industrial que ele substituiu. Seu veículo são os títulos, sua obsessão é a rentabilidade aliada à liquidez, e seu agente é um administrador anônimo de um fundo de pensão com ativos financeiros de várias dezenas de bilhões de dólares, que personifica o ‘novo capitalismo’ de fins do século XX. “É na produção que se cria a riqueza, a partir da combinação social de formas de trabalho humano, de diferentes qualificações. Mas é a esfera financeira que comanda, cada vez mais, a repartição e a destinação social dessa riqueza” (Chesnais, 1996, p. 15).

Ao contrário do período anterior, a internacionalização passaria a ser ancorada no investimento ditado pelas instituições bancárias e financeiras globais e não mais no capital produtivo ou no comércio exterior. Os dois principais fatores que, na década de 1980, aceleraram essa mudança na forma de internacionalização foram a desregulamentação financeira e o desenvolvimento das TICs, que funcionam ao mesmo tempo como condição permissiva e fator de intensificação da mundialização do capital.

Nesse contexto, o dado novo para Chesnais (1996) é que as empresas passaram a recorrer a novas combinações entre investimentos internacionais, o comércio e a cooperação internacional entre empresas coligadas para assegurar tanto sua expansão internacional como a racionalização das operações, o que passou a permitir um alto grau de coordenação e diversificação das operações. As alianças internacionais tornaram-se assim uma das características da mundialização do capital, visando ao fornecimento de suprimentos internacionais de produtos semi-elaborados e produtos acabados, organizados com base em terceirizações internacionais e de empresas-rede que buscam conciliar a centralização do capital e a descentralização das operações explorando as possibilidades proporcionadas pela teleinformática e a automatização.

Em suma, para Harvey (2008, p. 41), a “neoliberalização significou a ‘financeirização’ de tudo”, no sentido de submeter todos os campos da vida social e abrir novas fronteiras de investimento à valorização do capital privado. Nesse sentido, o neoliberalismo passa não só a dominar a economia e o Estado, mas também a vida

cotidiana, criando uma volatilidade sempre crescente nas relações globais de troca, a expressão mais acabada da mundialização do capital.

No campo da saúde, particularmente, a década de 1980 vê surgirem dois fenômenos associados: a proposta de *Managed Competition* ou ‘competição administrada’ e a organização da grande empresa médica corporativa, ou da indústria hospitalar de alta capitalização, fenômenos que estão na base da formação da ‘nova’ burguesia de serviços de saúde e das novas propostas de educação profissional em saúde para o século XXI. Nos anos 1990, a entrada do capital financeiro no setor na forma de seguros de saúde, com base na criação das Organizações de Atenção Gerenciada ou *Managed Care Organizations* (MCOs) provoca, ao mesmo tempo, a instalação de uma disputa pelos recursos econômicos entre o capital financeiro e o capital do complexo médico-industrial, e um movimento de centralização e concentração das empresas médicas, associado à ampliação e diversificação das suas operações para outras áreas. Mais que isso, assiste-se principalmente à entrada do capital financeiro na administração dos fundos mútuos e de pensão (Almeida, 1996; Iriart, 2008; Laurell, 1997; Starr, 1991).

No campo educativo e da qualificação, o ajuste neoliberal se manifesta “por um revisitar e ‘rejuvenescer’ a *teoria do capital humano*, com um rosto, agora, mais social” (Frigotto, 1995, p. 145, grifo do autor), tendo em vista os problemas e contradições do capital na busca da redefinição de um novo padrão de acumulação com a crise de organização e de relação fordista. É no contexto de intensa exclusão dos trabalhadores manifestada pelo crescente desemprego estrutural que se dá a súbita valorização da dimensão humana do trabalhador, de sua qualificação e participação, fundamentando-se na ‘sociedade do conhecimento’ e na ‘pedagogia das competências’.

A ideologia da ‘sociedade do conhecimento’ ou ‘sociedade da informação’ passa a ideia de que o grande diferencial entre riqueza e pobreza – seja das nações, seja dos indivíduos – é o conhecimento, uma vez que as economias estão se baseando cada vez menos no trabalho e cada vez mais no conhecimento. É um conceito que cresce à sombra das teses do fim das ideologias, do trabalho e da história, e se firma na medida em que, tal qual a teoria do capital humano – embora de forma mais sutil e, nesse sentido, mais violenta –, omite as relações de classe e de poder que determinam como esse conhecimento/informação se produz, se processa e se distribui.

Esse 'rejuvenescimento' está intimamente associado à nova materialidade das relações intercapitalistas, particularmente as transformações que começariam a se operar nas grandes corporações transnacionais a partir dos anos 1970, baseadas em novas estratégias de acumulação de capital. A mudança na base técnico-científica do processo e conteúdo do trabalho, mediante, sobretudo, a recomposição orgânica do capital com a substituição de tecnologia fixa por tecnologia flexível; o acelerado aumento do trabalho morto em detrimento do trabalho vivo; a reestruturação empresarial; a combinação das forças de trabalho e estruturas financeiras; a ampla difusão das TICs; e a generalização da utilização diretamente produtiva da ciência e da tecnologia que permeariam, cada vez mais, as atividades cotidianas estão entre os elementos que fazem emergir a categoria de 'sociedade do conhecimento'.

Os estudos de Hirata (1994) e Ramos (2001) indicam também que o surgimento do modelo de competência tem relação direta com as transformações produtivas, principalmente com a generalização do modelo japonês de produção flexível, que impulsionaria novas estratégias competitivas, incluindo a inovação em tecnologia, a gestão de recursos humanos e a mudança de perspectivas dos atores sociais da produção. Ao mesmo tempo, ele vem acompanhado de um reordenamento social das profissões, que suscita dúvidas quanto à sobrevivência de profissões bem delimitadas num contexto de instabilidade e insegurança social, associado a novas concepções do trabalho baseado na flexibilidade e na reconversão permanente do emprego.

Enquanto o desemprego é determinado pelo conjunto de mudanças econômico-políticas engendradas pela doutrina neoliberal, deslocam-se as possibilidades de sua superação pelo aumento de escolaridade e da qualificação, ou especialmente pela aquisição permanente e renovável de competências verificáveis na ação do trabalho. Competência, empregabilidade e empreendedorismo são noções que caminham juntas e cumprem uma função ideológica na medida em que ocultam a essência do fenômeno do desemprego, da pobreza, da desigualdade e da exclusão social. A noção de empregabilidade coloca sob a responsabilidade do indivíduo a manutenção das suas competências para se manter ou arranjar outro emprego. O empreendedor é aquele que mobiliza suas competências e habilidades para criar a própria empresa, abrir seu próprio negócio, inovar e se tornar um capitalista.

O Brasil ingressa definitivamente no circuito internacional de valorização financeira com o Plano Real, ao permitir a atração de capitais externos de curto prazo com o controle

do processo inflacionário, além de abrir espaço para aprofundar medidas anteriores como a abertura econômica e financeira e as privatizações de empresas, bem como dos serviços públicos. Com o Plano Real, Fernando Henrique Cardoso (FHC) se habilita junto à burguesia para conduzir a coalizão de poder capaz de restaurar o poder de classe e superar a crise de hegemonia no país, assim como dar sustentação ao programa de estabilização do FMI e viabilizar as reformas preconizadas pelo Banco Mundial (BM).

Nos dois períodos de governo (1995-1998 e 1999-2002), FHC incorpora os postulados da Terceira Via sistematizados por Anthony Giddens: a radicalização da democracia, a construção da sociedade civil ativa e a concertação social. Por isso, alguns autores (Neves, 2005; Martins, 2005; Melo e Falleiros, 2005) cunharam o termo 'neoliberalismo da Terceira Via', para caracterizar essa nova etapa em que não existe nem o Estado de Bem-Estar social, nem o neoliberalismo radical, mas o 'Estado Gerencial' ou 'Estado social-liberal' ou 'Estado necessário'.

É um período caracterizado, sobretudo, segundo Neves (2005, p. 92), pelas iniciativas em torno da reestruturação do Estado nas suas funções econômicas e ético-políticas.

De produtor direto de bens e serviços, o Estado passou a coordenador de iniciativas privadas. A privatização se impôs como a principal política estatal. Na área social, a privatização, complementada por políticas de descentralização, fragmentação e focalização [...], constituiu-se em importante instrumento viabilizador das estratégias governamentais de coesão social e da educação de uma nova cidadania, 'ativa e responsável', baseada na prestação pelos indivíduos e grupos de 'serviços sociais'.

O governo FHC inaugura entre nós o discurso da 'governança', produzido pela social-democracia inglesa sob o comando de Tony Blair, e o de 'competição administrada', conforme o modelo inglês mesclado com o modelo americano. Ambas as ideias estavam implicadas com a reforma da aparelhagem estatal que começa a ser operacionalizada no primeiro mandato: a primeira, para justificar a redefinição do papel do Estado, que deixa de ser o responsável direto pela produção de bens e serviços para exercer as funções de regulação e coordenação das políticas econômicas e sociais, na medida em que transfere para o setor privado as atividades que podem ser controladas pelo mercado e descentraliza para os níveis estadual e municipal as funções executivas; a segunda, para viabilizar a transformação dos serviços públicos em organizações públicas não-estatais de um tipo especial: as 'organizações sociais'.

A concepção que orientou a reforma do Estado brasileiro não foi nem a ideia de minimização do Estado, como queriam os neoliberais, nem de expandi-lo conforme a política anterior da social-democracia mundial, mas de ‘reconstrução do Estado’, estruturando-o como um ‘Estado necessário’ para gerenciar a transferência das empresas estatais e serviços públicos para o mercado e delegar à sociedade civil a execução de algumas políticas, enquanto realiza outras de natureza focal. Coerente com essa concepção, o Plano Diretor da Reforma do Estado, em 1995, elabora um modelo conceitual caracterizado por três formas de propriedade: pública, pública não-estatal e privada, que se relacionam com quatro setores do aparelho do Estado então identificados – o Núcleo Estratégico, as Atividades Exclusivas, os Serviços Não-Exclusivos e o setor de Produção de Bens e Serviços para o Mercado. O primeiro setor é responsável pela definição das leis, a formulação das políticas públicas e a cobrança dos resultados. Pode ser compreendido como o setor responsável pela formulação do sistema de ‘competição administrada’ que direciona a demanda e o financiamento por meio de contratos de gestão com as instituições públicas e/ou privadas, separando assim as funções de formulação/financiamento e execução ou entre demanda e oferta.

Para o ‘neoliberalismo da Terceira Via’, o Estado é o lugar da política, o mercado é o da economia, e a sociedade civil ou terceiro setor, o espaço do social, “das relações sociais baseadas na solidariedade e no altruísmo, que promoveria a participação da ‘comunidade’” (Melo e Faleiros, 2005, p. 183). A democracia é entendida como ‘regime de governo’ (democracia formal) combinada com formas de ‘participação’ popular (democracia dialógica), que deve buscar conciliar os inconciliáveis interesses históricos das classes para consolidar a legitimação social. Ela pressupõe a mobilização e o alargamento da confiança entre os indivíduos, um maior intercâmbio de emoções, ideias e reflexões, ao mesmo tempo que ressignifica as formas de participação e o sentido histórico da política e das lutas sociais.

Nesse sentido, a ‘sociedade civil ativa’, tal qual se expressou no Programa Comunidade Solidária, é o lugar da ajuda mútua, da solidariedade, da colaboração e da harmonização social, por meio de novos organismos sociais como as ONGs e instituições nacionais e internacionais. Idealizada como uma esfera autônoma do mercado e do Estado, cabe a esse último dirigir a sociedade civil ou o ‘terceiro setor’ a partir de certas diretrizes,

tais como desenvolver ações em parceria; incentivar a auto-organização por grupo de interesses; potencializar as comunidades na resolução dos seus problemas; e promover um pacto social para a solução pacífica dos conflitos.

Tal formulação está na base da elaboração do conceito de público não-estatal, que vai naturalizando a privatização das políticas públicas nesse período. Ao contrário da visão gramsciana, portanto, a sociedade civil é apresentada como um espaço sem antagonismos e disputas de projetos de sociedade, é ‘despolitizada’, livre dos ‘vícios’ do Estado em sentido restrito e do mercado. Sua missão é implementar/executar as políticas sociais, já que o Estado e o mercado fracassaram; não é um espaço autoritário, como o primeiro, nem busca o lucro, como o segundo.

Nessa perspectiva, o Estado só iria atuar naquelas atividades consideradas exclusivas, isto é, naqueles setores que prestam serviços que só o Estado pode executar e que tem o poder de regulamentar, fiscalizar e fomentar, tais como a segurança pública, a cobrança e fiscalização dos impostos, a previdência social básica, o subsídio à educação básica, a compra de serviços de saúde, entre outros. As atividades desses dois setores – Núcleo Estratégico e Atividades Exclusivas –, por serem eminentemente públicas, são administradas num misto de gestão burocrática e gerencial. O setor de Produção de Bens e Serviços para o Mercado corresponde às empresas estatais que estão no interior do aparelho de Estado, mas correspondem a atividades econômicas tipicamente voltadas para o lucro, logo seriam privatizadas e guiadas fundamentalmente pela administração gerencial.

Por fim, os serviços não-exclusivos estão implicados diretamente com as novas formas de privatização no setor saúde e, conseqüentemente, com o próprio fortalecimento da ‘nova’ burguesia de serviços de saúde e suas demandas de formação para o trabalho, no país. Também denominados de ‘serviços sociais competitivos’, se refere aos setores em que o Estado atua em ‘parceria’ com organizações da sociedade civil, tais como os de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, meio ambiente, cultura e saúde. Nesse caso, a melhor forma de propriedade seria a ‘pública não-estatal’, porque nem é propriedade estatal, já que as instituições não exercem o poder de Estado, nem é propriedade privada, pois como oferecem serviços que envolvem direitos humanos fundamentais, como os de educação e saúde, o Estado participa subsidiando. E como são ‘competitivos’, a melhor forma de administração é a gerencial.

Os governos Lula da Silva (2003-2009) e Dilma Rousseff (2010-2014) não romperam com esse modelo conceitual. Ao contrário, o reafirmam como no PL n. 92, de 4/6/2007, que trata da criação da Fundação Pública de Direito Privado caracterizando-a como instituição “autorizada para o desempenho de atividade estatal que não seja exclusiva de Estado” (art. 1º § 2º). Entre essas atividades inclui saúde, assistência social, cultura, desporto, ciência e tecnologia, ensino e pesquisa, meio ambiente, previdência complementar do servidor público, comunicação social, promoção do turismo nacional, formação profissional e cooperação técnica internacional.

As mudanças operadas no modo de acumulação de capital e a tendência daí resultante de ‘financeirização’ de tudo, a reforma do Estado brasileiro e o arcabouço conceitual e operacional esboçado acima, ainda em vigor, estão na base da flexibilização do SUS, do fortalecimento da ‘nova’ burguesia de serviços de saúde e, particularmente, das mudanças propostas para a formação dos trabalhadores técnicos de saúde.

A flexibilização do SUS foi posta em execução a partir do Programa Nacional de Publicização aprovado oficialmente com a Lei n. 9.637, de 15/5/1998, ou Lei das Organizações Sociais (OSs). Esse programa justificou daí em diante um amplo processo de privatização e terceirização das instituições de saúde com o argumento de que a gestão de unidades hospitalares e, atualmente, na Estratégia Saúde da Família, por ser uma atividade não exclusiva, pode ser transferida à ‘iniciativa privada sem fins lucrativos’, ou em parceria com organizações da sociedade civil, conseqüentemente implicado com a expansão da ‘nova’ burguesia de serviços de saúde e suas demandas de formação para o trabalho.

Martins (2005) ao estudar a reorganização política da burguesia e a redefinição das relações de poder no país desde o governo Collor, detecta uma intensa mobilização política da fração não-monopolista do capital, organizada em torno da entidade ‘Pensamento Nacional das Bases Empresariais’, criada em 1990, a partir da proposta de ‘entendimento nacional’ formulada pelo governo Collor. Para esse autor, essa fração inaugurou um “extraordinário processo de ‘oxigenação’ da cultura e da ação política burguesa no país – fatores decisivos que serviram de base para a definição das novas estratégias burguesas de obtenção do consenso alguns anos mais tarde” (Martins, 2005, p. 139). Essa fração não-monopolista do capital se baseando na concepção política de que no mundo atual só há espaço para soluções negociadas, empenhou-se em difundir na sociedade e junto ao Partido

dos Trabalhadores (PT), à Central Única de Trabalhadores (CUT) e à Força Sindical (FS) as ideias de que no lugar dos antagonismos de classe devem prevalecer as 'diferenças de interesse' e que o confronto político deve ser convertido em 'colaboração social'.

Portanto, pode-se supor que a reorganização política dos empresários da saúde nos anos 1990 fez parte de um movimento mais amplo de redefinição das relações de poder que no setor saúde se expressou com a criação da Confederação Nacional de Saúde (CNSa), em 1994. Enquanto uma entidade sindical de terceiro grau passa a representar os interesses de todos os prestadores privados de saúde no país (lucrativos e filantrópicos) – hospitais, clínicas e serviços de diagnóstico, imagem e fisioterapia – e as operadoras de planos de saúde. Além do objetivo de manter a 'saúde financeira' das empresas, parece que essa associação foi sendo tecida contra uma eventual 'estatização progressiva' na área de saúde tal qual formulada na VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), em 1986, e representa o esforço no interior dessa fração burguesa de superar antigas disputas de interesses e divergências que marcaram principalmente as trajetórias da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) e da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), em nome de um projeto empresarial coeso para a área, conforme demonstra o estudo de Braga (2012).

Como representante máxima dos interesses sindicais patronais na área, a Confederação disputa na sociedade civil e no Estado a leitura socializante da saúde a favor da liberdade de mercado; e também disputa no interior do bloco dominante o seu espaço de atuação. Particularmente, com a Confederação Nacional do Comercio (CNS) tem disputado o controle da formação dos trabalhadores de saúde com a proposta de constituição do 'Sistema S da Saúde'.

A CNSa junto com a Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), criada em 2001, que representa os interesses dos hospitais *top* de linha, também conhecidos como hospitais-hotel, tais como o conjunto de hospitais privados-filantrópicos⁵ reconhecidos, em 2009, como 'hospitais de excelência a serviço do SUS' pelo MS na gestão de José Gomes Temporão, estão na base da organização da 'nova' burguesia de serviços de saúde, no país.

⁵ Hospital Alemão Oswaldo Cruz (SP), Hospital do Coração (SP), Hospital Israelita Albert Einstein (SP), Hospital Samaritano (SP), Hospital Sírio Libanês (SP) e Hospital Moinho dos Ventos (RS).

Segundo Boito Jr. (1999), a fração burguesa de serviços ocupa uma posição singular no bloco do poder, pois o imperialismo e todas as frações burguesas estão unidos na pressão pela redução dos gastos sociais do Estado e, nessa medida, convergem na defesa, mesmo que indireta, dos interesses dessa nova burguesia que atua nas áreas de educação, saúde e previdência social. Além da consolidação econômica daí decorrente, a política neoliberal acaba conferindo legitimidade social a essa fração na medida que a apologia do mercado estigmatiza os serviços públicos, legitimando assim a mercantilização nessas áreas.

Mas, adverte o autor, que essa convergência de interesses não significa que essa fração burguesa seja uma fração hegemônica e que as vantagens que obtém decorram de sua própria força. Na realidade, a sua existência depende diretamente da supressão dos direitos sociais e da degradação dos serviços públicos. Em outras palavras, “vive das sobras da guerra que o neoliberalismo trava contra os trabalhadores” (Boito Jr, 1999, p. 72). Daí que dependendo da recuperação do movimento operário e popular, o imperialismo e o grande capital podem fazer concessões e sacrificar parte maior ou menor do mercado de serviços, em detrimento dos interesses dessa fração.

Em síntese, com a superação da crise de hegemonia burguesa e a rearticulação do seu poder de classe durante o governo FHC, e considerando a complexa reconfiguração da relação público-privado no interior do SUS nos anos 1990, a racionalidade do mercado se impôs à ideia de um Estado que não abdicasse de ser o prestador direto de serviços de saúde, tal qual defendida pela reforma sanitária nos anos 1980 (Campos, 2006).

Concomitante à reorganização política da burguesia de serviços de saúde também se verifica uma vigorosa reestruturação das empresas médicas que acompanha ao longo desse período a tendência internacional de financeirização, de diversificação dos ativos, a concentração do mercado através de fusões e incorporações, ao mesmo tempo que expande a sua rede própria, como o caso emblemático da Amil que, em 2007, lança suas ações na Bolsa de Valores de São Paulo (Bovespa). Para Bahia (2012), não foi a mobilidade social ascendente ocorrida no governo Lula que alavancou a reestruturação produtiva das empresas de saúde, mas a continuidade do pacto que, desde o governo FHC, envolve juros altos, liberdade de movimento dos capitais e corte dos gastos públicos.

Os hospitais privados ou hospital-empresa também passam por uma reestruturação importante, particularmente aqueles cujo projeto é especializar-se como um hospital de ponta, com tecnologia sofisticada e atenção à saúde personalizada para quem tem capacidade de pagar pelos serviços. Essa reestruturação envolve novas formas de organização do trabalho assistencial e a incorporação de novas tecnologias de informação e comunicação (TICs), que acompanham a difusão do paradigma de acumulação flexível no Brasil (Pires, 2008).

Como parte desse cenário de avanço da financeirização e mercantilização na área de saúde, o capital instalado no setor vem tentando alterar o art. 199, § 3º, da Constituição Federal, que veda a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país com o PLS 259/2012 de autoria do senador Flexa Ribeiro (PSDB-PA). Esse projeto inclui a possibilidade dessas empresas instalar, operacionalizar ou explorar:

a) hospital geral; b) laboratórios de análises clínicas, de anatomia patológica e de genética humana; c) serviço de fisioterapia; d) serviço de diagnóstico por imagem; e) ações e pesquisas de planejamento familiar; f) seguro-saúde e plano privado de assistência à saúde; g) hospital geral filantrópico; h) serviço de saúde sem finalidade lucrativa, mantido por empresa para atendimento de seus empregados e dependentes. (Brasil/Senado Federal, 2011, *apud* Bahia, 2012, p. 106)

Por outro lado, diferentemente do setor de planos e seguros de saúde, aos quais é permitido abrir suas ações na bolsa de valores por se considerar que não são prestadores diretos de serviços, os hospitais privados estão impedidos por mandato constitucional. Porém, essa restrição não tem impedido que a rede D'Or do Rio de Janeiro e o grupo Vita de Santa Catarina, por exemplo, se associem a investidores estrangeiros por meio das transações com debêntures, contando com o apoio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), do Conselho de Defesa da Concorrência e da Secretaria de Direito Econômico do Ministério da Justiça (Bahia, 2012).

Entre as principais características da 'nova' burguesia de serviços de saúde pode-se citar a organização em torno de um complexo assistencial em saúde, agregando em torno de si serviços próprios e terceirizados, com atuação e especialização na área de alta complexidade; a multiconveniência com planos de saúde a nível nacional e internacional; a incorporação do modelo de gestão baseado na 'governança corporativa', com a perspectiva de abertura de capital na bolsa de valores e torná-las atraentes para o mercado;

as iniciativas baseadas no conceito de responsabilidade social; a busca do processo de acreditação visando agregar valor ao empreendimento e abrir novos nichos de mercado como, por exemplo, o 'turismo em saúde'; e o desenvolvimento da pesquisa e de ações de ensino no interior dos hospitais-empresa (Lima, 2010).

Todas essas mudanças que passam a ocorrer no interior dos hospitais privados inclusive filantrópicos, nas empresas de planos de saúde, na relação público-privado no interior do SUS e, de maneira geral, nas relações sociais mais amplas a partir da reforma do Estado, da financeirização da economia e da acelerada difusão das TICs, passam a exigir o aumento da escolaridade do conjunto da população e especialmente dos trabalhadores técnicos de saúde.

Não se trata de coincidência que um dos fenômenos mais relevantes no período recente, no campo da educação profissional em saúde, é a incorporação acelerada de trabalhadores de enfermagem com escolaridade equivalente ao ensino médio, tanto nos serviços público como privado. Durante 60 anos (1923-1983) de institucionalização da enfermagem moderna no país, o patamar de escolarização para o trabalho na área, nos anos 1980, era de quatro anos, com a presença maciça dos atendentes de enfermagem como a principal força de trabalho. No entanto, em 20 anos (1983-2003), ainda que pese a presença de um grande contingente de auxiliares de enfermagem no mercado de trabalho setorial, verifica-se a tendência de extinção desta categoria profissional tal qual ocorreu com os atendentes a partir da aprovação da lei do exercício profissional em 1986 (lei n. 7.498/1986), pelo estabelecimento do ensino médio como patamar mínimo de escolarização para registro no Conselho Profissional e de ingresso no mercado de trabalho. Essas mudanças indicam que essa tendência de aumento da escolaridade vai progressivamente tornar o técnico de enfermagem e o enfermeiro de nível superior como as duas únicas categorias profissionais da área. O primeiro teoricamente responsável pelo trabalho simples e o enfermeiro pelo trabalho complexo (Lima, 2010).

O Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profiae) (2000-2007) colaborou para a (re)qualificação dos auxiliares em técnicos de enfermagem. Elaborado inicialmente com o objetivo de (re)qualificar os atendentes em auxiliares, acabou também assumindo a (re)qualificação dos auxiliares para técnicos de enfermagem.

Financiado com recursos do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) (US\$ 185 milhões) e do Fundo de Amparo do Trabalhador (FAT) (US\$ 185 milhões), o Profae foi um projeto ambicioso de formação profissional em saúde de âmbito nacional que ganhou repercussão internacional por sua concepção, seu formato de organização e pelos resultados alcançados. Baseando-se na experiência do 'Projeto Larga Escala' utilizou da estratégia de integração ensino-serviço, descentralização dos cursos e articulação com o ensino supletivo, dentro do quadro referencial da modalidade de Educação de Jovens e Adultos, conforme o Parecer do Conselho Nacional de Educação (CNE) n. 10/2000.

Com o Profae, o setor saúde assume a tarefa de ordenar a formação de auxiliares de enfermagem, como prevê o art. 200 da CF, acionando diversos dispositivos de regulação e normatização da formação profissional junto à Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação (CNE/CEB) e no interior do Ministério da Saúde, além de institucionalizar a Rede de Escolas Técnicas de Saúde, denominada RET-SUS. Uma rede governamental que congrega atualmente as 36 ETSUS, existentes em 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, em sua maioria vinculadas às Secretarias Estaduais de Saúde.

Mas, ao contrário do 'Larga Escala' que buscou o compromisso financeiro do setor público com a oferta da formação profissional através das ETSUS, o Profae foi um bom exemplo de organização da 'competição administrada' no interior do Ministério da Saúde (MS), ao colocar as ETSUS como integrantes de um sistema de oferta de serviços educacionais competindo indistintamente com as escolas privadas, com base nas demandas do MS. Do ponto de vista da concepção educacional tornou-se o principal projeto de difusão da pedagogia das competências em nosso meio e contribuiu para que a área de saúde incorporasse, mais que outras áreas, essa diretriz (Ramos, 2007).

Mas, o Profae foi um projeto circunstancial e emergencial. Após a sua extinção o MS começou a discutir a ampliação da experiência para outras áreas através do Programa de Formação na Área de Educação Profissional (Profaps). Ao mesmo tempo, porém, apoiou a criação do 'Sistema S da Saúde', isto é, do Serviço Nacional de Aprendizagem da Saúde (SENASS) e do Serviço Social da Saúde (SESS), proposta pela Confederação Nacional de Saúde através do PLS n. 131, de 7/8/2001. Segundo o relatório elaborado pelo Senador Sérgio Guerra (PSDB-PE), em 2008, o MS avalia que essa iniciativa contribuiu para a

construção da relevância social da saúde e oferece um instrumento importante para o cumprimento da missão constitucional do SUS (Brasil, 2008).

Arquivado ao final da legislatura de 2010, sob pressão do Sistema Senac/Sesc, a estimativa de arrecadação, considerando o desconto de 2,5% sobre a folha de pagamento dos estabelecimentos de saúde, em 2010, era da ordem de R\$ 250 milhões de reais/ano. Ou seja, parece que a disputa entre a CNC e a CNSa é fundamentalmente pelo acesso e controle do fundo público formado a partir das empresas de saúde.

As principais justificativas para a criação desse sistema é que a saúde não é comércio e a falta de prioridade e investimento do sistema Senac/Sesc em ações de saúde (Brasil, 2005). Porém, os cursos previstos são: Auditoria e Faturamento Hospitalar; Gestão em *Home Care*; Hotelaria hospitalar, Ouvidoria em Saúde; Gestão do Atendimento; Gestão dos Custos em Saúde e Laboratorista. Isto é, cursos que, na sua maioria, potencializam a realização da cadeia de valor das empresas de saúde e hospitais-empresa, sendo todos de graduação tecnológica ou cursos superiores de tecnologia.⁶

Alias, a abertura desse tipo de curso na área de saúde é uma forte tendência a partir do ano 2000. Com base nos Censos de Educação Superior do MEC/Inep verifica-se que entre 2001-2003 explode a oferta de cursos de graduação tecnológica em todas as áreas de conhecimento, mas essa expansão é mais expressiva na área da saúde. Nesse período, enquanto o total de cursos superiores de tecnologia se expandem em 22,8%, 42,3% e 79,6%, respectivamente, os de tecnólogos em saúde crescem 88,9%, 177% e 100,0%, respectivamente (Campello e Lima, 2007).

Outro dado é que, no período 1991-1999, a oferta de cursos se concentrava nas áreas de equipamentos médico-hospitalares, radiologia e saúde visual. A partir dos anos 2000, a oferta se amplia para as áreas de educação física, estética, gestão em saúde, nutrição e dietética, reabilitação, saúde bucal, saúde pública e segurança do trabalho. Essa expansão se deu a revelia do parecer do Conselho Nacional de Saúde, de 2002, sobre a não pertinência de cursos tecnológicos na área de saúde.

⁶ Em 2005, a CNSa celebrou convênio com a Universidade Estácio de Sá, no Rio de Janeiro, para a abertura da Escola Superior de Gestão em Saúde com o objetivo de oferecer cursos de graduação tecnológica e com planos de expansão para todo o país.

Campello *et al* (2009, p.180) apontam que a explosão de cursos tecnológicos na área de saúde é decorrente fundamentalmente do aumento da oferta de vagas nas instituições privadas, pois “enquanto no setor público observa-se um crescimento de 404% entre 2000 e 2006, no privado a oferta cresce mais de 5.800%”. Isso indica um processo progressivo de ‘flexibilização’ do ensino superior associado à uma intensa privatização dessa modalidade de ensino, que decorre do caráter privatista das políticas educacionais adotadas a partir do final dos anos 1990 e que tem continuidade no governo Lula da Silva.

Portanto, as duas principais tendências que se esboçam para a educação profissional em saúde para o século XXI: 1) é o aumento da escolaridade dos trabalhadores técnicos de saúde, tendo o ensino médio completo como o patamar mínimo para o ingresso no mercado de trabalho setorial; 2) e a abertura, ampliação e diversificação dos cursos de graduação tecnológica, sob a ótica do capital instalado no setor saúde.

Ademais, a potencial criação do ‘Sistema S da Saúde’ pode vir a esvaziar ou mesmo extinguir a RET-SUS, ou apenas subordinar a sua atuação aos imperativos do mercado privado de saúde. O desafio que está posto para a sociedade, criando ou não o ‘Sistema S da Saúde’, é discutir a função social desse sistema, a natureza da formação profissional oferecida, quem a define e sobre a sua efetiva democratização. Na medida que é sustentado pelo fundo público compulsório, o Estado e a sociedade têm a obrigação de discutir a tendência crescente de transformação do Sistema S em ‘unidades de negócio’. Como aponta Frigotto (2007, p.1147),

[os] movimentos sociais, as organizações ligadas à classe trabalhadora e o Estado brasileiro devem exercer o controle para que os recursos públicos arrecadados pelo Sistema S tenham um fim claramente público. [...] Os tempos em que vivemos não permitem que a [formação profissional] seja efetivada na perspectiva unidimensional de ‘adestrar as mãos e aguçar o olho’ [...].

Para o autor (*ibid.*, p. 1148),

a questão ética, política e jurídica é a seguinte: se o Sistema S ou parte dele quer ser empresa (unidade de negócio), até para que não haja concorrência desleal no mercado, é preciso que renuncie ao fundo público compulsório, devolva o patrimônio construído ao longo de mais de 50 anos e pague pela marca ou mude de nome. Em outros termos, ou o Sistema S utiliza o fundo público que recebe para políticas públicas orientadas pelo Estado, ou o Estado tem o dever político, social, econômico e ético de rever a legislação que cria este Sistema.

Bibliografia

ALMEIDA, Célia. Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica. *Saúde e Sociedade*. 5(1): 3-53, 1996.

ANTUNES, Ricardo. *Os sentidos do trabalho*. 2ª ed. São Paulo: Boitempo, 2000.

BAHIA, Ligia. Financeirização da Assistência Médico-Hospitalar no Governo Lula. In.: MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. *Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012, p. 91-113

_____. O SUS e os Desafios da Universalização do Direito à Saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, Nísia Trindade (org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, p. 407-449.

BOITO JR., Armando. *Política Neoliberal e Sindicalismo no Brasil*. São Paulo: Xamã Editora, 1999.

BRAGA, José Carlos de S., PAULA, Sérgio Góes de. *Saúde e previdência. Estudos de política social*. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1981.

BRASIL. *I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde*. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, out., 1986.

_____. *IV Conferência Nacional de Saúde*. Rio de Janeiro, 1967.

_____. *Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986*. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.

_____. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. *Plano diretor da reforma do aparelho do Estado*. Brasília: Presidência da República, Imprensa Oficial, 1995.

_____. Ministério da Educação. *Escolas Técnicas de Saúde. Subsídios para sua implantação*. Brasília: Ministério da Educação, dez. 1989.

_____. *Recursos Humanos para Serviços Básicos de Saúde: Formação de Pessoal de Níveis Médio e Elementar pelas Instituições de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1982.

_____. Senado Federal. *Minuta do Parecer da Comissão de Assuntos Sociais sobre o Projeto de Lei do Senado n. 131, de 2001, que cria o Serviço Social da Saúde (SESS) e o Serviço Nacional de Aprendizagem da Saúde (SENASS)*. Brasília, 2008.

_____. Senado Federal. *Relatório da Audiência Pública do Projeto de Lei do Senado n. 131/2001 que cria o Sistema S da Saúde*. Brasília. 2005.

CAMPELLO, Ana Margarida B.; LIMA, Julio César F. *Formación de tecnólogos en salud en Brasil: tendencias y situación actual*. I Congreso de Tecnología de la Salud. Habana-Cuba, 2007.

CAMPELLO, Ana Margarida *et al.* O ensino como negócio: a expansão da oferta dos cursos de formação de tecnólogos em saúde no Brasil. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v.7, suplemento, p. 175-190, 2009.

CAMPOS, Gastão Wagner de S. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde no Brasil. In: FLEURY, Sonia (org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: Ed. da FGV, 2006, p.417-442.

CARVALHO, Anayde C. *Associação Brasileira de Enfermagem. 1926-1976*. Documentário. Brasília, ABEn, 1976.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (Org.). *Saúde e revolução: Cuba. Antologia de autores cubanos*. Rio de Janeiro: Achiamé-Cebes, 1984.

CHESNAIS, François (org). *A finança mundializada: raízes sociais e políticas, configuração, conseqüências*. São Paulo: Boitempo, 2005.

CHESNAIS, François. *A mundialização do capital*. Tradução: Silvana Finzi Foá. São Paulo: Xamã. 1996.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Resolução Cofen n. 276/2003*. Regula a concessão de inscrição provisória ao Auxiliar de Enfermagem. Rio de Janeiro.

CORDEIRO, Hésio de Albuquerque. *As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

COUTINHO, Carlos Nelson. O Estado Brasileiro: gênese, crise, alternativas. In: LIMA, Júlio C. F. e NEVES, Lucia M. W. (orgs.). *Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, p. 173-200.

BRAGA, Ialê Falleiros. *Entidades empresariais e a política nacional de saúde: da cultura de crise à cultura da colaboração*. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz. Rio de Janeiro, 2012.

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

FRIGOTTO, Gaudêncio. A Relação da Educação Profissional e Tecnológica com a Universalização da Educação Básica. *Educ. Soc.*, Campinas, vol. 28, n. 100 - Especial, p. 1129-1152, out. 2007.

_____. *Educação e a crise do capitalismo real*. São Paulo: Cortez, 1995.

GIRARDI, S. *Aspectos Gerais da Regulação: notas em torno do estado da arte*. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Observatório de Recursos Humanos em Saúde, Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, 1996. Disponível em: <<http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm>>. Acesso em: 25 out. 2012.

GIRARDI, Sábado N.; FERNANDES, JR., Hugo; CARVALHO, Cristina L. *A regulamentação das profissões de saúde no Brasil*. [S.I.]: [s.n.], 2005. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n1/Doc/RPSB.doc>. Acesso em: fev. 2011.

GRAMSCI, Antonio. *Cadernos do Cárcere*. Edição e Tradução: Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, Vol.2, 2000.

HARVEY, David. *Condição pós-moderna*. São Paulo: Loyola. 1998

_____. *O neoliberalismo: história e implicações*. Tradução de Adail Sobral e Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Edições Loyola, 2008.

HIRATA, Helena. Da polarização das qualificações ao modelo de competência. In: FERRETI, Celso João *et al. Novas tecnologias, trabalho e educação: um debate interdisciplinar*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

IANNI, Octavio. *Estado e planejamento econômico no Brasil*. 5ª ed., Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

IRIART, Celia. Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafios de las agencias regulatorias. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 13(5):1619-1626, 2008

LAURELL, Asa Cristina. A Privatização Seletiva na Seguridade Social e na Saúde. In: MALAGUTI, M. L.; CARCANHOLO, M. D.; CARCANHOLO, R. A. (orgs.). *A quem pertence o amanhã? Ensaio sobre o neoliberalismo*. São Paulo: Edições Loyola, 1997, p. 133-140.

LIMA, Júlio César França. *Política de Saúde e Formação Profissional dos Trabalhadores Técnicos de Enfermagem*, Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010.

_____. *Breve História das Disputas em torno do Processo de Regulamentação Profissional e Educacional das Profissões em Saúde: do Brasil Colonial à Primeira República*. EPSJV-Fiocruz, 2013 [no prelo]

LIMA, Júlio C. F.; NEVES, Lúcia M. W.; PRONKO, Marcela A. Verbetes Trabalho Complexo e Trabalho Simples. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde (orgs.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009, p. 415-419 e 460-463.

LIMA, Júlio C. F.; RAMOS, Marise N.; LOBO NETO, Francisco José da S. *Regulamentação Profissional e Educacional em Saúde: da década de 1930 ao Brasil contemporâneo*. EPSJV/Fiocruz, 2013 [no prelo]

LIMA, Júlio César F. *et al.* Educação Profissional em Saúde: uma análise a partir do censo escolar 2002. In.: BRASIL. Ministério da Saúde-OPAS. *Observatório de Recursos*

Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Brasília: Ministério da Saúde, v. 2, 2004, p. 203-222.

MARTINS, André Silva. Estratégias burguesas de obtenção do consenso nos anos de neoliberalismo da Terceira Via. In: NEVES, Lúcia M. W. (org.). *A nova pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso*. São Paulo: Xamã, 2005, p. 127-174.

MARX, K. *O Capital*. 3ª ed. São Paulo: Nova Cultural, 1988. V.I e V.II.

MEDICI, André Cezar; PAIM, Elza Ramos. Estrutura e Dinâmica da Força de Trabalho em Enfermagem. In: MEDICI, A. C. (org.). *Textos de apoio. Planejamento I. Recursos humanos em saúde*. Rio de Janeiro: PEC; ENSP; Abrasco, 1987, p. 124-140.

MELLO, João Manuel Cardoso de. *O capitalismo tardio*. 8ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1990.

MELO, Marcelo Paula de; FALLEIROS, Ialê. Reforma da aparelhagem estatal: novas estratégias de legitimação social. In: NEVES, Lúcia M. W. (org.). *A nova pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso*. São Paulo: Xamã, 2005, p. 175-192.

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

NEVES, Lúcia Maria Wanderley (org.). *A nova pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso*. São Paulo: Xamã, 2005.

NEVES, Lúcia Maria Wanderley. *A hora e a vez da escola pública? Um estudo sobre os determinantes da política educacional do Brasil de hoje*. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Faculdade de Educação. Rio de Janeiro, 1991.

NOGUEIRA, Roberto Passos. A força de trabalho em saúde. In: MEDICI, A. C. (org.). *Textos de apoio. Planejamento I. Recursos humanos em saúde*. Rio de Janeiro: PEC; ENSP; Abrasco, 1987, p. 13-18.

_____. Dinâmica do mercado de trabalho em saúde do Brasil, 1970-1983. *Educación médica y salud*, vol. 20, n.3, 1986, p. 335-348

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

PAIM, Jairnilson Silva. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAULANI, Leda Maria. O Projeto Neoliberal para a Sociedade Brasileira: sua dinâmica e seus impasses. In: LIMA, J.C.F.; NEVES, L.M.W. *Fundamentos da educação escolar no Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, p. 67-107

PIRES, Denise. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. 2ª ed. São Paulo: Annablume, 2008.

PIRES-ALVES, Fernando A.; PAIVA, Carlos H. A. *Recursos Críticos: história da cooperação técnica Opas-Brasil em recursos humanos para a saúde (1975-1988)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

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

_____. *Referências teórico-metodológicas da educação profissional em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro. 2007 [mimeo].

ROMANELLI, O. de O. *História da Educação no Brasil (1930/1973)*. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

SANTANA, José Paranaguá de. Dimensões políticas da RET-SUS. *Vox Poli*, EPSJV/Fiocruz, Rio de Janeiro, jan.-mar. 2001.

SANTOS, Izabel dos. Entrevista. *Projeto Memória da Educação Profissional em Saúde*. Observatório dos Técnicos em Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2006.

SANTOS, Izabel dos; SOUZA, Alina. A formação de pessoal de nível médio pelas instituições de saúde: Projeto Larga Escala, uma experiência em construção. *Saúde em Debate*, nº 24, mar., 1989, p. 61-64.

SAVIANI, Dermeval. *História das idéias pedagógicas no Brasil*. 2ª ed. rev. e ampl. Campinas, SP: Autores Associados, 2008.

_____. O Choque Teórico da Politecnicia. *Trabalho, Educação e Saúde*. v.1, n.1, mar., 2003, p. 131-152.

SILVA, Graciette Borges da. *A enfermagem profissional: análise crítica*. São Paulo: Cortez, 1986.

STARR, P. *La Transformación Social de la Medicina en los Estados Unidos de América*. México: Fondo de Cultura Económica, 1991.