



**Carlos Eduardo Colpo Batistella**



Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)  
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio  
[cecolpo@gmail.com](mailto:cecolpo@gmail.com)

**Alice Casimiro Lopes**



Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)  
[alicecasimirolopes@gmail.com](mailto:alicecasimirolopes@gmail.com)

# **A PROMESSA DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NO DISCURSO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL TÉCNICA DE NÍVEL MÉDIO EM SAÚDE**

## **RESUMO**

Neste artigo, focalizamos o discurso da integração ensino-serviço e suas substituições metonímicas – integração docente-assistencial e integração curricular –, dando destaque às flutuações de sentido nas diferentes fases de acumulação teórico-política dos currículos da formação de nível médio em saúde, do PPREPS ao Profaps. Apoiados na teoria do discurso e na desconstrução, buscamos examinar as condições de emergência desse discurso que, como práticas articulatórias, institui comunidades epistêmicas e ações nesse campo. Abordamos os possíveis efeitos desse discurso sobre a subjetivação dos técnicos e argumentamos que o caráter contingente dessas articulações tende a ser apagado por certo fundamento místico, um messianismo cuja promessa e normatividade curricular importa questionar.

**Palavras-chave:** Políticas curriculares. Formação Técnica em Saúde. Teoria do Discurso. Integração Ensino-Serviço. Currículo.

## **THE PROMISE OF TEACHING-SERVICE INTEGRATION IN THE DISCOURSE OF TECHNICAL VOCATIONAL EDUCATION IN HEALTH**

## **ABSTRACT**

In this article, we focus on the discourse of teaching-service integration and its metonymic substitutions – teacher-care integration and curricular integration – highlighting the fluctuations of meaning in the different phases of theoretical and political accumulation of the curricula of high school education in health, from PPREPS to Profaps. Supported by the discourse theory and deconstruction, we seek to examine the emergence conditions of this discourse, which, as articulatory practices, establishes epistemic communities and actions in this field. We discuss the possible effects of this discourse on the subjectivation of technicians and argue that the contingent character of these articulations tends to be erased by a certain mystical foundation, a messianism whose promise and curricular normativity are important to question.

**Keywords:** Curricular policies. Technical education in Health. Discourse Theory. Teaching-Service Integration. Curriculum.

Submetido em: 09/04/2020

Aceito em: 06/07/2020

Publicado em: 10/12/2020



<http://dx.doi.org/10.28998/2175-6600.2020v12nEsp491-513>



## I INTRODUÇÃO

Na área da saúde, a atuação de agentes, auxiliares e técnicos de nível médio é considerada central para o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, cuidado e recuperação. Diretamente associados à expansão da cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS) e às iniciativas de mudança do modelo de atenção, os profissionais que ocupam postos de nível médio representam cerca de 60% da força de trabalho em saúde. Apesar da crescente visibilidade adquirida nas políticas públicas nas últimas décadas, ainda são imensos os desafios relativos à sua qualificação e profissionalização. Grande parte desse contingente apresenta escolaridade variada, com predomínio da formação de nível médio, ingressa nos serviços de saúde sem a devida formação, assume contratos precários e exerce suas atividades laborais em condições insatisfatórias (MOROSINI, 2016; SCHERER *et al*, 2016; VIEIRA e CHINELLI, 2013).

Até o início da década de 1980, a formação dos técnicos em saúde<sup>1</sup> era feita por meio de treinamentos realizados em serviço, de modo episódico, em cursos de curta duração, voltados ao domínio de tarefas e procedimentos específicos (LIMA, 2010). Com a emergência do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e a criação do SUS, buscou-se na reorganização do modelo de atenção e na recomposição das práticas de saúde, a perspectiva de substituição do modelo biomédico – hospitalocêntrico, de ênfase individual e curativa – pelo modelo da saúde coletiva, baseado na atenção integral à saúde e no enfrentamento intersetorial e interdisciplinar dos determinantes sociais do processo saúde-doença.

A formação dos trabalhadores da saúde, adquiriu assim dimensão estratégica, mobilizando diferentes demandas pela atualização e organização de currículos que buscassem responder à questão dos perfis profissionais a serem formados. O discurso da necessidade de mudança na formação desses profissionais reverberou amplamente, com efeitos sobre a produção de referenciais e diretrizes curriculares nacionais, projetos, programas e políticas específicas. Nesse contexto, as formações discursivas da integração ensino-serviço e da profissionalização emergiram (im)possibilitadas pelo antagonismo ao modelo curricular flexneriano e ao trabalho não qualificado, hegemonizando a formação de técnicos de nível médio em saúde (BATISTELLA, 2020).

Neste artigo, focalizamos o discurso da integração ensino-serviço e de suas substituições metonímicas – integração docente-assistencial e integração curricular –, dando destaque às flutuações de

---

<sup>1</sup> Adotamos aqui a denominação “técnicos em saúde”, proposta pelos pesquisadores do Observatório de Técnicos em Saúde (EPSJV, 2003), nos referindo, de forma ampla, “ao conjunto de trabalhadores que exercem atividades técnico-científicas no interior do setor Saúde, (...) [e] inclui desde trabalhadores elementares, responsáveis por atividades consideradas simples – que a complexidade do trabalho supostamente não exigiria mais do que as quatro primeiras séries do ensino fundamental –, (...) pelos auxiliares e técnicos de diversas especialidades, que detêm, respectivamente, ensino fundamental e médio, e pelos tecnólogos, de nível superior.” (EPSJV, 2003). Vale destacar que este contingente não constitui um grupo homogêneo, guardando grandes diferenças quanto à escolaridade, formas de inserção, contratação e vínculo; natureza e processos de trabalho, inscrição em conselhos profissionais, sindicalização, reconhecimento profissional etc.

sentido nas diferentes fases de acumulação teórico-política dos currículos da formação de nível médio em saúde, do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal em Saúde (PPREPS, 1975-1979), ao Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps, 2009-2016).

Inspirados na teoria do discurso e na desconstrução, buscamos examinar as condições de emergência desse discurso que, como prática articulatória, institui comunidades epistêmicas e ações, discutidas aqui para os casos de agências como a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e Fundação Kellogg. Argumentamos que o caráter contingente dessas articulações é apagado por certo fundamento místico, um tipo de messianismo cuja normatividade curricular importa questionar.

Procuramos abordar possíveis efeitos do discurso da integração ensino-serviço sobre a subjetivação dos técnicos, argumentando que o privilégio da dimensão prática nesse modelo tende a subtrair o tempo de formação, desvalorizando aspectos teóricos e reiterando o lugar de subordinação nas relações de saber-poder. Do mesmo modo, a ênfase nos serviços como cenário privilegiado de aprendizagem, inclina-se a apagar a ambivalência da integração, suavizando as tensões e constrangimentos gerados na sobreposição de relações pedagógicas e hierárquicas. Tampouco parecem ser consideradas as diferenças de poder na constituição do trabalho em equipe e seus efeitos na subalternização dos técnicos. Argumentamos que o discurso da integração ensino-serviço, quando articulado ao discurso da profissionalização, tem se traduzido em tentativas de fixação de identidades profissionais por meio de processos curriculares centralizadores, favorecendo, muitas vezes, a disseminação de práticas gerencialistas e a reiteração do modelo biomédico.

O artigo está organizado em quatro seções: na primeira, apresentamos alguns dos operadores da teoria do discurso de Laclau e Mouffe e da desconstrução de Derrida, concebendo a política como ontologia do social e as políticas curriculares como luta pela significação do que vêm a ser o currículo e a formação profissional, sempre envolvida em processos indecíveis de tradução. Na segunda, buscamos reativar as condições de emergência e de sedimentação do discurso da integração ensino-serviço na formação em saúde. Em seguida, apontamos para a estrutura de promessa do discurso da integração, assumindo que este se apresenta, em termos derridianos, como um messianismo escatológico, cujas lógicas fantasmáticas favorecem a homogeneização e o apagamento das diferenças nas relações de poder envolvidas no trabalho em saúde. Na quarta seção, abordamos a herança e a espectralidade nas diferentes fases de acumulação das políticas de formação profissional de nível médio em saúde, argumentando que, de alternativa encontrada nas brechas da lei, a integração ensino-serviço, converte-se em princípio político-pedagógico e daí, em condição para a formação profissional, traduzida como ensino em serviço. Por fim, nas considerações finais, defendemos que a desconstrução das políticas curriculares não significa o seu abandono, mas sim o questionamento de seus fundamentos e essencialismos. Mesmo porque este

abandono é sempre impossível, uma vez que faz parte da própria sedimentação, sempre reativada e traduzida, que constitui o campo da saúde e nos constitui neste campo.

## **2 A POLÍTICA COMO ONTOLOGIA DO SOCIAL E COMO TRADUÇÃO**

A busca de Laclau e Mouffe em conceber a ordem social como resultado contingente da luta política os conduz ao desenvolvimento de uma teorização que questiona a positividade do social. Esses autores privilegiam a estrutura discursiva como prática articulatória de distintos elementos diferenciais dispersos no campo da discursividade, uma estrutura que constitui e organiza as relações sociais de modo precário, como “tentativas fracassadas de domesticar o campo das diferenças” (LACLAU e MOUFFE, 2015, p.166).

Tais práticas articulatórias acionam uma lógica equivalencial entre distintas demandas que suspendem – mas nunca apagam – provisoriamente suas diferenças em face de um antagonismo. Um antagonismo que, por isso mesmo, é condição para a constituição das identidades, porque as torna possíveis e, ao mesmo tempo, é ameaça constante, tornando essas mesmas identidades impossíveis de existirem na política.

É este processo que leva Mendonça (2003) a considerar paradoxal toda relação antagônica. Ou como Lopes (2018a, p.145) já destacou: “as identidades (...) são interdependentes e estabelecidas em decorrência da contraposição mútua e constitutiva: só posso afirmar que algo ameaça certa identidade se simultaneamente afirmar a existência dessa mesma identidade”. Nesse sentido, a articulação não é remetida a nenhum fundamento ontológico (a classe social, por exemplo): é sempre resultado contingente de uma luta política.

Laclau (2013) sustenta que a menor unidade que se pode trabalhar como elemento de uma prática articulatória é a demanda social. Quando estas não são acolhidas, podem se articular com outras demandas não satisfeitas por meio de uma lógica que as aproxima - com o simultâneo esvaziamento da dimensão diferencial - e fecha a articulação discursiva. Essa lógica é por ele denominada lógica de equivalência. Essa função equivalencial é exercida por um significante que, esvaziado de seu particular significado, “é capaz de expressar, para além de seus objetivos concretos, a plenitude ausente da comunidade” (LACLAU, 2011, p.75).

O trabalho de Glynos e Howarth (2018), amplifica a incorporação das noções lacanianas à teoria política do discurso com a introdução do conceito de lógicas fantasmáticas, um recurso para investigar “como e porquê as formações discursivas logram conquistar a identificação e a subjetividade – ainda que de forma precária e contingente – da maioria dos sujeitos individuais e coletivos em um determinado campo discursivo” (OLIVEIRA, 2018, p.198). O engajamento com a fantasia, que se refere ao desejo de

recuperar o estado de harmonia supostamente perdido, se desenvolve inicialmente com a identificação de uma falta, geralmente uma identificação imaginária com um outro ilusório, que passa a ser a referência do que ainda não se tem, um estado de completude impossível para o qual se dirigem as projeções e as decisões estratégicas.

As fantasias podem se dar em uma direção beatífica, em que a realização de um objeto específico concreto é vista como a chave para um estado mais generalizado de bem-estar – a adoção de um pacote de reformas gerencialistas para fazer a “revolução educacional”, por exemplo (CLARKE, 2015) –, ou em uma perspectiva horrífica, que prevê o desastre, caso não sejam tomadas as medidas necessárias para superar um dado obstáculo (GLYNOS e HOWARTH, 2018; CLARKE, 2015; OLIVEIRA, 2018).

Essas interpretações incorporam também o modo de pensar derridiano, que se afirma no diferimento e busca desalojar as ilusões logocêntricas, associadas a formas de frear a disseminação dos significados e negar o jogo das diferenças. Na desconstrução, o significado de algo só existe na relação com o que não é o mesmo. Não há nada fora de relações de diferenças, “não há o em si, só efeitos de diferenças; algo só é a partir do rastro de outro, que também é rastro de outros rastros” (HEUSER, 2005, p.95).

O rastro derridiano não corresponde ao rastro do esquema clássico-metafísico que derivaria de uma presença, uma marca empírica originária. Não há rastro originário, o princípio difere dele mesmo. Tudo o que se arquiva em nossa língua traz em si o rastro de outro. Tanto a estabilização – por hegemonia – de um sentido, quanto sua disseminação como um universal – um conteúdo, uma prática – passam a ser vistos como um ato de poder, uma decisão em terreno indecível, “uma violência do desejo de presença (...) violência da afirmação – ou do poder arcôntico” (HEUSER, 2005, p.51-52) que, de modo precário e contingente, exclui outras possibilidades de significação.

Tal interpretação nos remete à metáfora da herança, com seus rastros, espectros e tarefas contraditórias:

(...) longe do conforto seguro que se associa um pouco rápido demais a essa palavra, o herdeiro devia sempre responder a uma espécie de dupla injunção, a uma designação [assignation] contraditória: é preciso primeiro saber reafirmar o que vem “antes de nós”, e que portanto recebemos antes mesmo de escolhê-lo, e nos comportar sob esse aspecto como sujeito livre (...) Reafirmar, o que significa isso? Não apenas aceitar essa herança, mas relançá-la de outra maneira e mantê-la viva” (DERRIDA e ROUDINESCO, 2004, p.12).

A indecidibilidade da estrutura, noção derridiana incorporada à teoria do discurso, fornece elementos para pensar a decisão política com um ato que não se restringe à razão. A indecidibilidade não é um momento a ser atravessado e superado. Não deve ser atribuída à eventualidade das situações, ao incipiente desenvolvimento teórico-metodológico ou à imprecisão dos instrumentos disponíveis para subsidiar racionalmente as decisões. Não existem princípios ou fundamentos que possam dar sustentação e definir as melhores e mais corretas decisões políticas – no dizer de Derrida, a única decisão de fato – em

um dado contexto. Estas se dão sempre em terrenos indecidíveis: “a infinitude se inscreve no interior da responsabilidade” (DERRIDA, 2016, p.133).

Esse aspecto é particularmente relevante quando dirigimos nossa atenção às decisões que são tomadas no âmbito das políticas curriculares. A sinalização da indecidibilidade dos jogos de linguagem que compõem discursivamente os textos remete ao compromisso com a desconstrução da lógica hegemônica que busca ordenar o social de uma dada maneira, apagando as contingências políticas dessa ordenação. Essa operação, no entanto, não visa ao descortinamento do Real (no sentido lacaniano), uma vez que não há origem passível de ser recuperada em todos os significados e implicações de um contexto. A indecidibilidade continua habitando a decisão (DERRIDA, 2016, p.133) e investe-se da responsabilidade de traduzir o intraduzível, de comprometer-se com a “temível e irreduzível dificuldade da tradução” (DERRIDA, apud SISCAR, 2012, p.153). Com a tradução, procura-se investigar “os efeitos de sentido produzidos e capazes de criar um dado contexto e mesmo uma comunidade em torno dos novos sentidos produzidos” (LOPES; CUNHA; COSTA, 2013, p.405).

Para Siscar (2012), a ideia da tradução em Derrida não se prende à ilusória “duplicação derivativa do original (entendido como significado)” (p.152), mas se constitui em uma “passagem ao discurso”, uma recriação sempre interpretativa e, portanto, aberta à diferentes leituras. Por não permitir o acesso à “origem” do significado, a tradução é inevitavelmente traição, uma nova significação, uma “tentativa de aliança e promessa” (LOPES; CUNHA E COSTA, 2013, p.403). As políticas curriculares, como todas políticas em sua inelutável condição espectral, são “visitadas” pelo atravessamento da alteridade, pela re-aparição de sentidos que tensionam/assombram o instituído. A política, como tentativa de fechamento da significação, de dominar o campo da discursividade, é sempre uma tradução, uma escrita que “extrapola um suposto pensamento originário” (CUNHA; COSTA e BORGES, 2018, p.192).

### **3 EMERGÊNCIA E SEDIMENTAÇÃO DO DISCURSO DE INTEGRAÇÃO**

#### **3.1 O discurso anti-flexneriano: a ameaça que une o movimento sanitário**

No horizonte aberto pelo processo de redemocratização no Brasil, a heterogeneidade de reivindicações e de lutas populares, constituiu uma pluralidade de espaços políticos e de pontos nodais capazes de articular demandas diferenciais na área da saúde. Focalizamos aqui uma cadeia articulatória constituída pelo antagonismo ao modelo flexneriano de currículo médico, que possibilitou o surgimento de bandeiras como saúde para todos, universalidade e integralidade em saúde, atenção primária em saúde, integração curricular e integração ensino-serviço, no contexto da luta pela autonomia universitária.

Longe de afirmar uma origem, uma *arkhê* designando o começo e o comando de uma lógica das políticas curriculares na formação em saúde, defendemos que o discurso anti-flexneriano, emerge como um corte antagônico que produz identificações no campo da saúde coletiva. Sua iterabilidade nos discursos acadêmicos e institucionais produziu uma série de efeitos sobre o modo de significar o currículo e a formação que reverberam até hoje, funcionando como uma matriz de inteligibilidade das relações que ali se estabelecem.

Para Almeida Filho (2010), na leitura da reforma da educação médica – inspirada nas recomendações de Flexner e introduzida no Brasil a partir da Reforma Universitária de 1968 – o campo da saúde coletiva forja uma imagem de Flexner como representante e instrumento da política de “dominação econômica, política e ideológica capitalista imperialista” (ALMEIDA FILHO, 2010, p.2239), assumindo como “elementos estruturais” do modelo biomédico flexneriano o mecanicismo, o biologismo, o individualismo, a especialização, a exclusão de práticas alternativas, a tecnificação do cuidado à saúde e a ênfase na prática curativa.

A associação do Relatório Flexner a um discurso autoritário é fruto, em grande medida, das contingências históricas e políticas que possibilitaram sua incorporação como referência à Reforma Universitária da ditadura militar no Brasil. Marcada pelo intervencionismo típico dos processos anti-democráticos e pela violação da tão defendida autonomia universitária, a reforma foi traduzida de forma ainda mais severa pelo movimento sanitário: como a *encarnação* do modelo biomédico de atenção à saúde, da fragmentação disciplinar do currículo e da medicina mercantilizada.

O modelo flexneriano, como exterior constitutivo antagônico, é assim uma construção da representação de Flexner e, também, uma articulação diferencial. Não se trata de um antagonismo a Flexner *per se* (se é que isso existe), mas aos efeitos e a uma interpretação do que Flexner produziu na formação médica. Como simplificação do espaço político, a cadeia equivalencial mobilizada pelo discurso “anti-Flexner”, não dissolve por completo o caráter diferencial das posições dos agentes sociais, e se sedimenta tanto nas substituições metonímicas crescentes – em que o significante “Flexner” passa a representar uma formação biologicista, cartesiana, privatista, dissociada da realidade social, cientificista etc. –, como em seu processo de adjetivação, que aplica o termo “flexneriano – geralmente com caráter pejorativo – aos currículos que apresentam uma divisão clara entre um período ou ciclo inicial de disciplinas básicas, seguido de outro dedicado aos estudos clínicos” (PAGLIOSA e DE ROS, 2008, p.493).

Com Laclau (2011), entendemos esse processo como uma fixação de significados – precária e contingente – dada pela relação antagônica constituída no contexto, uma prática hegemônica resultante da articulação equivalencial. O fechamento da significação, como um processo metafórico de combinação de sentidos em um significante, é uma tentativa de preencher a falta que constitui a identidade do movimento

democrático e do movimento sanitário. O social, como espaço discursivo, se estrutura retoricamente na luta política pela significação.

A reativação das contingências que possibilitaram a hegemonização do discurso anti-flexneriano remete não ao caráter necessário desta significação, mas antes a seu pertencimento à ordem do *acontecimento*, como singularidade incalculável e excepcional (FONTES FILHO, 2012; DERRIDA, 1991). Argumentamos que o nome *Flexner* é um significante vazio que estrutura, como ponto nodal, o conjunto de uma formação discursiva (LACLAU, 2013, p.134) mediante a atuação de lógicas fantasmáticas horríficas, e que a adjetivação *flexneriano* passa a representar/expressar tanto a ameaça ao projeto emancipatório da saúde como a *encarnação* do modelo biomédico, estabelecendo assim, a fronteira antagônica contra qual uma cadeia de equivalências se constitui, articula suas demandas democráticas em torno do movimento sanitário.

É nesse contexto que o discurso da integração ensino-serviço se institui como um vetor de mudança na formação. Sua estabilidade não resulta de um simples consenso no campo da saúde coletiva e requer a investigação das práticas articulatórias que garantem sua hegemonização e seus possíveis efeitos sobre os currículos e a subjetivação dos trabalhadores técnicos.

### **3.2 IDA, UNI, UNIDA, Educação Permanente: a integração ensino-serviço e suas substituições metonímicas**

Com a Lei 5540/68 (um dos atos da Reforma Universitária do regime militar) foi introduzido o conceito de *currículo mínimo*, organizado em regime disciplinar, com carga horária prefixada, composto por disciplinas obrigatórias para a profissionalização técnico-científica e por disciplinas eletivas, oferecidas para ampliar ou complementar a formação prevista (CECCIM e CARVALHO, 2011). No campo da saúde, o currículo mínimo foi criticado por promover a fragmentação e dicotomização do conhecimento; a desarticulação entre área básica, prevista nos anos iniciais, e área clínica, disposta nos períodos finais; a indução precoce à especialização; a centralidade do ensino-aprendizagem no hospital universitário – dissociado do sistema de saúde – e um sistema de avaliação embasado na memorização da informação (CECCIM e CARVALHO, 2011, p.76). É no interior das universidades, e mais especificamente, nos departamentos de saúde preventiva dos cursos de medicina, odontologia e enfermagem que, na década de 1960, começaram a convergir as contestações à prática biomédica e a denúncia da insuficiência do ensino da saúde pública (CECCIM e CARVALHO, 2011, p.81).

Na década seguinte, os projetos de aprendizagem em saúde comunitária começaram a ganhar expressão como proposta para a formação de recursos humanos em saúde. Difundidos pela Opas, procuravam distanciar-se do *movimento preventivista*, que oferecia uma visão naturalizada dos aspectos



sociais e psicológicos envolvidos na produção da saúde e da doença. Ainda que tenha possibilitado maior contato com as populações periféricas e rurais por meio de diferentes projetos de extensão universitária e de projetos extramuros. Esta perspectiva não logrou alterar o modelo de ensino, introduzindo uma nova dissociação entre a clínica – considerada território da cura e das ações individuais – e as ações de promoção e prevenção – de caráter populacional.

Na esteira da consigna *Saúde para todos no ano 2000* (Assembleia Mundial da Saúde, 1977) e da I Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde (Alma-Ata, 1978), acentua-se a crítica aos modelos profissionais, assistenciais e educacionais e a reivindicação por novas experiências de *integração ensino-serviço*. Apoiados tecnicamente pela Opas e financeiramente pela Fundação Kellogg (PIRES-ALVES e PAIVA, 2006), os projetos de Integração Docente-Assistencial (IDA) buscavam uma aproximação entre formação e trabalho, ensino, pesquisa e extensão. As experiências desenvolvidas nessa década permitiram o desenvolvimento de projetos interprofissionais na graduação, deram materialidade à ideia de uma rede-escola, estratégica para a expansão dos programas de residência (CECCIM e CARVALHO, 2011).

Em 1975 foram assinados os acordos complementares para o início das atividades de cooperação técnica da Opas no Brasil, tendo o PPREPS como seu primeiro projeto de envergadura. Um dos objetivos centrais estabelecidos no termo de cooperação visava aumentar a integração entre o sistema formador e a realidade da rede assistencial:

essa integração deveria se efetivar em todos os níveis da formação de recursos humanos para a saúde e em todos os âmbitos de assistência do sistema de serviços. Deveria permitir a experimentação de modelos, métodos e procedimentos, em apoio ao processo de regionalização dos serviços, a partir de uma articulação técnica e administrativa entre as várias instituições do setor e entre estas e as instituições formadoras, em especial com a universidade (PIRES-ALVES e PAIVA, 2006, p.44-45).

Os projetos de IDA estabelecidos pelo PPREPS, no entanto, padeceram de sustentação institucional, “consequência de uma incipiente institucionalização do recém-criado Sistema Nacional de Saúde (SNS)”, (idem, p.60). As dificuldades também foram percebidas no interior das universidades, onde diversos grupos mostraram-se refratários às reformas e às abordagens interdisciplinares. Como discute Lopes (2008), modificar formas de organização curricular implica mudar relações de poder que constituem comunidades disciplinares, não são decisões apenas pessoais, contra ou a favor da interdisciplinaridade, e tais questões podem ajudar a entender o porquê das resistências às abordagens interdisciplinares também na formação em saúde.

Na década de 1980 começaram a ser desenvolvidas as Ações Integradas de Saúde (AIS), germe do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que depois daria origem ao SUS. O movimento da RSB aprofundou sua mobilização e, em 1986, realizou a VIII Conferência Nacional de Saúde, marco na proposição dos princípios que deveriam reger a reformulação do sistema nacional de saúde.

Colocada na pauta da RSB, a área de Recursos Humanos em saúde, passou a mobilizar uma série de pesquisadores no diagnóstico e elaboração de propostas para os desafios do setor. Em 1990, a Fundação Kellogg deu início ao Programa *UNI – uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde: união com a comunidade*. Reconhecendo a necessidade de incluir a participação popular no debate sobre as mudanças na formação, os projetos de integração ensino-serviço foram reconfigurados, ampliando seu escopo e concepção para uma *integração ensino-serviço-comunidade*.

Na base conceitual e no plano geral de operacionalização do programa, considerava-se que a estratégia de articulação do ensino das profissões de saúde com o sistema de saúde, apesar de amplamente utilizada, precisava ser reformulada, devendo envolver *equipes multiprofissionais* durante toda a graduação e fomentar a *participação da comunidade*. Nas universidades essa mudança incluía duas condições básicas: as atividades curriculares desenvolvidas nos serviços de saúde e na comunidade deveriam ser destinadas, obrigatoriamente, a *todos* os alunos e estar relacionadas *com o restante do currículo*, retroalimentando o processo de decisão quanto à organização das disciplinas, a seleção de conteúdos e às metodologias de ensino e de avaliação: “os projetos UNI devem funcionar como estímulos ao processo de mudança dos cursos de graduação” (KISIL e CHAVES, 1994, p.26). Os Projetos UNI, assim,

(...) abriram caminhos de mudança nas reformas curriculares, desafiando a mudança de conteúdos para além da saúde pública preventivista, via integração ensino-serviço-comunidade, e para uma saúde comunitária participativa. O ideário reformista desse período não envolvia mais uma reforma conteudista, mas os aspectos formativos nos quais a articulação com os serviços era fundamental e também a articulação com os representantes da população. Não se trabalharia com a montagem de unidades-escola pertencentes à universidade, mas com redes locais de saúde (CECCIM e CARVALHO, 2011, p.84).

Criada em 1985, a *Rede UNIDA*, surgiu da mobilização de atores que integravam as principais entidades da RSB, como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Com o objetivo de qualificar a educação profissional em saúde no país e contribuir para a transformação do modelo de atenção a partir de um conceito ampliado de saúde, esta rede vem se constituindo em um dos mais ativos atores políticos do campo. Buscando ultrapassar as fronteiras da profissão e dos departamentos, instituir a multiprofissionalidade, dar lugar aos usuários e ampliar a interação com o sistema de saúde, o movimento articulado pela Rede UNIDA aponta para uma forma de *integração ensino-trabalho-cidadania*, em que

a educação dos profissionais de saúde não se dirige apenas aos serviços de saúde (lugar da atenção), um *praticismo*, mas ao trabalho (atenção, gestão e controle social) no setor (...) Ou seja, (...) não mais uma visão instrumental, a comunidade como *locus* de aplicação, mas como o *local*, nascente da política de construção da cidade (CECCIM e CARVALHO, 2011, p.87).

Consolidando as iniciativas históricas dos movimentos de mudança na formação em saúde e congregando pesquisadores de diversas universidades brasileiras, gestores e representantes de associações comunitárias e de trabalhadores, a Rede UNIDA tornou-se uma organização estratégica na produção de

conhecimento especializado no campo, fomentando uma teorização sobre a mudança na educação dos profissionais de saúde.

A participação de docentes e pesquisadores da Rede UNIDA nas esferas de gestão governamental, comitês consultivos e agências multilaterais que discutem os processos de reorientação das políticas curriculares na formação em saúde, nos permite sugerir sua atuação como comunidade epistêmica, no sentido conferido por COSTA e LOPES (2016): uma comunidade que se constitui na política por meio da autoridade de um conhecimento que se antagoniza com outras epistemes. Embora a Rede UNIDA tenha priorizado as políticas para a formação superior, os sentidos produzidos pelos discursos da integração curricular, assumem certa “função universal” que inscreve diversas demandas da formação técnica de saúde em uma ampla cadeia de equivalências.

Nos anos 2000, a demanda pela integração ensino-serviço foi articulada à proposta de educação permanente em saúde, tendo entre os membros da Rede UNIDA seus mais importantes defensores. Antes confinada aos debates acadêmicos e iniciativas isoladas desenvolvidas em países do continente americano, a proposta de educação permanente em saúde foi sistematizada na década de 1990 por um grupo de consultores do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Opas (HADDAD, ROSCHKE e DAVINI, 1994). A disseminação dessas ideias encontrou eco nas críticas aos modelos de formação até então desenvolvidos no país e nas propostas de reorganização das práticas assistenciais e de gestão no SUS, que sugeriam a incorporação de tecnologias “leves” e “leve-duras” para o trabalho em saúde, como o acolhimento, a produção de vínculo, a co-gestão de coletivos etc (CAMPOS, 2000; MERHY, 2002). Tais referências foram articuladas em um novo amálgama de sentidos para a integração ensino-serviços, agora nomeada por meio do “quadrilátero da formação”: a integração ensino-gestão-atenção-controle social (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

Partindo de uma crítica à formação para a saúde feita no Brasil, Ceccim e Feuerwerker (2004), reivindicaram a urgência de uma reforma da educação no setor saúde, capaz de ir além das iniciativas esparsas de mudança,

(...) todas essas iniciativas foram muito tímidas na sua capacidade de promover mudanças nas práticas dominantes no sistema de saúde. Limitadas a introduzir mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e cuidado em saúde, mantiveram a lógica programática das ações e não conseguiram desafiar os distintos atores para uma postura de mudança e problematização de suas próprias práticas. Por se apresentarem de forma desarticulada ou fragmentada e corresponderem a orientações conceituais heterogêneas, as capacidades de impacto das ações do SUS em educação têm sido muito limitadas (...) (CECCIM e FEUERWERKER, 2004, p.45).

Alçada ao plano de política pública em 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) estabeleceu ampla recomposição das estruturas de gestão da educação no campo da saúde. A força política das práticas discursivas de integração se expressou na institucionalização das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), instâncias de apoio e de cooperação técnica

com os Colegiados de Gestão Regional (CGR) para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007a). O forte investimento governamental na recém-criada Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), traduziu-se no crescente aporte de recursos direcionados aos programas que visavam promover a integração ensino-gestão-atenção-control social na formação profissional, incluindo aí a formação técnica.

#### **4 A ESTRUTURA DE PROMESSA DA INTEGRAÇÃO: MESSIANISMO**

Considerando algumas das contingências que permitiram a estabilização dos discursos de integração no campo da formação em saúde nas últimas décadas – o discurso anti-flexneriano, a instituição de uma comunidade epistêmica em torno das ações da Opas e Fundação Kellogg, a participação de seus membros na formulação das políticas públicas e o forte investimento estatal na formação em saúde (BATISTELLA, 2020) –, argumentamos aqui que essas articulações envolveram certo fundamento místico, um tipo de *messianismo* que nos parece importante desconstruir, de maneira a ampliar suas possibilidades democráticas.

A noção de messianismo (DERRIDA, 1994) está relacionada ao caráter místico com que Marx descreve a produção do fetiche e da forma-mercadoria na economia burguesa (“envoltos em bruma fantasmática”), sempre à espera de “nostálgica e impaciente de redenção” (DERRIDA, 1994, p.183). Para Derrida (1994, p.223), o marxismo compartilha com a religião a estrutura formal de uma escatologia messiânica. O autor, porém, ao tratar dessa “herança ateológica”, prefere o termo “messiânico” como forma justamente de liberá-lo de sua vinculação religiosa ao messianismo abraâmico.

Derrida (1994) chama a atenção para algo pertencente “à estrutura geral da experiência”, algo que está ligado à ideia de promessa, mas não a uma promessa em particular. A desconstrução derridiana incide justamente sobre o predicado escatológico dos messianismos historicamente existentes, seja o religioso, com as promessas de salvação e de paraíso, seja o próprio marxismo, com a afirmação teleológica de um mundo reconciliado consigo mesmo, onde os espectros serão exorcizados definitivamente. Mas retém aquilo que é “irreduzível”, “indesconstrutível”: a estrutura geral da experiência, a estrutura da promessa.

Com base nessas premissas, Derrida elabora seu conceito de “democracia por vir” (*democratie à venir*). Esse *à venir* não envolve uma afirmação teleológica – nem mesmo aquela limitada a uma ideia regulativa –, mas simplesmente o comprometimento contínuo de manter aberta a relação com o outro, uma abertura que está sempre *à venir*, que nunca está já dada por qualquer cálculo apriorístico. (...) o messianismo de que estou falando é um messianismo sem escatologia, sem uma terra prometida preconcebida, sem um conteúdo determinado. É simplesmente a estrutura da promessa inerente a toda experiência, cuja falta de conteúdo – resultante da radical abertura ao evento, ao outro – é a própria possibilidade de justiça e dá seu sentido somente à democracia por vir (LACLAU, 2011, p.118).

O gesto desconstrutivo derridiano busca *responder* à herança marxista, sendo-lhe, ao mesmo tempo fiel e infiel. Defende que essa herança, para ser viva, tem os traços essencialistas de sua ontologia, que insistem em dar um conteúdo utópico, teleológico, ao devir das sociedades, sempre questionados. Na desconstrução operada em *Espectros de Marx*, a estrutura de promessa é preservada, entendida como inerente à linguagem e, portanto, à política. Como o próprio Derrida afirma,

não existe linguagem sem a dimensão performativa da promessa; no instante em que abro minha boca, estou na promessa. Mesmo se eu disser que “*não acredito na verdade*” ou qualquer outra coisa, no instante em que abro minha boca, há um “*acredite em mim*” em ação (DERRIDA, 2016, p.126-127).

A consideração de que a promessa é constitutiva da experiência remete à indecidibilidade estrutural, isto é, à consideração de que a decisão – impossível, mas necessária – não é baseada em uma fundamentação última, capaz de produzir uma presença fechada em si mesma. Ao exceder ao cálculo, a decisão (a promessa) é abertura ao heterogêneo, ao radicalmente outro – ao acontecimento – e chama à responsabilidade ético-política (LOPES, 2018b, p.93).

Na estrutura de promessa das políticas curriculares, de um modo geral, há um desejo de normatividade, um caráter normativo que delimita o que pode ser significado como profissional, como currículo, como escola, como *integração* (LOPES, 2008, 2015; MACEDO, 2017, 2018; CUNHA, COSTA e BORGES, 2018). A insistência em acreditar nas promessas de projetos normativos para o currículo tem como pressuposto a possibilidade de que possam ser definidos os fundamentos que devem guiar a política: o melhor conhecimento, as melhores práticas, as melhores metodologias, os melhores perfis. Divergindo dessa tendência, concordamos com a posição de Lopes (2015), de que se o currículo encontra sua completude, a política para construir tal significação é limitada à definição dos textos curriculares e o currículo sucumbe a ser coisificado.

O discurso da integração ensino-serviço também apresenta seu caráter messiânico: na expectativa de que o encontro entre a universidade, os serviços de saúde e a população possa gerar melhorias em todos os polos dessa relação, a promessa emancipatória é referida a diversos *conteúdos* a serem integrados: 1) uma integração epistemológica do currículo, que pretende superar a fragmentação da organização disciplinar, os binarismos teoria/prática, básico/clínico e fomentar a aprendizagem significativa; 2) uma integração entre a formação e a gestão do SUS, seja na perspectiva de identificação de demandas de qualificação profissional dos serviços, seja na discussão e reorganização dos processos de trabalho para garantia da integralidade; 3) uma integração da formação e da atenção com as necessidades de saúde da população, na expectativa da humanização do cuidado, da produção de vínculos e de fluxos para os itinerários terapêuticos; e 4) uma integração do ensino e da gestão com as comunidades, no sentido de sua formação para a participação nas esferas de controle social do SUS. Opera, portanto, como um dispositivo de mudança que não se restringe à educação:

(...) uma formação, assim colocada, envolve a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção, que passam a ser problematizadas na prática concreta dos profissionais em terreno e dos quadros dirigentes. As demandas para educação em serviço não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas prioritariamente a partir dos problemas da organização do trabalho, considerando a necessidade de prestar atenção relevante e de qualidade, com integralidade e humanização, e considerando ainda a necessidade de conduzir ações, serviços e sistemas com produção em rede e solidariedade intersetorial (CECCIM e FEUERWERKER, 2004, p.50).

Nos documentos com assinatura oficial que instituem a PNEPS, a estrutura de promessa é conferida pela própria retoricidade utópica do texto:

(...) a grande expectativa é a instituição de relações orgânicas e permanentes entre as estruturas de gestão da saúde (práticas gerenciais e organização da rede), as instituições de ensino (práticas de formação, produção de conhecimento e cooperação técnica), os órgãos de controle social em saúde (movimentos sociais e educação popular) e as ações e os serviços de atenção à saúde (profissionais e suas práticas); assim como a ruptura com a lógica da compra de produtos e pagamento por procedimentos educacionais; o compromisso dos gestores com a formação e o compromisso dos formadores com o sistema de saúde; a produção e disseminação de conhecimento por relevância e compromisso (BRASIL, 2004a).

Ainda que a iniciativa de reorganizar o currículo buscando sua integração possa ser um caminho a ser seguido pelas universidades, nada garante que seus resultados possibilitem romper com as dicotomias estabelecidas ou que impeçam a criação de novas dicotomias. A desejada desfundamentação dos saberes esbarra “nos limites à criação de novos olhares e estratégias de intervenção, já que é frequente que o recurso aos saberes disciplinares se concretize como valor de verdade sobre o conhecimento do mundo e não como possibilidade de engendrá-lo” (GUIZARDI, 2011, p.173). Essa percepção é reforçada pela constatação da estabilidade dos discursos disciplinares e biomédicos, cuja iterabilidade fornece uma matriz de inteligibilidade para os processos de identificação dos estudantes.

## **5 DE PRINCÍPIO À CONDIÇÃO: QUANDO A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO SE CONVERTE NO ENSINO EM SERVIÇO**

Ainda que os projetos de integração e as políticas abordadas até aqui não sejam voltadas exclusivamente ao nível médio em saúde, partimos do pressuposto de que os discursos que produzem identificações na formação de nível superior, estão intimamente relacionados àqueles que produzem subjetivações nas políticas curriculares voltadas aos trabalhadores técnicos, integrando o campo da discursividade das políticas curriculares em saúde. As tentativas de fixação dos sentidos do discurso da integração ensino-serviço se estendem à formação profissional técnica no nível médio, cujas contingências produzem efeitos distintos daqueles associados à formação de nível superior.

As primeiras iniciativas de formação voltadas aos trabalhadores de nível elementar e médio da saúde no Brasil se deram no contexto dos projetos de expansão de cobertura e da cooperação técnica

firmada entre o governo brasileiro e a Opas, na década de 1970. Tanto o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), como o PPREPS, buscavam responder às demandas de formação profissional exigidas pela implantação de estruturas básicas de saúde em municípios com menos de 20 mil habitantes. Inspirados nas ideias de medicina comunitária, estes projetos tinham como diretriz a utilização de pessoal auxiliar recrutado nas próprias comunidades beneficiadas (LIMA, 2010). Os trabalhadores capacitados eram, em sua maioria, de nível elementar, como agentes comunitários, atendentes de enfermagem e auxiliares de saneamento.

O PPREPS contava com um grupo significativo de profissionais contratados como funcionários internacionais da Opas. Desenvolvido de 1975 a 1979, buscou a qualificação dos agentes que estavam ingressando nas secretarias de saúde com baixo nível de escolaridade e poucas habilidades. A experiência acumulada neste programa foi decisiva para a configuração do Projeto Larga Escala (PLE), especialmente pela atuação da enfermeira Izabel dos Santos, sua principal formuladora. No depoimento concedido à pesquisa sobre a história da cooperação técnica Opas-Brasil, o médico Roberto Passos Nogueira aponta algumas das questões que se apresentavam à época:

(...) na década de 1980 surgiu a preocupação de titulá-los, fazer com que [os trabalhadores da saúde] chegassem a dispor de um diploma. (...) Com uma titulação eles seriam alçados à condição de cidadãos plenos. Isso passava por uma articulação grande com o MEC, com os conselhos federais e com os conselhos estaduais de educação. A outra preocupação era fazer isso *em um processo integrado de educação e serviço*, utilizando-se os supervisores dos centros de saúde como professores e incorporando-se uma metodologia um pouco mais emancipatória, inspirada em Paulo Freire, com todas as adaptações necessárias (PIRES-ALVES e PAIVA, 2006, p.153, grifos nossos).

A decisão de passar da mera qualificação inicial para a habilitação técnica não pôs em questão a continuidade da formação *em serviço*, enunciada apenas como uma preocupação técnica, passível de ser enfrentada com recurso à pedagogia freireana. A utilização de supervisores do próprio serviço – hierarquicamente superiores – como docentes, não foi particularmente problematizada ou vista como incompatível com a emancipação desejada. Ao fazer da formação o acesso à profissionalização, essa perspectiva passou a requerer algo mais do que ações esporádicas e pontuais de treinamento. Nas palavras de Izabel:

(...) quando eu fui descobrindo isso, pensei, “nossa! A tarefa é maior do que imaginei”. Porque aí eu já estava intuindo que teria que pensar uma outra escola, pensar um outro processo educacional e teria, também, que fazer com que as pessoas se interessassem por essa mudança. O que supus, seria o mais difícil. Que escola seria essa? A minha experiência dizia que a escola formal, regular, pouco seria útil para o aluno/trabalhador que tinha sido excluído, em algum momento de sua vida, dos bancos escolares formais. Portanto, ela teria que ter, como princípio primordial, a inclusão. Como fazer isso? Foi a partir daí que eu comecei a formatar a ideia de que a escola para esse aluno/trabalhador deveria ser algo flexível; ele não poderia ser obrigado a ir até ela todos os dias; o professor não deveria ser um mero transmissor de conhecimentos. Dessa forma, passei a perceber que essa escola deveria ter regimentos diferentes, currículos diferentes, ofertar cursos descentralizados, pensar na qualidade da assistência à saúde prestada e formar instrutores e supervisores de ensino em processos técnicos e pedagógicos diferentes. Pressenti uma missão difícil (CASTRO et al, 2002, p.58).

A razão pela qual a “escola formal” foi excluída das opções se resume à experiência da educadora na “pouca utilidade” de uma instituição que, supostamente, tenha sido, *em si*, a responsável pela exclusão precoce dos alunos. A operação discursiva segue seu encadeamento lógico com a projeção fantasmática da escola ideal: a escola da inclusão, onde o professor não mais será o opressor conteudista, nem os currículos serão disciplinares. Prossegue Izabel:

(...) eu pensei que essa escola deveria ser diferente porque ela teria um novo cliente e este novo cliente é um trabalhador adulto que vai cursar o ensino técnico. Portanto a escola de formação técnica tem que ser diferente da escola de formação geral, ela tem que ter um compromisso com o fazer, com a aplicação do conhecimento, com a prática, com o desempenho. A escola, em vez de ser uma escola endereço, passa ser uma escola função. Isso quer dizer que ao invés do aluno ir todos os dias para a escola em horários programados, a escola é quem vai ao aluno, no seu ambiente de trabalho. O docente, em vez de ser um cargo, passa a ser uma função. Nessa concepção de escola função é que se baseia toda a descentralização dos cursos, a busca de atender às necessidades do cliente trabalhador e do cliente gestor dos municípios mais distantes. Ou seja, ela rompe com os pressupostos da escola regular (CASTRO et al, 2002, p.59-60).

A *escola função*, o nome que representa a identidade antagônica à *escola formal*, surgiu assim como o modelo a ser implantado nas secretarias de saúde, de modo a possibilitar a formação dos trabalhadores já inseridos nos serviços. Para a enfermeira-educadora, essa escola não deveria prescindir de um corpo de ideias e concepções de educação compartilhadas:

(...) eu não aceitava, de forma alguma, fazer uma escola de formação técnica baseada nos pressupostos de uma escola de educação geral. Eu não aceitava também que a escola fosse só cadeiras, paredes e quadro negro. Eu achava que a escola, para ser escola, devia ter um corpo filosófico, ou seja, todos aqueles que fazem aquela escola devem ter uma concepção de homem, de sociedade, de educação, de direitos à saúde, de serviços de saúde. (...) Eu acho que uma escola tem que ter um arcabouço filosófico, político e cultural para poder definir a missão dela e fazer a sua projeção para o futuro. Com base nisso, é que ela deve organizar um regimento, coerente com esse projeto político pedagógico, que deve ser autorizado pelo sistema educacional para que ela possa atuar. E como essa escola tem os trabalhadores de saúde como docentes, eles também devem participar da construção desse projeto. A turma que pensa a escola pela escola, acha que é a escola que tem que definir as suas prioridades, eu sempre neguei isso. A escola tem que trabalhar em parceria com o serviço de saúde (CASTRO et al, 2002, p.60-61).

Há aqui um jogo de linguagem que parece nos convidar, derridianamente, à *différance*: trata-se de formar trabalhadores *sem qualificação* inseridos nos serviços ou de trabalhadores *inseridos sem qualificação* nos serviços? Essa observação, feita com todo rigor e risco, remete aos apagamentos que vão se dando na sedimentação do discurso da integração ensino-serviço. A despeito do desejo manifestado por Izabel, a vinculação esporádica dos professores (por cursos, módulos ou horas-aula) e sua dispersão pelos núcleos descentralizados acabou por configurar um quadro marcado por grande circulação dos docentes, dificultando seu envolvimento com a construção dos projetos político-pedagógicos. O docente-*função* não encontrou institucionalidade capaz de abrigar sua dupla inserção no sistema de saúde, seja em termos do reconhecimento e valorização da dimensão educativa que constitui o trabalho em saúde, seja do tempo de dedicação necessário à prática pedagógica (muito além da sala de aula ou das supervisões) (BATISTELLA, 2020).



De forma semelhante, o discurso da integração ensino-serviço no Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Enfermagem (Profae), também se apresentou como uma estratégia de aproximação e enfrentamento dos problemas da realidade. Alinhado às diretrizes curriculares nacionais para a educação profissional técnica de nível médio (BRASIL, 1999b), o Profae adotou a organização curricular por competências como forma de promover a integração curricular. A ideia de que o desenvolvimento de competências requer a “explicitação das atividades ou tarefas em que elas podem se materializar e se fazer compreender” (RAMOS, 2010, p.59), favoreceu sua convergência ao princípio da integração ensino-serviço e às expectativas de mudanças na organização dos serviços.

A recepção da pedagogia das competências entre os profissionais da saúde não foi negativa. Na educação profissional, a tentativa de superar a pedagogia tradicional e o conteudismo disciplinar, propiciou terreno favorável para que esta se constituísse em referência para as Escolas Técnicas do SUS - ETSUS (RAMOS, 2010). Uma série de fatores pode ter contribuído para esse acolhimento, como o aporte do construtivismo piagetiano, a valorização das atividades e experiências para a construção do conhecimento, os deslocamentos do ensino para a aprendizagem e do professor para o aluno e o próprio antagonismo ao modelo taylorista-fordista no trabalho e de organização disciplinar na educação. Visto então como forma de promover a integração curricular, aproximando a escola do mundo do trabalho e desenvolvendo competências além das cognitivas, o modelo de organização curricular por competências foi revestido de “contornos potencialmente democráticos” (LOPES, 2008).

Retomado com força em 2004, com a formulação da PNEPS, o discurso da integração ensino-serviço, reivindicou a herança dos projetos IDA e UNI, suplementada<sup>2</sup> pela incorporação das dimensões da gestão e do controle social. Reconfigurado no “quadrilátero da formação”, ampliou não só sua significação, como as expectativas em torno desse princípio.

A defesa da formação dos profissionais como *estratégia para* a transformação das práticas de saúde, se embasou teoricamente na pedagogia da problematização de Paulo Freire e na aprendizagem significativa de David Ausubel. Esse deslocamento favoreceu a compreensão do *cotidiano dos serviços* como território mais apropriado para a formação em saúde, tendo em vista as possibilidades de problematização dos processos de trabalho. Ao eleger os trabalhadores como agentes privilegiados da mudança da prática, no entanto, o discurso da integração tendeu a apagar os limites das experiências pedagógicas como dispositivos para reestruturação dos processos de trabalho, as precárias condições e relações de trabalho nos serviços de saúde, bem como as disputas políticas que envolviam a estruturação e consolidação do SUS em meio às lógicas de produção neoliberal do capitalismo. Contraindo-se à essa naturalização,

---

<sup>2</sup> A lógica do *suplemento*, em Derrida é indissociável da lógica da *différance*, do jogo de relações nunca marcado e sempre aberto, do descentramento. A lógica do suplemento é a lógica da não identidade (SANTIAGO, 1976).

Morosini (2010) chama a atenção para os diferentes sentidos que a integração assume quando desenvolvida nos processos formativos dos trabalhadores de nível médio:

(...) no caso dos trabalhadores de nível médio e principalmente dos ACS, cuja profissionalização tem se dado quando este trabalhador já se encontra em serviço, essa relação vem sendo influenciada por um dado de realidade importante que é a necessidade de liberação desse trabalhador do serviço para a sua formação. Sob o argumento, que se mostrou importante nos documentos analisados, de defesa do ensino em serviço como forma de garantir que a formação dos ACS esteja baseada na realidade das práticas em saúde, percebo o risco de serem produzidas situações em que o trabalhador tenha a sua formação restringida ou subtraída. Isto seria possível pela realização de boa parte da carga horária de formação no âmbito do próprio serviço, o que diminuiria a quantidade de horas liberadas para a formação (MOROSINI, 2010, p. 191-192).

A integração ensino-serviço, reduzida (traduzida) assim ao *ensino em serviço*, remete aos rastros de uma tradição pedagógica que tem lugar no discurso que sustentou as opções pedagógicas do Projeto Larga Escala e que também reverbera a sedimentação da fronteira que distingue o trabalho de nível superior dos demais. As relações de saber/poder que separaram as ocupações das profissões se interpõem, naturalizando a concepção de que, aos trabalhadores subordinados, não se faz necessária uma formação que transcenda “os elementos da preparação imediata para o trabalho” (MOROSINI, 2010).

Confrontada com a agudização dos processos de precarização do trabalho na atenção básica (MOROSINI, 2016; SCHERER *et al*, 2016; VIEIRA e CHINELLI, 2013) e com os limites impostos aos trabalhadores de nível médio no Profaps (BATISTELLA, 2020), a integração ensino-serviço ganhou ainda mais conotação de *ensino em serviço*. Apesar de apresentado como um programa de profissionalização, sua execução nos estados concentrou grande parte dos investimentos em cursos de formação inicial e continuada (qualificações, aperfeiçoamentos e atualizações) (COSTA, 2016).

Configurada muitas vezes como um arranjo precário que disputa os espaços da rotina dos serviços - uma vez que as demais alternativas são sistematicamente bloqueadas, seja pela natureza do vínculo, pela subvalorização de seus saberes, pela subalternização de suas práticas ou pela subordinação de seu trabalho -, a integração ensino-serviço implementada na formação técnica privilegia a dimensão prática do saber-fazer e aparece como a única forma autorizada para a formação, nas margens do cotidiano dos serviços.

Na argumentação dos gestores, a liberação para as atividades de concentração previstas nos cursos esbarra em obstáculos de diversas ordens: desde a vedação justificada pelos vínculos precários, a impossibilidade de garantir as contrapartidas que dão suporte aos alunos (deslocamento, alimentação, hospedagem), a impossibilidade de substituição dos trabalhadores diante de equipes reduzidas, a priorização de situações epidemiológicas emergenciais, até a impossibilidade de abertura de vagas para técnicos na administração direta das secretarias de saúde (BATISTELLA, 2020).

Nos projetos de reforma do ensino de graduação, o discurso da integração imaginariamente sutura a falta que se quer preencher na formação, por meio da diversificação dos cenários de aprendizagem e das interações resultantes do encontro entre o ensino e o trabalho. Na particularidade da educação

profissional técnica de nível médio, pelo contrário, a quase totalidade dos processos formativos realizada pelas escolas técnicas e centros formadores do SUS envolve trabalhadores adultos, já inseridos na rede de serviços. A “realidade” dos serviços e do cotidiano com as comunidades não lhes falta, e sim, a formação geral e específica para o exercício de suas atividades, as condições adequadas de trabalho e o reconhecimento profissional. Diferentemente dos universitários, falta-lhes um processo de construção sistemática de sua atividade profissional que seja desenvolvido e legitimado pela instituição educacional.

Em outras palavras, a iterabilidade do discurso da integração ensino-serviço na formação técnica de nível médio favoreceu a articulação de demandas e produziu efeitos discursivos diferentes daqueles observados na formação superior. Enunciado por gestores, docentes e pesquisadores, esse discurso fortaleceu a concepção diferenciada das escolas técnicas e vale ainda hoje como sinal de pertença ao campo da saúde coletiva (e à sua tradição), assim como ao campo da educação crítica (principalmente de matriz freireana), que se quer distante da pedagogia tradicional, conteudista e centrada no professor.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caráter contingente das articulações que possibilitaram a emergência do discurso da integração ensino-serviço na formação técnica, envolveu tanto demandas mais amplas do campo da saúde coletiva, articuladas em torno do discurso anti-Flexner, como demandas específicas, ligadas diretamente ao contexto da formação de nível médio. Com sua capacidade de produzir adesão estando baseada na lógica fantasmática pela qual se busca preencher uma plenitude ausente – o encontro mutuamente emancipador entre a escola, os serviços de saúde e a população (que levaria à mudança do modelo de atenção e a saúde para todos) –, a cadeia articulatória incluiu também sentidos da organização curricular por competências. Essa fixação, parcial e precária, se sustenta na própria iterabilidade da linguagem das comunidades políticas (que, ao mesmo tempo, são sustentadas por este discurso).

Propomos aqui o exercício de desconstrução na formação técnica pela desmontagem de seus aspectos essencializados, que por mais agregadores e mobilizadores de ações positivas que tenham sido em vários momentos, acabam estagnando a novidade, inibindo o diferir. Desconstruir, nesse sentido, é herdar para além do que pretende legar o próprio discurso da integração ensino-serviço: é tratá-lo como uma promessa que não se cumpre e que só se pode realizar pela sua desconstrução. Estaria a formação em saúde preparada para pensar sobre sua própria tradição? Pensar para além de uma matriz que se apresenta como única?

Não se trata aqui de negar a possibilidade de realização da integração entre o ensino e os serviços de saúde, e sim de chamar a atenção que essa proposta está assentada sob uma estrutura de promessa da qual, se não se pode escapar, pode-se fazer aberta para uma normatividade vazia, porque sempre em

disputa. Ao invés de se fixar na busca de fundamentos para a concepção e organização de currículos e dessa forma negligenciar as especificidades da formação de técnicos e seus efeitos sobre a subjetividade destes profissionais, talvez caiba pensar em como a promessa pode se abrir às possibilidades contextuais.

Ao apresentar outras leituras para o discurso da integração ensino-serviço, queremos com isso interpelar a promessa de síntese de todos seus níveis semânticos (ensino-trabalho-gestão-participação popular, integração curricular, de conhecimentos científicos e populares, integração teoria-prática, de competências etc) em uma espécie de retorno à uma origem perdida, uma presença anterior à suposta fragmentação. Defendemos, com Derrida, a abertura ao caráter disjuntivo de uma promessa que vem do deslocamento, da promessa como disseminação, uma escrita da qual os indecíveis são testemunha (CONTINENTINO, 2006, p.30).

No lugar de uma promessa conteudizada que se impõe reivindicando a universalidade, Derrida afirma a promessa como abertura estrutural, como irreducibilidade do movimento da escritura, da *différance*, uma promessa atravessada por alteridades que adiam qualquer encontro, uma espera sem horizonte (CONTINENTINO, 2006).

Parafraseando Nascimento (2009), defendemos que se assuma a herança – em nosso caso, da formação em saúde e da ideia da integração ensino-serviço –, mas reconhecendo que esta não é dada, que não possui um estatuto que defina previamente sua direção: é “algo que resta a pensar e por vir (...) que deve ter a estrutura da promessa – e, portanto, a memória do que carrega o porvir aqui e agora” (NASCIMENTO, 2009, p.29).

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.26, no.12, p.2234-2249, Dez, 2010.

BATISTELLA, Carlos Eduardo Colpo. **Herança e promessa na política curricular do Profaps: a subjetivação dos técnicos da saúde nos discursos da integração ensino-serviço e da profissionalização**. 266 fls. Tese (Doutorado em Educação). Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Educação / ProPEd, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2020.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.

CASTRO, Janete Lima de; SANTANA, José Paranaguá de; NOGUEIRA, Roberto Passos. **Izabel dos Santos: a arte e a paixão de aprender fazendo**. Natal (RN): Observatório RH NESC/UFRN, 2002.

CECCIM, Ricardo Burg e CARVALHO, Yara Maria de. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg e MATTOS, Ruben Araujo de (Orgs.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, p.69-92, 2011.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis, Revista de Saúde Coletiva** Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, junho, 2004.

CLARKE, Matthew. Lacanian perspectives on education policy analysis. In: KALERVO, N. Gulson; CLARKE, Mathew; PETERSEN, Eva Bendix. **Education Policy and Contemporary Theory**. London, Routledge, 2015. E-book.

CONTINENTINO, Ana Maria Amado. **A alteridade no pensamento de Jacques Derrida: escritura, meio-luto, aporia**. Tese (Doutorado em Filosofia). Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2006.

COSTA, Cláudia Wanderley Cruz E. **Implementação de políticas nacionais para formação técnica em saúde no Estado da Bahia: o caso do Profaps**. 75f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva). Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2016.

COSTA, Hugo Heleno Camilo e LOPES, Alice Casimiro. A comunidade disciplinar em Goodson: impasses em um registro pós-estrutural. **Revista Brasileira de Educação**. v. 21, n. 67, out.-dez. 2016.

CUNHA, Érika V. R.; COSTA, Hugo H. C. e BORGES, Veronica. Desconstrução, alteridade e tradução: percursos investigativos nas políticas de currículo. In: LOPES, Alice Casimiro e SISCAR, Marcos (Orgs.). **Pensando a política com Derrida: responsabilidade, tradução, porvir**. São Paulo: Cortez, 2018.

DERRIDA, Jacques e ROUDINESCO, Elisabeth. **De que amanhã: diálogo Jacques Derrida e Elisabeth Roudinesco**. Tradução: André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

DERRIDA, Jacques. **Espectros de Marx: o estado da dívida, o trabalho do luto e a nova Internacional**. Tradução: Anamaria Skinner. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

DERRIDA, Jacques. **Margens da filosofia**. Tradução: Joaquim Torres Costa e Antônio M. Magalhães. Campinas: Papirus, 1991.

DERRIDA, Jacques. Observações sobre desconstrução e pragmatismo. In: MOUFFE, Chantal (Org.). **Desconstrução e pragmatismo**. Rio de Janeiro: Mauad X, 2016.

EPSJV. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos de Saúde (Orgs.) **Trabalhadores técnicos em saúde: formação profissional e mercado de trabalho. Relatório final**. Rio de Janeiro: Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde, 2003.

FONTES FILHO, Osvaldo. Uma "possibilidade impossível de dizer": o acontecimento em filosofia e em literatura, segundo Jacques Derrida. **Trans/Form/Ação**, Marília, v. 35, n. 2, p. 143-162, Mai/Ago, 2012.

GLYNOS, Jason e HOWARTH, David. Explicação crítica em ciências sociais. A abordagem das lógicas. In: LOPES, Alice Casimiro; OLIVEIRA, Anna Luiza A. R. M. de e OLIVEIRA, Gustavo Gilson S. de (Orgs.). **A teoria do discurso na pesquisa em educação**. Recife: UFPE, 2018.

HADDAD Q., Jorge; ROSCHKE, María Alice Clasen e DAVINI, María Crisrina (Orgs.). **Educación permanente de personal de salud**. (Serie desarrollo de recursos humanos em salud). Washington, D.C.: OPS, 1994.

KISIL, Marcos e CHAVES, Mario (Orgs.). **Programa UNI: uma nova iniciativa na educação dos profissionais da saúde**. Battle Creek: Fundação W.K. Kellogg, 1994.

LACLAU, Ernesto e MOUFFE, Chantal. **Hegemonia e estratégia socialista: por uma política democrática radical**. São Paulo: Intermeios; Brasília: CNPq, 2015.

LACLAU, Ernesto. **A razão populista**. Tradução: Carlos Eugênio Marcondes de Moura. São Paulo: Três Estrelas, 2013.

LACLAU, Ernesto. **Emancipação e diferença**. Coordenação e revisão técnica geral: Alice Casimiro Lopes e Elizabeth Macedo. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2011.

LIMA, Julio César França. **Política de saúde e formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem**. Tese (Doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Educação. 2010. 469 f.

LOPES, Alice Casimiro. **Políticas de integração curricular**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2008.

LOPES, Alice Casimiro. Normatividade e intervenção política: em defesa de um investimento radical. *In*: LOPES, Alice Casimiro e MENDONÇA, Daniel de (Orgs.). **A teoria do discurso de Ernesto Laclau: ensaios críticos e entrevistas**. São Paulo: Annablume, 2015. pp. 117–147.

LOPES, Alice Casimiro. Políticas de currículo em um enfoque discursivo: notas de pesquisa. *In*: LOPES, Alice Casimiro; OLIVEIRA, Anna Luiza A. R. M. de e OLIVEIRA, Gustavo Gilson S. de (Orgs.). **A teoria do discurso na pesquisa em educação**. Recife: Editora UFPE, 2018a. pp.133-167.

LOPES, Alice Casimiro. Sobre a decisão política em terreno indecidível. *In*: LOPES, Alice Casimiro e SISCAR, Marcos (Orgs.). **Pensando a política com Derrida: responsabilidade, tradução, porvir**. São Paulo: Cortez, 2018b.

LOPES, Alice Casimiro; CUNHA, Érika; COSTA, Hugo Heleno Camilo. Da recontextualização à tradução: investigando políticas de currículo. **Currículo sem fronteiras**, [s. l.], v. 13, n. 3, p. 392–410, 2013.

MACEDO, Elizabeth. Mas a escola não tem que ensinar?: conhecimento, reconhecimento e alteridade na teoria de currículo. **Currículo sem fronteiras**, v. 17, n. 3, p. 539–554, 2017.

MACEDO, Elizabeth. A teoria do currículo e o futuro monstro. *In*: LOPES, Alice Casimiro e SISCAR, Marcos (Orgs.). **Pensando a política com Derrida: responsabilidade, tradução, porvir**. São Paulo: Cortez, 2018.

MENDONÇA, Daniel de. A noção de antagonismo na ciência política contemporânea: uma análise a partir da perspectiva da teoria do discurso. **Revista de Sociologia e Política**, [s. l.], n. 20, p. 135–145, 2003.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso. **Educação e trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos Agentes Comunitários de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso. Precarização do trabalho: particularidades no setor saúde brasileiro. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 5-7, nov. 2016.

NASCIMENTO, Evando. Heranças de Derrida: desconstrução, destruição e messianicidade. *In*: PEREIRA, Maria Antonieta; SÁ, Luis Fernando Ferreira (Orgs.). **Jacques Derrida: atos de leitura, literatura e democracia**. Belo Horizonte: Faculdade de Letras da UFMG, Linha Ed. Tela e Texto, 2009.

OLIVEIRA, Gustavo Gilson Sousa de. Provocações para aguçar a imaginação/invenção analítica: aproximações entre a teoria política do discurso e análise do discurso em educação. In: LOPES, Alice Casimiro; OLIVEIRA, Anna Luiza A. R. M. de e OLIVEIRA, Gustavo Gilson S. de (Orgs.). **A teoria do discurso na pesquisa em educação**. Recife: UFPE, 2018.

PAGLIOSA, Fernando Luiz e DA ROS, Marco Aurélio O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista brasileira de educação médica**, vol.32, no.4, p.492-499, Dez 2008.

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

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

SANTIAGO, Silvano. **Glossário de Derrida**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos et al. Aumento das cargas de trabalho em técnicos de enfermagem na atenção primária à saúde no Brasil. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 89-104, nov. 2016.

SISCAR, Marcos. **Jacques Derrida: literatura, política e tradução**. Campinas: Autores Associados, 2012.

VIEIRA, Monica; CHINELLI, Filippina. Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1591-1600, jun. 2013.

## COMO CITAR ESSE ARTIGO

### **Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT)**

BATISTELLA, Carlos Eduardo Colpo; LOPES, Alice Casimiro. A promessa de integração ensino-serviço no discurso da educação profissional técnica de nível médio em Saúde. **Debates em Educação**, Maceió, v. 12, p. 491-513, set. 2020. ISSN 2175-6600. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/index.php/debateseducacao/article/view/9975>. Acesso em: dd mmm. aaaa.

### **American Psychological Association (APA)**

Batistella, C., & Lopes, A. (2020). A promessa de integração ensino-serviço no discurso da educação profissional técnica de nível médio em Saúde. *Debates em Educação*, 12(Esp), 491-513. doi: <https://doi.org/10.28998/2175-6600.2020v12nEsp491-513>