

PESQUISA MULTICÊNTRICA

FORMAÇÃO DE TRABALHADORES TÉCNICOS EM SAÚDE NO BRASIL

Relatório final – Brasil

Rio de Janeiro
2020

RETS

Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde
Red International of Education of Technicians in Health
International Network of Health Technicians Education



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO



Centro Colaborador da OMS para a
Educação de Técnicos em Saúde

FORMAÇÃO DE TRABALHADORES TÉCNICOS EM SAÚDE NO BRASIL

Equipe da Pesquisa por Centro Colaborador

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES	MUNICÍPIO/ ESTADO	PESQUISADORES
Região Norte		
Instituto Federal do Acre	Rio Branco - AC	Alcilene Oliveira Alves
Centro de Educação Técnica e Profissional na Área da Saúde (CETAS - RO)	Porto Velho - RO	Angelita de Almeida Rosa Mendes
Região Nordeste		
Universidade do Estado da Bahia	Salvador - BA	Silvana Lima Vieira
Universidade Federal da Bahia	Salvador - BA	Gilberto Tadeu Reis da Silva
Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia	Sobral - CE	Maria José Galdino Saraiva
Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA	Sobral - CE	Maria Socorro de Araujo Dias
Escola de Saúde Pública Visconde Sabóia	Fortaleza - CE	Diógenes Farias Gomes Maria José Galdino Saraiva
Escola Técnica do SUS Dra. Maria Nazareth Ramos de Neiva- ETSUS-MA	São Luís - MA	Dayana Dourado de Oliveira Costa
Universidade Federal do Piauí/Núcleo de Estudos em Saúde Pública-NESP	Teresina - PI	Angelo Brito Rodrigues
Escola Técnica do SUS do Piauí "Monsenhor José Luis Barbosa Cortez	Teresina - PI	Francisca Josellia Moreira da Silva
CEFOPE - Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde	Natal - RN	Jacyane Melo de O. Santos Lêda Maria de M. Hansen Sônia Maria F. C. Souza
Escola de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Natal - RN	Maria Jalila Vieira de Figueirêdo Leite
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)	Campina Grande - PB	Ardigleusa Alves Coêlho
Departamento de Psicologia - UEPB	Campina Grande - PB	Cláudia Martiniano
Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco	Recife - PE	Célia Maria Borges da Silva Santana

continua...

Equipe da Pesquisa por Centro Colaborador (continuação)

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES	MUNICÍPIO/ ESTADO	PESQUISADORES
Região Nordeste		
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ Fiocruz Pernambuco	Recife - PE	Paulette Cavalcanti de Albuquerque Katia Regjane de Medeiros Alexsandro dos Santos Juliana Santos Marcondes José Pacheco
Universidade Federal de Pernambuco	Vitória de Santo Antão - PE	José Ronaldo Vasconcelos Nunes Livia Milena Ana Paula Lopes Ana Wladia Silva Alexsandro dos Santos Bruno Costa de Macedo
Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças da Universidade de Pernambuco	Recife - PE	Itamar Lages
Região Centro-Oeste		
Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso - ESPMT	Cuiabá - MT	Noise Pina Maciel Nelci Cunha dos Santos
Coordenadoria de Formação Técnica em Saúde - COFTES		
Faculdades Unidas Do Vale Do Araguaia	Barra do Garças - MT	Aurea Damaceno Alves
Região Sudeste		
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz (Instituição Coordenadora)	Rio de Janeiro	Adelyne Maria Mendes Pereira (coord.) André Feitosa (coord.) Gladys Miyashiro Ingrid Freire (coord. executiva) Letícia Batista Márcio Candeias Márcia Soares Mércia Santos Muza Clara Raquel Moratori Thayná Trindade Isabela Cabral Félix de Sousa

continua...

Equipe da Pesquisa por Centro Colaborador (continuação)

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES	MUNICÍPIO/ ESTADO	PESQUISADORES
Região Sudeste		
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo	Ribeirão Preto - SP	Adriana Katia Corrêa
Núcleo de Pesquisa de Direito Sanitário da Universidade de São Paulo - NAP-DISNUSP	São Paulo - SP	Fernando Mussa Abujamra Aith
Associação Nacional de Citotecnologia - Anacito	Rio de Janeiro - RJ	Simone Maia Evaristo
Região Sul		
Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul/SES	Porto Alegre - RS	Maria Isabel Barros Bellini
Escola de Saúde Pública do Paraná - Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha	Curitiba - PR	Ana Lúcia Nascimento Fonseca
Colegio Estadual Luiz Augusto Moraes Rego	Toledo - PR	Dulcelene Verissimo de Souza Firmino

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	6
2	OBJETIVOS CONSTRUÍDOS NO PROJETO E ALCANÇADOS POR ESTA PESQUISA.....	11
	2.1 OBJETIVO GERAL	11
	2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
3	EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E FORMAÇÃO DE TÉCNICOS EM SAÚDE.....	13
	3.1 A FORMAÇÃO DE TRABALHADORES TÉCNICOS EM SAÚDE NA AMÉRICA LATINA	13
	3.2 EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NO BRASIL.....	17
4	METODOLOGIA.....	28
	4.1 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	28
	4.2 ESTRATÉGIAS DA PESQUISA	36
5	EDUCAÇÃO PROFISSIONAL TÉCNICA EM SAÚDE NO BRASIL: LEITURA DOS DADOS.....	40
6	BIBLIOGRAFIA	63

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa teve como objeto a formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Brasil no período de 2010 a 2016, e buscou analisar tal formação, quantitativa e qualitativamente, partindo da caracterização das políticas de saúde, educação e trabalho, que condicionaram o contexto mais geral, para compreender a organização da formação desses trabalhadores.

A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), instituição coordenadora desta pesquisa, é uma unidade técnico-científica da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), sendo responsável pela coordenação e execução de atividades de ensino, investigação, informação e comunicação, desenvolvimento tecnológico e cooperação técnica na área de Educação Profissional em Saúde. No ano de 2004, a EPSJV tornou-se Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a Educação de Técnicos em Saúde,

tendo sido redesignada em 2008, 2012 e 2016. Desde 2005, por solicitação da Organização Pan-Americana da Saúde (opas/OMS), atua como Secretaria Executiva da Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde¹ (RETS), assumindo tal função também no âmbito das suas sub-redes, Redes de Escolas Técnicas de Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (RETS-CPLP) e da União de Nações Sul Americanas² (RETS-Unasul), criadas em 2009.

Entre março de 2007 e maio de 2009, a EPSJV coordenou a pesquisa “A Educação Profissional em Saúde no Brasil e nos países do Mercosul: perspectivas e limites para a formação integral de trabalhadores face aos desafios das

¹ A RETS é uma estratégia de cooperação técnica entre instituições vinculadas à Educação de Técnicos em Saúde. A 3ª Reunião Geral da RETS, realizada como atividade prévia ao 3º Fórum Global de Recursos Humanos para a Saúde (GHWA/OMS), ocorrida em novembro de 2013, na cidade de Recife (Pernambuco-Brasil), possibilitou a elaboração de um novo Plano de Trabalho para a Rede, a ser desenvolvido no período de 2014-2017. Nesse, pactuou-se uma série de objetivos e de ações que possibilitem a integração e a articulação, no âmbito da RETS, das instituições de ensino voltadas para formação de técnicos em saúde, de modo a produzir, sistematizar e divulgar conhecimentos que venham a subsidiar a elaboração de políticas, programas, planos e projetos de cooperação internacional e fortalecer os sistemas de saúde dos países membros. O primeiro objetivo delineado foi o de “Produzir, divulgar e promover o intercâmbio de conhecimentos na área de educação e trabalho dos técnicos em saúde”, tendo como ação correspondente o “Desenvolvimento de uma pesquisa multicêntrica para identificar e analisar a oferta quantitativa e qualitativa de formação de trabalhadores técnicos em saúde nos países membros da Rede, com a constituição de um grupo de pesquisa para o fortalecimento da educação de técnicos em saúde”.

² Em 19 de abril de 2018, Brasil, Argentina, Paraguai, Colômbia, Chile e Peru anunciaram a suspensão por tempo indefinido de sua participação na Unasul. A decisão foi tomada em Lima, em uma reunião à margem da Cúpula das Américas. Em 10 de agosto do mesmo ano, a Colômbia formalizou sua saída definitiva do organismo, a ser efetivada em seis meses, sendo seguida posteriormente por vários países, incluindo Brasil.

políticas de saúde”³. A partir dela analisou-se a oferta de educação profissional em saúde no Brasil e nos países do Mercado Comum do Sul (Mercosul), face aos desafios nacionais e internacionais da gestão do trabalho e da educação em saúde. Dando continuidade a essa pesquisa, entre 2011 e 2013, a EPSJV conduziu o projeto intitulado ‘A Formação dos Trabalhadores Técnicos em Saúde no Mercosul: entre os dilemas da livre circulação de trabalhadores e os desafios da cooperação internacional’⁴, junto a instituições estratégicas de pesquisa na Argentina, Paraguai e Uruguai.

Nesse sentido, cabe ressaltar que a pesquisa aqui apresentada nasce do Projeto ‘Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde na Região das Américas’, cujo objetivo era contribuir para o fortalecimento dos sistemas de saúde e dos processos de formação dos trabalhadores técnicos em saúde no âmbito da cooperação nacional e internacional, e que envolveu, além do Brasil, instituições da Argentina, Bolívia, Colômbia, Costa Rica, Equador, Guatemala, México, Paraguai, Peru e Uruguai. No decorrer da pesquisa, o grupo Brasil constrói sua trajetória mais autônoma de pesquisa, com vistas a dialogar futuramente com os demais países participantes. Houve, no entanto, durante o período de realização deste trabalho um enfraquecimento das políticas de relações internacionais, principalmente no campo Sul-Sul, o que dificultou a fase de integração das pesquisas com os países colaboradores.

³ Financiada pelo edital MCT-CNPq/MS-SCTIE-DECIT-Nº23/2006, pela EPSJV e pelo TC-41 (OPAS/OMS).

⁴ A pesquisa se iniciou em 2010, com recursos do TC 41 vinculados às ações de Cooperação Internacional da EPSJV e, em 2011, foi incorporada como produto específico, no Plano Diretor da Estação Observatório dos Técnicos em Saúde da instituição.

A participação de pesquisadores de cerca de 20 instituições⁵, de todas as regiões do Brasil, foi a estratégia escolhida para viabilizar o caráter multicêntrico de nossa pesquisa. Constitui-se, portanto, uma rede de pesquisa colaborativa no campo da Formação de Técnicos em Saúde no Brasil.

Os resultados aqui demonstrados permitem uma análise comparada entre macrorregiões e estados da Federação, pois trazem elementos e fatores que atuam como condicionantes (estruturais e conjunturais) das políticas de formação de trabalhadores técnicos em saúde. O que, em nossa avaliação, pode favorecer a construção de novas diretrizes para o avanço dos sistemas de saúde e educação.

A produção e a sistematização de conhecimentos de base local, regional e nacional podem ser capazes de subsidiar políticas para a melhoria das condições de vida das populações, baseada na garantia de direitos fundamentais como saúde, educação e trabalho.

Dessa forma, esperamos que a construção de diagnósticos nacionais, de caráter quantiquantitativo, sobre a formação dos trabalhadores técnicos em saúde, colabore para o delineamento de políticas específicas na área. No âmbito da cooperação internacional, que a utilização de uma metodologia de pesquisa conjunta contribua para a realização de estudos mais abrangentes que permitam a comparabilidade em nível continental; além do fortalecimento de instituições estratégicas de pesquisa, favorecendo tanto os processos de integração social e econômica, quanto à definição de estratégias regionais de formação, regulação e credenciamento desses trabalhadores.

⁵ A lista das instituições, e seus respectivos pesquisadores, está disponível na abertura deste relatório.

Assim, este relatório será apresentado da seguinte forma:

- a) Elementos presentes no projeto: objetivos (item 2), breve resgate histórico da educação profissional e formação de técnicos em saúde (item 3), metodologia (item 4);
- b) Análise dos dados levantados sobre a educação profissional em saúde no Brasil;
- c) Anexos (relatórios estaduais).

2

OBJETIVOS CONSTRUÍDOS NO PROJETO E ALCANÇADOS POR ESTA PESQUISA

2.1 - OBJETIVO GERAL

Analisar a formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil no período de 2010 a 2016.

2.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar as políticas de saúde, educação e trabalho, que incidem sobre a formação dos trabalhadores técnicos em saúde.

- b) Identificar os cursos e instituições ofertantes da educação de trabalhadores técnicos em saúde.
- c) Analisar as diretrizes teórico-metodológicas da formação de trabalhadores técnicos em saúde.
- d) Analisar, em perspectiva comparada, a formação de trabalhadores técnicos em saúde nas diferentes regiões brasileiras, destacando possibilidades e desafios específicos e compartilhados.

3

EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E FORMAÇÃO DE TÉCNICOS EM SAÚDE

3.1 A FORMAÇÃO DE TRABALHADORES TÉCNICOS EM SAÚDE NA AMÉRICA LATINA

A realidade dos países da América Latina⁶ é marcada por um conjunto importante de assimetrias estruturais. Há desigualdades políticas, econômicas, sociais e culturais, produto de processos históricos diferenciados e de particularidades socialmente construídas em cada um dos países.

⁶ Nestes países são faladas, primordialmente línguas derivadas do latim (espanhol, português e francês), posto que nos processos de colonização a região foi majoritariamente dominada pelos impérios espanhol e português.

Diante de tantas diferenças, há ainda um significativo desconhecimento sobre a realidade dos países, bem como fragilidade nos processos de integração.

No ano de 1991, Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai assinaram o Tratado de Assunção⁷, que criava o Mercado Comum do Sul (Mercosul) e objetivava uma inserção mais competitiva dos países membros do bloco no mercado mundial globalizado. Em 2012, o bloco passou pela primeira ampliação desde sua criação, com o ingresso da Venezuela e, mais recentemente, na Cúpula de Chefes de Estados do Mercosul que aconteceu no dia 17 de julho de 2015, a Bolívia ingressou oficialmente no bloco econômico (MERCOSUL, 2016).

Com o surgimento do Mercosul havia a expectativa de que a ênfase da integração pudesse deslocar-se progressivamente dos acordos econômicos e comerciais para uma verdadeira integração social. O que parece ser um desafio ainda maior, considerando as mudanças políticas nas regiões Sul e Centro-Americana nos últimos anos, e a crescente pressão de diversas e variadas organizações sociais que colocam em pauta uma atenção prioritária sobre os efeitos sociais da integração (PRONKO; STAUFFER; CORBO, 2014).

Adicionalmente, a criação da União de Nações Sul-Americanas (Unasul), em 2008, como iniciativa de integração concomitante e complementar ao processo iniciado

⁷ O objetivo primordial do Tratado de Assunção é a integração dos Estados Partes por meio da livre circulação de bens, serviços e fatores produtivos, do estabelecimento de uma Tarifa Externa Comum (TEC), da adoção de uma política comercial comum, da coordenação de políticas macroeconômicas e setoriais, e da harmonização de legislações nas áreas pertinentes (MERCOSUL, 2016).

pelo Mercosul, passou a dinamizar o processo de definição de princípios para a integração regional, baseada na garantia de direitos e no fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde, com implicações diretas na formação e gestão da força de trabalho em saúde necessária e existente (MERCOSUL, 2016).

Ainda que as experiências do Mercosul e da Unasul sejam relevantes do ponto de vista da constituição de um arcabouço institucional para o processo de integração e introdução de novas instâncias e mecanismos de regulação e negociação, persistem desafios importantes no que se refere à integração social dos países que constituem o bloco e daqueles que ainda não o compõem, mas que fazem parte do continente latino-americano.

Uma integração com caráter social pressupõe o conhecimento entre os países, sobretudo naqueles aspectos que podem integrá-los efetivamente, permitindo a livre circulação de trabalhadores. Esse horizonte deveria pautar-se nos princípios de universalização e construção de uma base regional comum de direitos e garantias para todos os habitantes de nossos países. Entretanto, para evitar os efeitos contraditórios das migrações – tanto para os sujeitos que procuram “melhores oportunidades de vida”, quanto para os países que perdem seus quadros qualificados –, as condições para sua concretização precisam ser construídas na perspectiva de alcançar uma cidadania regional plena que proteja os direitos sociais (ESPJV/FIOCRUZ, 2013).

Os resultados obtidos nas fases 1 e 2 do projeto de pesquisa sobre a formação dos trabalhadores técnicos em Saúde no Mercosul tornam essa discussão ainda mais relevante,

pois evidenciam que não há definição unívoca sobre quem são os trabalhadores técnicos em saúde na região. Há variedade de significado de expressões como “trabalhadores técnicos em saúde” e “profissionais técnicos em saúde”. Essa indefinição se relaciona não apenas com alguma especificidade que essas denominações apresentam, mas se deve, primordialmente, ao fato de que o caráter de técnico e de profissional está ligado tanto ao desenvolvimento histórico dos sistemas educacionais nacionais quanto ao caráter particular que assume, em cada caso, o trabalho em saúde. Há, adicionalmente, diversidade no que diz respeito à formação, à certificação, à regulação e à regulamentação do exercício profissional desses trabalhadores (ESPJV/FIOCRUZ, 2013).

Apesar do conhecimento parcial sobre essa realidade, os resultados das pesquisas indicam como tendências importantes: a predominância de um modelo de formação baseado na pedagogia das competências e voltado para o mercado de trabalho, distanciando-se de uma perspectiva de formação integral dos trabalhadores em saúde; a desarticulação interna de cada país entre as áreas de educação, trabalho e saúde; e a privatização dos sistemas de ensino. Dada a abrangência e complexidade desse objeto de estudo, os resultados possuem, ainda, caráter preliminar. Persiste, dessa forma, a necessidade de desenvolvimento de estudos de abrangência nacional, de caráter comparado e preferencialmente interinstitucional que levem a compreensão de determinações comuns aos processos nacionais, além do reconhecimento das especificidades históricas que configuram, de maneira sempre particular, a realidade de cada um dos países.

3.2 EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NO BRASIL

O tema da Educação Profissional em Saúde no Brasil, com todas suas particularidades, precisa ser analisado a partir de sua indissociabilidade com a história da Educação Brasileira e suas expressões na Educação Profissional.

Nesse sentido, cabe destacar que a educação brasileira é historicamente caracterizada por uma dualidade estrutural, ou seja, ela é a expressão da própria estrutura de classes da sociedade. Essa expressão se traduz na oferta de uma educação mais instrumental para os filhos da classe trabalhadora, e outra, mais intelectual, para os que se pretendem dirigentes. E é nesse primeiro sentido que se origina e se estrutura a educação profissional no Brasil.

No início do século XX, a criação das primeiras escolas de formação profissional, fossem elas industriais ou agrícolas, tinham como objetivo destinar uma formação aos “desfavorecidos de fortuna”, tornando-os “úteis à Nação”⁸, assumindo nitidamente seu lugar de destino: “as classes proletárias” (BRASIL, 1909, s/p.)⁹.

⁸ Decreto n. 7.566, 23 set. 1909: “Considerando que o aumento constante da população das cidades exige que se facilite às classes proletárias os meios de vencer as dificuldades sempre crescentes da luta pela existência: que para isso se torna necessário, não só habilitar os filhos dos desfavorecidos da fortuna com o indispensável preparo técnico e intelectual, como fazê-los adquirir hábitos de trabalho profícuo, que os afastará da ociosidade ignorante, escola do vício e do crime; que é um dos primeiros deveres do Governo da República formar cidadãos úteis à Nação” (BRASIL, 1909).

⁹ O Decreto nº 7.566, cria inicialmente em diferentes unidades federativas, sob a jurisdição do Ministério dos Negócios da Agricultura, Indústria e Comércio, dezenove “Escolas de Aprendizes Artífices”, destinadas ao ensino profissional, primário e gratuito.

No que se refere à educação profissional em saúde, durante as primeiras décadas do século XX, a formação de trabalhadores para essa área se dava, majoritariamente, através de instituições como as Santas Casas de Misericórdia e a Legião Brasileira de Assistência (LBA), de onde se originou o modelo característico da educação profissional em saúde: a formação em serviço (PEREIRA; RAMOS, 2006).

Cabe destacar que, na década de 1940, a reforma do ensino designada como Reforma Capanema deslocou o ensino profissional como grau médio e criou cursos técnicos nos ramos comercial, industrial e agrícola. Somente o Curso secundário (ginasial e colegial) tinha o objetivo de formar dirigentes, segundo o Decreto Lei 4.244 de abril de 1942, permitindo acesso ao ensino superior e voltando-se às classes mais favorecidas. No caso dos demais ramos, o ingresso ao ensino superior ficava restrito à área específica de conhecimento do curso técnico realizado, como por exemplo, um aluno que cursou eletrotécnica somente poderia ter acesso à engenharia elétrica (CUNHA, 2000).

Essa situação foi modificada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) de 1961 (Lei 4.024, de 13 de dezembro), que estabeleceu equivalência dos cursos técnicos com o secundário para ingresso no ensino superior (CAIRES; OLIVEIRA, 2016).

Também a partir da LDB (BRASIL, 1961), o curso de enfermagem, por exemplo, passou a ser de nível superior, seguindo a prioridade das políticas públicas, “em especial da saúde e de educação” (GOTTEMS; ALVEZ; SENA, 2007) e, em 1966,

foi criado o curso técnico de enfermagem. A enfermagem passou a se desenvolver, portanto, a partir de quatro categorias profissionais: “atendente de enfermagem (a maioria sem ter passado por qualquer qualificação profissional), auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro” (PEREIRA; RAMOS, 2006, p. 31).

Cabe ressaltar que, a partir de 1964, com o golpe civil-militar, o Brasil viveu duas décadas de ditadura, e nesse sentido, diversas foram as mudanças impostas à sociedade brasileira. No campo da educação, especificamente no segundo grau (etapa que no Brasil foi responsável pela formação dos profissionais técnicos), houve uma grande mudança. A Lei 5.692/71 transformou o nível intermediário da educação em etapa de qualificação para o trabalho, obrigando uma formação técnica para todos que ingressassem nessa fase.

A partir desse momento, as habilitações profissionais passaram a ser determinadas pelo Conselho Federal de Educação. Assim, em 1974, o número de habilitações de segundo grau chegou a 158 e, no campo da saúde, foram classificadas apenas as seguintes: técnico e auxiliar de enfermagem, secretária de unidade de internação, auxiliar de documentação médica e visitadora sanitária (PEREIRA; RAMOS, 2006, p. 32).

Havia, também, a possibilidade do exame de suplência profissionalizante, que permitia o reconhecimento profissional por meio de diploma a quem tivesse “pelo menos dois anos de trabalho em instituições de saúde, com a condição de ser satisfeita a exigência de cumprimento de educação geral, por via regular ou supletiva, além de depender de autorização e reconhecimento por parte do sistema educacional” (PEREIRA; RAMOS, 2006, p. 35).

Junto com as lutas pela redemocratização da política brasileira, os anos 1980 foram marcados por importantes discussões sobre a saúde e a formação de seus trabalhadores, incluídas como pauta na agenda de Reforma Sanitária.

Em 1982, surgiu a primeira grande iniciativa de formação para os trabalhadores da saúde, com o Programa de Formação em Larga Escala de pessoal de Nível Médio e Elementar para os serviços básicos de saúde. Tendo como principal idealizadora a enfermeira Izabel dos Santos¹⁰, o Larga Escala – como ficou conhecido – foi constituído na perspectiva de formação profissional e escolar dos inúmeros trabalhadores elementares da saúde de nível elementar.

Seria impossível destacarmos, neste relatório, a dimensão do Projeto Larga Escala e as análises de todo esse processo. Todavia, o tema é fartamente tratado nos estudos sobre educação profissional em saúde no Brasil, o que permite, aos interessados, maiores aprofundamentos. Destacamos, particularmente, sua influência direta na criação das escolas técnicas do setor saúde, nos diferentes estados da federação brasileira, e sua marca indelével de formação em serviço.

O processo de redemocratização da política brasileira se configura na década de 1980 com a eleição – ainda indireta, apesar do grande Movimento Diretas Já – de civis para a Presidência da República, a eleição da Assembleia Constituinte e sua resultante: a Constituição de 1988.

¹⁰ Precursora e criadora do PLE, foi docente de Enfermagem em Saúde Pública na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco de 1965 a 1974 e, após este período, consultora da OPAS (BASSINELLO; BAGNATO, 2009).

É no texto constitucional – em que se pesem todas as disputas envolvidas nesse processo – que a saúde se configura como direito de todos e dever do Estado, “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, art. 196); instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS).

No campo da educação, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, e com a apresentação do Projeto de Lei (1.258/88) do deputado Octávio Elísio (PSDB/SP), na Câmara dos Deputados Federais, parte da sociedade civil, organizada no Fórum em Defesa da Escola Pública, iniciou um processo amplo de debate com vistas a garantir uma nova Lei de Diretrizes e Bases (LDB) da Educação Brasileira, que colocasse a escola pública no centro de um projeto de formação humana, universal, gratuita e participativa¹¹. Entretanto, esse processo de construção democrática foi sistematicamente combatido pelos que representavam os interesses de diferentes frações da classe dominante, em especial da fração dos empresários da educação.

¹¹ A sociedade civil organizada através do Fórum em Defesa da Escola Pública passou a empreender uma discussão nacional sobre a LDB, com o objetivo de torná-la de fato representativa dos anseios da sociedade. Foram realizados inúmeros eventos de caráter local, estadual, regional e nacional, congregando educadores, estudantes, trabalhadores em educação, representantes de entidades científicas e sindicais, enfim, sujeitos envolvidos com a questão educacional e que se esforçavam em contribuir na construção de um Projeto de Lei (PL) que pudesse significar um avanço expressivo no fortalecimento da educação pública, gratuita e de qualidade, socialmente referenciada (DANTAS, 2003, p. 110).

Em 1995, com o quadro parlamentar alterado em função das eleições do ano anterior, o projeto de nova LDB que tramitou durante anos no Congresso Nacional, depois de ser remetido para o Senado Federal em 1993 e aprovado na Comissão de Educação da casa em 1994, foi substituído por outro de autoria dos senadores Darcy Ribeiro¹² e Marco Maciel. Esse substitutivo, depois de algumas alterações, foi aprovado no plenário do Senado, em fevereiro de 1996.

Remetido para a Câmara dos Deputados, o projeto foi aprovado e sancionado pela Presidência da República em dezembro de 1996. Deixava-se de lado uma trajetória de construção coletiva e de ativa discussão, que mobilizou a sociedade como nunca dantes se havia visto ou sabido. Na avaliação de Soares (2003, p. 111): “Abandonava-se um projeto de educação democrático e participativo, prevalecendo a força do empresariado do ensino, para a qual a LDB aprovada demonstra uma significativa abertura, principalmente em termos das possibilidades de destinação de recursos”¹³.

¹² Sobre a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei Nº 9394/96), Demo (1997, p. 13-14) afirma: “Nessa Lei, a formulação é branda, mostrando o caminho futuro para escola de tempo integral como algo que a sociedade irá naturalmente exigir. [...] Uma lei de educação precisa, primeiro, ser curta, para não dizer besteira demais, e segundo, insistir em propostas flexíveis, para não atrapalhar a vontade de aprender. A LDB tem algo disso, embora tenha predominado o peso histórico dos interesses em jogo. [...] Não obstante todas as cautelas críticas, vale assinalar que o texto da Lei está imbuído de grande interesse pela flexibilização da organização dos sistemas educacionais, seguindo aí uma coerência necessária: não se pode educar bem dentro de uma proposta já em si deseducativa”.

¹³ Mais sobre esse assunto em:

RIBEIRO, D. *A lei da educação*. Brasília: Senado Federal, 1992.

SAVIANI, D. *A nova lei da educação: trajetória, limites e perspectivas*. 3 ed. São Paulo: Autores Associados, 1997.

Uma das características marcantes da atual LDB é sua estrutura enxuta. O projeto de lei original, debatido na Câmara dos Deputados depois de inúmeras emendas e negociadas reduções, foi remetido ao Senado com 298 artigos, enquanto que o texto proposto por Darcy Ribeiro e Marco Maciel foi aprovado com apenas 91 artigos. Nesse sentido, a falta de detalhamento nas diretrizes e bases da educação brasileira abre um leque de novos debates, em função das necessárias regulamentações.

No que se referia à educação profissional técnica, o Ministério da Educação tentou implementá-la através do Projeto de Lei 1.603/96 que, nos curtos espaços de disputa dentro do Congresso Nacional, encontrou resistência do movimento organizado dos trabalhadores da educação pública. Com a possibilidade de uma eventual derrota, ou até mesmo pelo prolongamento temporal em que este projeto poderia se arrastar, o governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) eliminou a mínima possibilidade de disputa com a publicação de um Decreto Presidencial (2.208/97), nos mesmos moldes do Projeto de Lei 1.603/96. Tal ação foi alvo de duras críticas de intelectuais de esquerda vinculados ao campo da educação e de entidades representativas dos profissionais da área. No seu conteúdo, o Decreto 2.208/97 estabelecia a separação formal entre educação regular, de caráter propedêutico, e a educação profissional, de formação instrumental, voltada especificamente para o desempenho de atividades direcionadas ao processo produtivo.

Nesse contexto, foi criado pelo Ministério da Saúde o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), que ao espelho do Projeto Larga Escala,

visava à formação técnica de trabalhadores inseridos nos serviços de saúde. Como nos mostra Pereira e Ramos (2006, p. 56), o Profae foi um marco na introdução da noção de competência na educação profissional em saúde, através de seu Sistema de Certificação de Competências¹⁴ (RAMOS, 2001).

As disputas em torno da Educação Profissional se mantiveram vivas, apesar do Decreto 2.208/97. Assim, com a eleição de Luis Inácio (Lula) da Silva à Presidência da República, intelectuais da educação que lutavam pela revogação do citado Decreto, participaram de um processo que culminou na sua substituição pelo Decreto 5.154/04 que, em síntese, manteve as possibilidades de organização de cursos, como previa o revogado 2.208/97, ampliando para a possibilidade de um ensino médio integrado à formação profissional¹⁵.

No âmbito da formação de trabalhadores técnicos para a saúde foi criado, em 2004, mais um programa de grandes dimensões: o Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (Proformar), com o objetivo de formar mais de 30 mil trabalhadores da área. Destes, cerca de 24 mil oriundos da descentralização das ações da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), e que encontrou nas Escolas Técnicas do SUS (ET-SUS) a base para executar esse processo.

¹⁴ Para melhor compreensão da análise crítica sobre a noção de competência na educação profissional em saúde, recomenda-se a leitura de: RAMOS, M. N. *Pedagogia das Competências: autonomia ou adaptação?* São Paulo: Cortez, 2001.

¹⁵ Para aprofundar esse assunto:

FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M.; RAMOS, M. (Orgs). *Ensino Médio Integrado: Concepções e contradições*. São Paulo: Cortez, 2005.

KUENZER, A. Z. *Ensino Médio: construindo uma proposta para os que vivem do trabalho*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

No âmbito do Ministério da Saúde, o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps), regularizado pela Portaria nº 3.189/2009, visou ampliar a formação em algumas áreas estratégicas do SUS, prevendo, dentre outros, a realização de cursos técnicos em Radiologia, Patologia Clínica, Citologia, Hemoterapia, Manutenção de Equipamentos, Saúde Bucal, Prótese Dentária, Vigilância em Saúde e Enfermagem.

Outro grande programa de formação de técnicos, que ainda carece de estudos sobre sua aplicação, é o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec), criado em 2011. Tal programa estimulou a formação de vários profissionais técnicos, entre eles os da área da saúde, e contribuiu expressivamente com o fortalecimento das escolas do chamado ‘Sistema S’, em especial, o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Senac)¹⁶.

Embora os grandes programas de formação de trabalhadores para a saúde no Brasil ganhem destaque na história da Educação Profissional (BRASIL, 2016), não foram somente eles os responsáveis pela formação dos profissionais técnicos da área. Nesse campo, também se configura a disputa entre o público e o privado, ao ponto de observar-se uma crescente ampliação das vagas oferecidas na rede

¹⁶ Mais sobre esse assunto em: LIMA, J. C. F.; RAMOS, M. N.; LOBO NETO, F. J. da S. Regulamentação profissional e educacional em saúde: da década de 1930 ao Brasil contemporâneo. In: *Trabalhadores Técnicos em Saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2011. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/14089/2/Trabalhadores%20T%c3%a9cnicos%20em%20Sa%c3%ba-de_Regulamentacao%20Profissional%20e%20Educacional.pdf>. Acesso em: set. 2016.

privada de ensino nas últimas duas décadas¹⁷. Adicionalmente, é necessário destacar que atualmente existem 28 cursos técnicos na área da saúde no Brasil, o que torna as análises mais complexas (BRASIL, 2016).

Por último, cabe salientar que no Brasil também existe a formação de profissionais a partir das graduações tecnológicas, os chamados tecnólogos. Se por um lado este aspecto aproxima a realidade brasileira dos países da América Latina, cujos profissionais técnicos são de nível superior, por outro, traz disparidades, pois os tecnólogos possuem, de modo geral, empregabilidade e renda semelhantes às dos trabalhadores técnicos.

Qualquer análise sobre essa questão deve levar em consideração as influências do mercado educacional a partir da seguinte indagação: a oferta desses cursos tem relação com a necessidade desse tipo de profissional na construção dos serviços de saúde, ou apenas se configura numa estratégia de expansão do mercado educacional^{18?13}

Permanece, também, uma disputa pelo modelo de formação desses profissionais. Nesse caso, há experiências contra hegemônicas como a de uma educação politécnica, portanto, que critica a formação meramente instrumental, que, para além da necessária formação de trabalhadores para o SUS, insiste no projeto de educação profissional integrada ao ensino médio.

¹⁷ Como demonstram os dados preliminares desta pesquisa.

¹⁸ No campo da saúde, o caso mais emblemático é o da formação de tecnólogos em radiologia, cuja categoria passou a ser representada pelo Conselho dos Técnicos em Radiologia. Mas, há também registro de oferta de cursos de profissões sem regulamentação, como, por exemplo, curso de tecnologia em Resgate e Socorro.

Diante do exposto, é possível observar que as reformas realizadas na educação profissional interferem também na formação dos trabalhadores da saúde. Como ressaltam Ramos e Pereira (2006, p. 24), “para refletir sobre a formação dos trabalhadores da saúde é preciso considerar as transformações no mundo do trabalho, da saúde e da educação e suas constantes contradições”.

Neste projeto, entende-se que a educação profissional em saúde surgiu como uma proposta contra hegemônica de formação para os trabalhadores da saúde, buscando romper com o modelo de educação tecnicista e de formação em serviço. Assume-se, então, uma concepção que entende a formação dos trabalhadores como um processo de construção de conhecimentos científicos, tecnológicos e de formação humana, que tenciona o modelo de educação profissional vigente.

4

METODOLOGIA

4.1 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Este projeto se caracteriza pelo caráter interinstitucional e pela perspectiva comparada. O referencial teórico-metodológico utilizado é de cunho histórico-dialético, considerando a formação dos trabalhadores técnicos em saúde como uma mediação específica da formação humana na totalidade das relações sociais. Tomado como método de pesquisa, o materialismo histórico-dialético busca transpor a aparência dos fenômenos históricos e sociais com vistas à compreensão de sua essência, como aponta Netto (2009):

Alcançando a essência do objeto, isto é: capturando a sua estrutura e dinâmica, por meio de procedimentos analíticos e operando a sua síntese, o pesquisador a reproduz no plano do pensamento; mediante a pesquisa, viabilizada pelo método, o pesquisador reproduz, no plano ideal, a essência do objeto que investigou (NETTO, 2009, p. 674).

As categorias analíticas se apresentam na perspectiva da totalidade, da historicidade e da contradição, o que é fundamental para a análise dos achados qualitativos e quantitativos da investigação. Tais perspectivas se expressam na captura do movimento do real, ou seja, “tratam-se da análise do concreto – concreto pensado à luz da totalidade das relações sociais” (MARX, 2011, p. 54). Esse concreto é a síntese de múltiplas determinações sociais, portanto, uma unidade do diverso. Em Marx (1985, p. 20): “a pesquisa tem de captar detalhadamente a matéria, analisar as suas várias formas de evolução e rastrear sua conexão íntima. Só depois de concluído esse trabalho é que se pode expor adequadamente o movimento real”.

A dimensão da historicidade traz o pressuposto de que, sob o ponto de vista da classe trabalhadora, a realidade dada pode ser modificada pela construção de nova hegemonia, orientada por uma concepção de mundo que reconhece os trabalhadores como sujeitos históricos, responsáveis pela produção da existência humana.

A análise histórico-comparada tem uma antiga tradição nas Ciências Sociais, caracterizada por um período de negligência e um renascimento nas últimas décadas, segundo Mahoney e Rueschemeyer (2003). Os autores destacam que, em geral, ela está associada à análise de questões compreendidas como processos complexos e relevantes, segundo especialistas e não especialistas. Para Meny e Thoenig (1992), os estudos comparados são identificados na literatura internacional como um caminho possível para o avanço da análise de políticas públicas, já que, seja por meio de métodos qualitativos e/ou quantitativos, permitem novas

investigações sobre processos, resultados e determinações das políticas. Nas palavras dos autores:

El análisis comparado de las políticas públicas ha contribuido especialmente a sacar el policy analysis del atolladero en que tendía a hundirse. Considerando esencialmente las políticas públicas como procesos sectoriales, los primeros analistas de las políticas públicas terminaron por descuidar los determinantes políticos o culturales. El análisis comparado les ha devuelto toda su importancia, valorando la necesidad de restituir el contexto histórico, político-administrativo y cultural de las políticas (MENY; THOENIG, 1992, p. 229).

Mahoney e Rueschemeyer (2003) chamam a atenção para uma das principais características dos estudos histórico-comparados: voltar-se para experiências passadas que remetem a preocupações do presente, formulando questionamentos e hipóteses a respeito de um conjunto específico de casos que exibem similaridade suficiente para serem comparados um com o outro.

Quanto à definição dos casos de estudo, em um ensaio a respeito dos ganhos teóricos que podem ser produzidos, Rueschemeyer (2003) defende que o estudo de caso é capaz de fazer mais do que apenas gerar ideias teóricas. Para o autor, por sua capacidade de mergulhar no contexto histórico específico de cada caso, ele pode testar proposições teóricas e oferecer explicações sobre os processos em análise. Rueschemeyer (2003) destaca a proximidade (*close-acquaintance*) com a complexidade dos casos como uma das vantagens da análise histórico-comparada. Além disso, ressalta a importância de se ir além do primeiro caso, pois em sua opinião, o impacto de fatores sobre resultados

de interesse só aparece quando se superam os limites das análises internas ao caso (*within-cases*), deslocando-se para análises transversais aos casos (*across-cases*). Dessa forma, Rueschemeyer (2003) afirma que ir além dos limites dentro dos quais os fatores causais relevantes podem manter-se constantes promove, então, um ganho teórico-analítico substancial.

As comparações, por definição, envolvem o desenvolvimento de modelos, classificações, frequências de ocorrências e compreensão das diferenças (MENY; THOENIG, 1992). Pereira (2014) aponta que, em geral, as análises comparadas seguem esses métodos e têm esses objetivos, estando sujeitas a vantagens e desvantagens desse processo. Entre as vantagens estão a possibilidade de aprimorar as investigações mediante a transposição de hipóteses e resultados obtidos em outros campos ou contextos; de ampliar os horizontes da análise de um caso a partir das experiências de outro; e de valorizar as especificidades decorrentes do contexto histórico, político-administrativo e cultural das políticas. As desvantagens estão associadas à impossibilidade de se estabelecer generalizações, e sobretudo aos riscos da sedução de se comparar dados incomparáveis ou se subestimar características históricas e contextuais em função de resultados comparáveis. Segundo Pereira (2014, p. 36): “As maiores contribuições da análise comparada dizem respeito às mudanças logradas por ela às perspectivas científicas, com enriquecimento do aparato teórico e metodológico, como também às descobertas permitidas no âmbito das políticas nacionais em comparação com outros casos”.

Frequentemente, as análises histórico-comparadas estabelecem interações entre proposições explicativas e bases de dados, segundo Rueschemeyer (2003). De acordo com o autor, ainda que usem medidas quantitativas, trabalham por uma via qualitativa, conquistando credibilidade para os seus resultados por meio de dois caminhos: 1) pela relação entre ideias teóricas e suas implicações complexas; 2) pela melhor evidência empírica. Esse diálogo entre teoria e evidência se constitui na principal vantagem comparativa da análise histórico-comparada (MAHONEY; RUESCHEMEYER, 2003; RUESCHEMEYER, 2003). No confronto entre teoria e evidência, encontram-se duas possibilidades: repetir a relação entre desenvolvimento teórico e dados; e estabelecer uma relação mais próxima entre intenções conceituais e evidências empíricas (RUESCHEMEYER, 2003).

Entre as principais contribuições das análises histórico-comparadas, situam-se a produção de proposições teóricas, que embora circunscritas temporalmente, podem ser capazes de gerar hipóteses explicativas (RUESCHEMEYER, 2003), bem como facilitar a compreensão de processos de mudança (MAHONEY; RUESCHEMEYER, 2003).

Os estudos comparados têm sido utilizados para analisar aspectos macrossociais (SILVA, 2016). As análises histórico-comparadas têm sido de grande importância, sobretudo por duas razões: pela insistência em comparar assuntos relevantes mesmo diante das prováveis dificuldades metodológicas; e por causa do engajamento teórico motivado dos pesquisadores (RUESCHEMEYER, 2003).

Cabe destacar que “comparar implica, não só o reconhecimento de semelhanças e diferenças entre as unidades da

comparação mas, também, a compreensão das relações entre elas e a compreensão de cada caso na sua especificidade. Assim, a comparação permite enriquecer o conhecimento do outro mas, também e principalmente, de si mesmo, a partir da colocação de novas interrogações e perspectivas” (PRONKO, s./ano, p. 583).

Nessa pesquisa, a “educação profissional em saúde” é tomada como categoria geral de análise. Contudo, como se trata de um termo referido à realidade brasileira, utilizar-se-á a expressão “formação de trabalhadores técnicos em saúde”. Com isso, pretende-se buscar o significado dessa modalidade de educação, suas relações com as políticas de saúde, de educação e com o trabalho.

Sobre o conceito de “trabalhadores técnicos em saúde”, Pronko, Stauffer e Corbo (2014, p.17) afirmam que “não há uma definição unívoca na região das Américas acerca do significado dessa expressão, dado que o caráter de ‘técnico’, embora contenha certa especificidade, está ligado tanto ao desenvolvimento histórico do sistema educacional nacional, quanto ao caráter particular que assume, em cada caso, o trabalho em saúde”. Pronko e Corbo (2009) destacam também que a despeito de representarem a porção mais significativa do pessoal de saúde, verifica-se, entre os países do Mercosul, diversidade no que diz respeito à formação, certificação, regulação e regulamentação do exercício profissional desses trabalhadores”.

Partindo do pressuposto de que a formação dos trabalhadores técnicos em saúde é condicionada, no plano mais geral, pelas características das políticas de saúde, educação e trabalho, e, no contexto mais específico, pela própria políti-

ca de formação de trabalhadores técnicos, em sua estrutura e instituições, foram construídas duas matrizes (quadros 1 e 2) que apoiaram o desenvolvimento dos instrumentos de pesquisa e a análise dos achados.

Quadro 1: Matriz analítica: elementos para análise do contexto no período de 2010 a 2015.

DIMENSÕES	ELEMENTOS DE ANÁLISE
Organização nacional da Educação	<ul style="list-style-type: none"> - Modelo de educação: <ul style="list-style-type: none"> • Bases legais: diretrizes, políticas e programas nacionais. • Organização e estrutura: níveis e responsabilidades das jurisdições. • Financiamento: participação pública e privada. • Índices e indicadores: alfabetização, anos de estudo, acesso por gênero, relação rural/urbano, evasão, número de estabelecimentos.
Organização nacional da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Modelo de sistema de saúde: <ul style="list-style-type: none"> • Bases legais: diretrizes, políticas e programas nacionais. • Organização e estrutura: níveis de atenção e responsabilidades das jurisdições; • Financiamento: participação pública e privada. • Índices e indicadores: natalidade, mortalidade geral (principais grupos de causas, por doenças crônicas e transmissíveis), mortalidade infantil e materna, cobertura e expansão da atenção primária, cobertura vacinal.
Organização nacional do Trabalho em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Regulação do trabalho em saúde: <ul style="list-style-type: none"> • Bases legais: diretrizes, políticas e programas nacionais. - Caracterização da força de trabalho em saúde: <ul style="list-style-type: none"> • Vínculos (tipos), categorias profissionais e distribuição geográfica.

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 2: Matriz de análise: dimensões e elementos para o estudo da formação dos trabalhadores técnicos em saúde.

DIMENSÕES		ELEMENTOS DE ANÁLISE
Política de Formação de Trabalhadores Técnicos em saúde		<ul style="list-style-type: none"> - Caracterização da Política de formação de trabalhadores técnicos em saúde*: • Bases legais: diretrizes, projetos e programas; • Espaços de formulação e discussão da política; • Financiamento: Participação Pública e Privada.
Organização da Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde		<ul style="list-style-type: none"> - Caracterização da estrutura: • Eixos e áreas de formação; • Cursos Técnicos existentes e sua correspondência com modalidades de oferta (subsequente, concomitante e integrado); • Vagas, matrículas, concluintes e carga horária total dos cursos ofertados.
Instituições de Formação de Técnicos em Saúde		<ul style="list-style-type: none"> - Caracterização geral das instituições: • Número de estabelecimentos por natureza (pública ou privada) e por esfera administrativa; • Distribuição geográfica;
Conjuntura e tendências na Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde		<ul style="list-style-type: none"> - Especificidades nacionais, regionais e locais: • Conjuntura política e econômica; • Aspectos culturais; • Aspectos epidemiológicos; • Reformas nas políticas de educação, saúde e trabalho; • Tendências no campo da ciência e tecnologia.

*Para efeito desta pesquisa, considerou-se que a formação dos trabalhadores técnicos em saúde abrangeria apenas a formação técnica de nível médio, apesar de considerarmos que tal formação alcança inclusive o nível superior, na forma de educação tecnológica. Todavia não foi possível, nesta pesquisa, avançarmos nessa direção.

Fonte: Elaboração própria.

4.2 ESTRATÉGIAS DA PESQUISA

Esta pesquisa buscou identificar as características e a estrutura da formação de trabalhadores técnicos em saúde, bem como mapear as instituições responsáveis por essa formação e a conjuntura local que pôde exercer influência sobre ela. Para isso, utilizamos como base duas estratégias:

- 1) Levantamento e análise de documentos referentes a duas dimensões da matriz de análise: Política de Formação de Trabalhadores Técnicos em saúde; e Conjuntura e tendências na Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde.
- 2) Coleta e análise de dados secundários sobre elementos das outras duas dimensões: Organização da Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde; e Instituições de Formação de Técnicos em Saúde.

Essa etapa utilizou as bases de dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP¹⁹) do Ministério da Educação e Cultura (MEC). As variáveis selecionadas para utilização foram:

- Eixos e áreas de formação em saúde, segundo o Catálogo Nacional de Cursos Técnicos (CNCT);

¹⁹ O INEP possui base de dados acerca da educação básica, construída a partir do Censo Escolar; e base de dados sobre a educação superior, partindo do Censo da Educação Superior. A base de dados do INEP/Censo Escolar encontra-se no formato de microdados até o ano de 2013, sendo possível buscar os dados a partir de comando (input) que permitem sua leitura; para 2014 e 2015, os dados podem ser obtidos por meio de arquivos em CSV.

- Cursos Técnicos existentes, carga horária e sua correspondência com modalidades de oferta (subsequente, concomitante e integrado);
- Número de vagas;
- Número de matriculados e concluintes;
- Instituições ofertantes, segundo:
 - Natureza jurídica: público e privado
 - Esfera administrativa:
 - Pública: federal, estadual e municipal;
 - Privada: privada, confessional, filantrópica, comunitária e sistema S (sistema S a partir de 2012).
- Localização geográfica: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação.

No âmbito da Educação Básica, o Censo Escolar/INEP registra dados sobre a educação infantil, fundamental, média e Educação de Jovens e Adultos (EJA), além de produzir informações sobre o rendimento (aprovação e reprovação) e movimentação (abandono) escolar, sendo utilizado também para o cálculo do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) e como indicador para o Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE). Sua construção conta com a colaboração das Secretarias Estaduais e Municipais de Educação e a participação de todas as escolas públicas e privadas do país, onde as informações são coletadas de forma declaratória, com periodicidade anual.

Os dados do Censo Escolar compõem uma série histórica, disponível a partir de 1995, considerada essencial para a formulação e avaliação de políticas educacionais, bem como para a distribuição de recursos federais para estados e municípios. As vantagens associadas ao uso do Censo Escolar/INEP estão relacionadas à sua periodicidade anual, à disponibilidade da série histórica contínua e à organização dos cursos a partir do padrão do Catálogo Nacional dos Cursos Técnicos²⁰ (CNCT).

O quadro 3 apresenta os cursos técnicos que compõem o eixo Ambiente e Saúde:

²⁰ O Catálogo Nacional dos Cursos Técnicos foi criado em 2007 com o objetivo de padronizar as informações sobre os cursos técnicos de acordo com suas características científicas e tecnológicas. Passou a compor o Censo Escolar em 2009. O Catálogo Nacional de Cursos Técnicos possui edições em 2008, 2012, 2014/2016.

Quadro 3: Cursos Técnicos de Nível Médio que compõem o eixo Ambiente e Saúde, segundo o Cadastro Nacional de Cursos Técnicos.

EIXO AMBIENTE E SAÚDE	
CURSOS TÉCNICOS	1. Técnico em Agente Comunitário De Saúde
	2. Técnico em Análises Clínicas
	3. Técnico em Citopatologia
	4. Técnico em Controle Ambiental
	5. Técnico em Cuidados De Idosos
	6. Técnico em Enfermagem
	7. Técnico em Equipamentos Biomédicos
	8. Técnico em Estética
	9. Técnico em Farmácia
	10. Técnico em Gerência De Saúde
	11. Técnico em Hemoterapia
	12. Técnico em Imagem Pessoal
	13. Técnico em Imobilizações Ortopédicas
	14. Técnico em Massoterapia
	15. Técnico em Meio Ambiente
	16. Técnico em Meteorologia
	17. Técnico em Necropsia
	18. Técnico em Nutrição e Dietética
	19. Técnico em Óptica
	20. Técnico em Órteses e Próteses
	21. Técnico em Podologia
	22. Técnico em Prótese Dentária
	23. Técnico em Radiologia
	24. Técnico em Reabilitação de Dependentes Químicos
	25. Técnico em Reciclagem
	26. Técnico em Registros e Informações Em Saúde
	27. Técnico em Saúde Bucal
	28. Técnico em Vigilância em Saúde

Obs.: Considerando estritamente a área da saúde, são 24 cursos destacados em negrito.

Fonte: Ministério da Educação, 2016a.

5

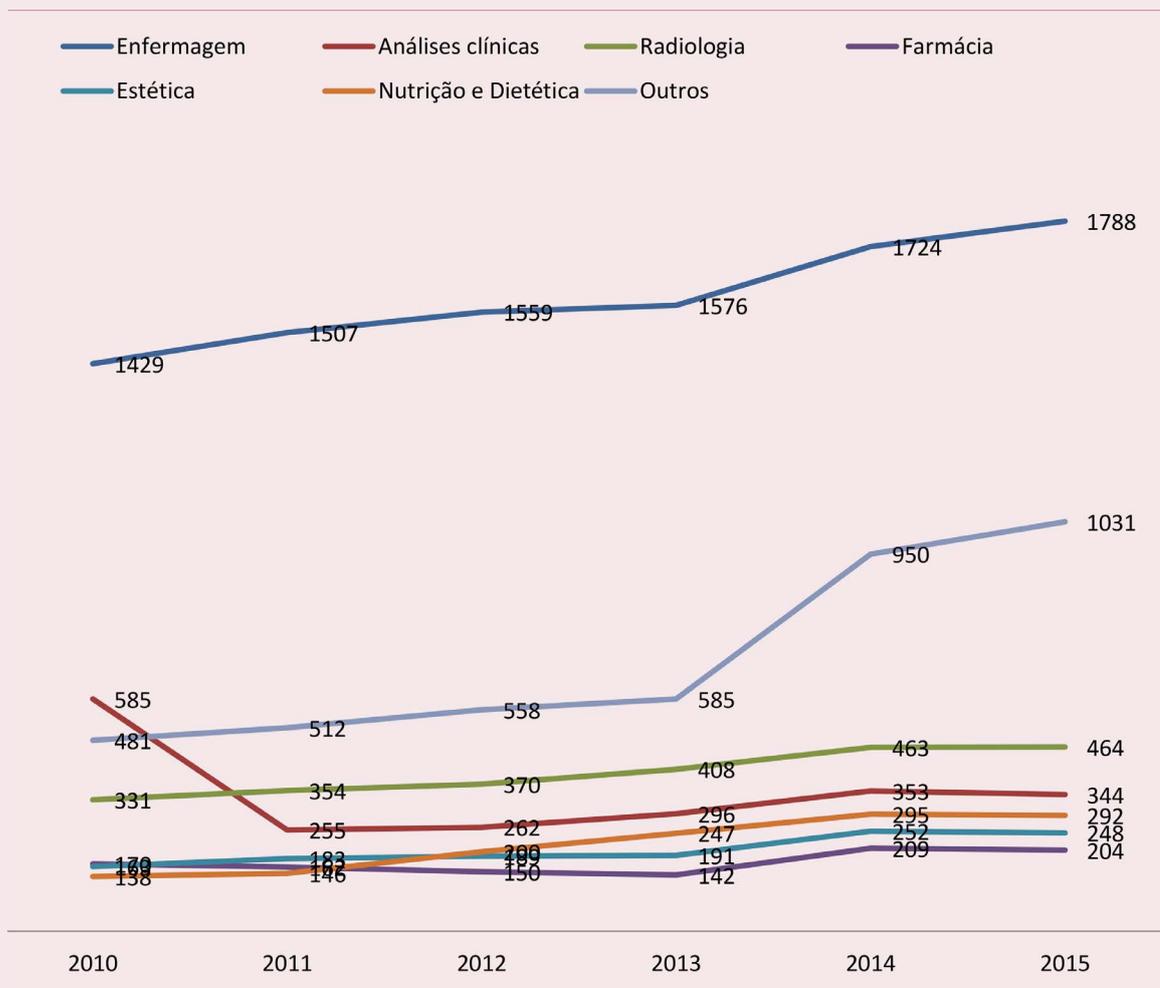
EDUCAÇÃO PROFISSIONAL TÉCNICA EM SAÚDE NO BRASIL: LEITURA DOS DADOS

Para esta pesquisa, conforme assinalamos anteriormente, foram feitos levantamentos de dados na base do INEP, perseguindo as variáveis já apresentadas na seção anterior, dispostas em duas grandes partes: uma de nível nacional e outra por estados e macrorregiões (todas em anexo).

Como os relatórios estaduais buscam elucidar particularidades da política de educação profissional técnica de nível médio em saúde locais (seguem junto com este documento), nesta seção apresentaremos uma síntese nacional sobre a formação desses trabalhadores.

Quando observamos a distribuição do número de cursos ofertados por todo país chegamos ao seguinte resultado:

Cursos Técnicos em Saúde Brasil 2010 - 2015



Elaboração Observatório dos Técnicos em Saúde (Pesquisa Multicêntrica)

Número de Cursos Técnicos selecionados no Eixo Ambiente e Saúde, segundo o Catálogo Nacional de Cursos Técnicos (CNCT). Brasil. 2010 a 2015

	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Enfermagem	1429	43,3%	1507	48,3%	1559	47,4%	1576	45,7%	1724	40,6%	1788	40,9%
Análises clínicas	585	17,7%	255	8,2%	262	8,0%	296	8,6%	353	8,3%	344	7,9%
Radiologia	331	10,0%	354	11,3%	370	11,3%	408	11,8%	463	10,9%	464	10,6%
Farmácia	170	5,2%	162	5,2%	150	4,6%	142	4,1%	209	4,9%	204	4,7%
Estética	163	4,9%	183	5,9%	189	5,7%	191	5,5%	252	5,9%	248	5,7%
Nutrição e Dietética	138	4,2%	146	4,7%	200	6,1%	247	7,2%	295	6,9%	292	6,7%
Saúde Bucal	123	3,7%	127	4,1%	161	4,9%	166	4,8%	206	4,9%	198	4,5%
Professe Dentária	91	2,8%	94	3,0%	102	3,1%	108	3,1%	127	3,0%	128	2,9%
Podologia	67	2,0%	32	1,0%	66	2,0%	68	2,0%	85	2,0%	83	1,9%
Massoterapia	65	2,0%	86	2,8%	72	2,2%	75	2,2%	139	3,3%	163	3,7%
Agente Comunitário de Saúde	52	1,6%	45	1,4%	42	1,3%	39	1,1%	80	1,9%	98	2,2%
Óptica	21	0,6%	20	0,6%	26	0,8%	22	0,6%	28	0,7%	23	0,5%
Equipamentos Biomédicos	15	0,5%	11	0,4%	11	0,3%	9	0,3%	9	0,2%	9	0,2%
Vigilância em Saúde	13	0,4%	14	0,4%	16	0,5%	13	0,4%	42	1,0%	52	1,2%
Gerência de Saúde	11	0,3%	53	1,7%	20	0,6%	27	0,8%	67	1,6%	75	1,7%
Imagem Passado	10	0,3%	12	0,4%	14	0,4%	11	0,3%	8	0,2%	11	0,3%
Imobilizações Ortopédicas	4	0,1%	5	0,2%	5	0,2%	20	0,6%	41	1,0%	37	0,8%
Registros e Informações em Saúde	4	0,1%	5	0,2%	9	0,3%	9	0,3%	13	0,3%	15	0,3%
Reabilitação de Dependentes Químicos	3	0,1%	2	0,1%	0	0,0%	0	0,0%	28	0,7%	41	0,9%
Citopatologia	2	0,1%	2	0,1%	4	0,1%	2	0,1%	11	0,3%	13	0,3%
Cuidados de Idosos	0	0,0%	0	0,0%	2	0,1%	7	0,2%	41	1,0%	56	1,3%
Hemoterapia	0	0,0%	3	0,1%	6	0,2%	5	0,1%	14	0,3%	15	0,3%
Necropsia	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	1	0,0%	3	0,1%	5	0,1%
Órteses e Próteses	0	0,0%	1	0,0%	1	0,0%	3	0,1%	8	0,2%	9	0,2%
Total	3297	100,0%	3119	100,0%	3288	100,0%	3445	100,0%	4246	100,0%	4371	100,0%

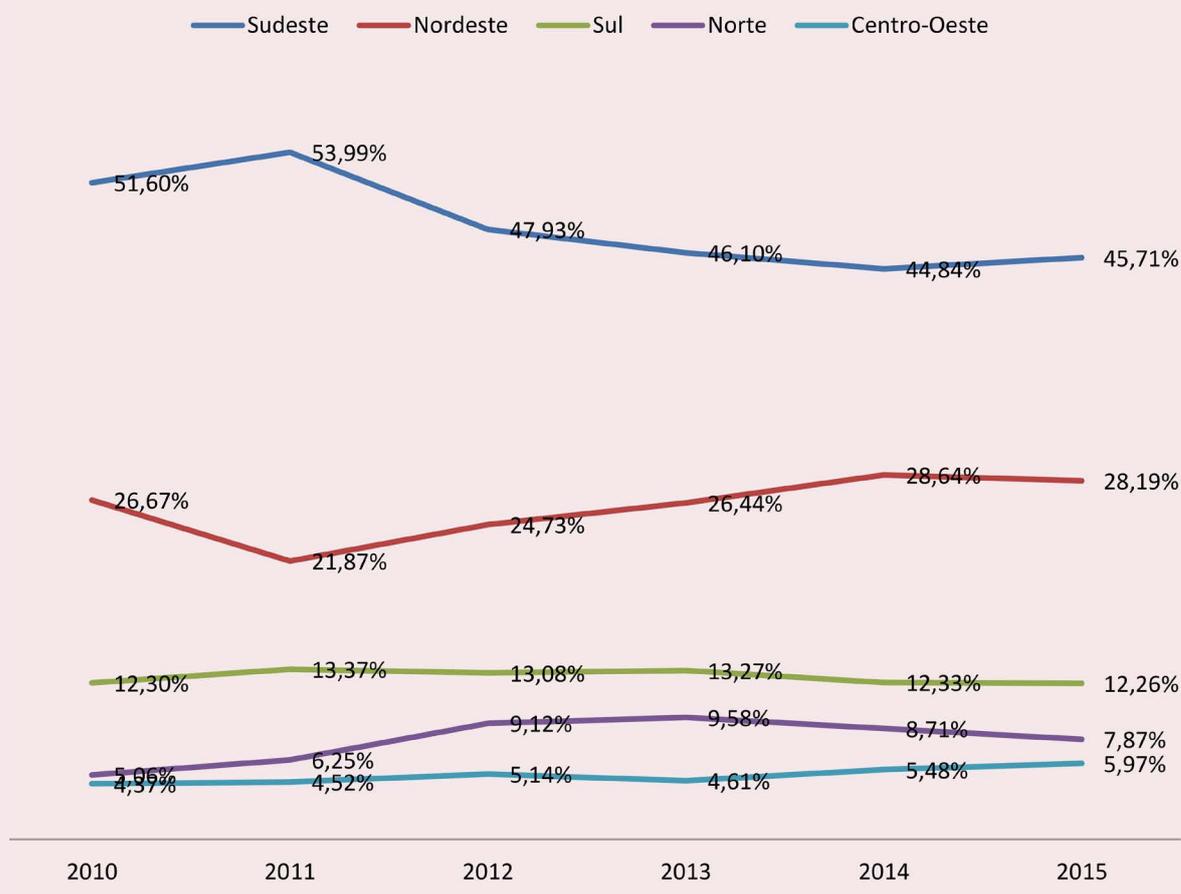
Fonte: INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/web/guest/censo-escolar>>. Acesso em: jul. 2017.

Aqui podemos observar, com destaque, a oferta de cursos técnicos em enfermagem, que representam cerca de 45% de todos os cursos oferecidos no campo da educação profissional em saúde. Na sequência, optamos por demonstrar os outros cinco maiores cursos (Radiologia, Análises Clínicas, Farmácia, Estética e Nutrição e Dietética), em função da impossibilidade de visualização gráfica de todos os vinte quatro.

De qualquer maneira, é possível perceber pelas tabelas disponibilizadas por esta pesquisa, o comportamento estatístico de cada curso de acordo com a variável desejada, entre aquelas que selecionamos.

Ainda quanto à oferta de cursos, a distribuição pelas macrorregiões do Brasil reflete a concentração de suas respectivas populações. Conforme demonstra o gráfico seguinte.

Distribuição dos cursos técnicos em saúde por macrorregião

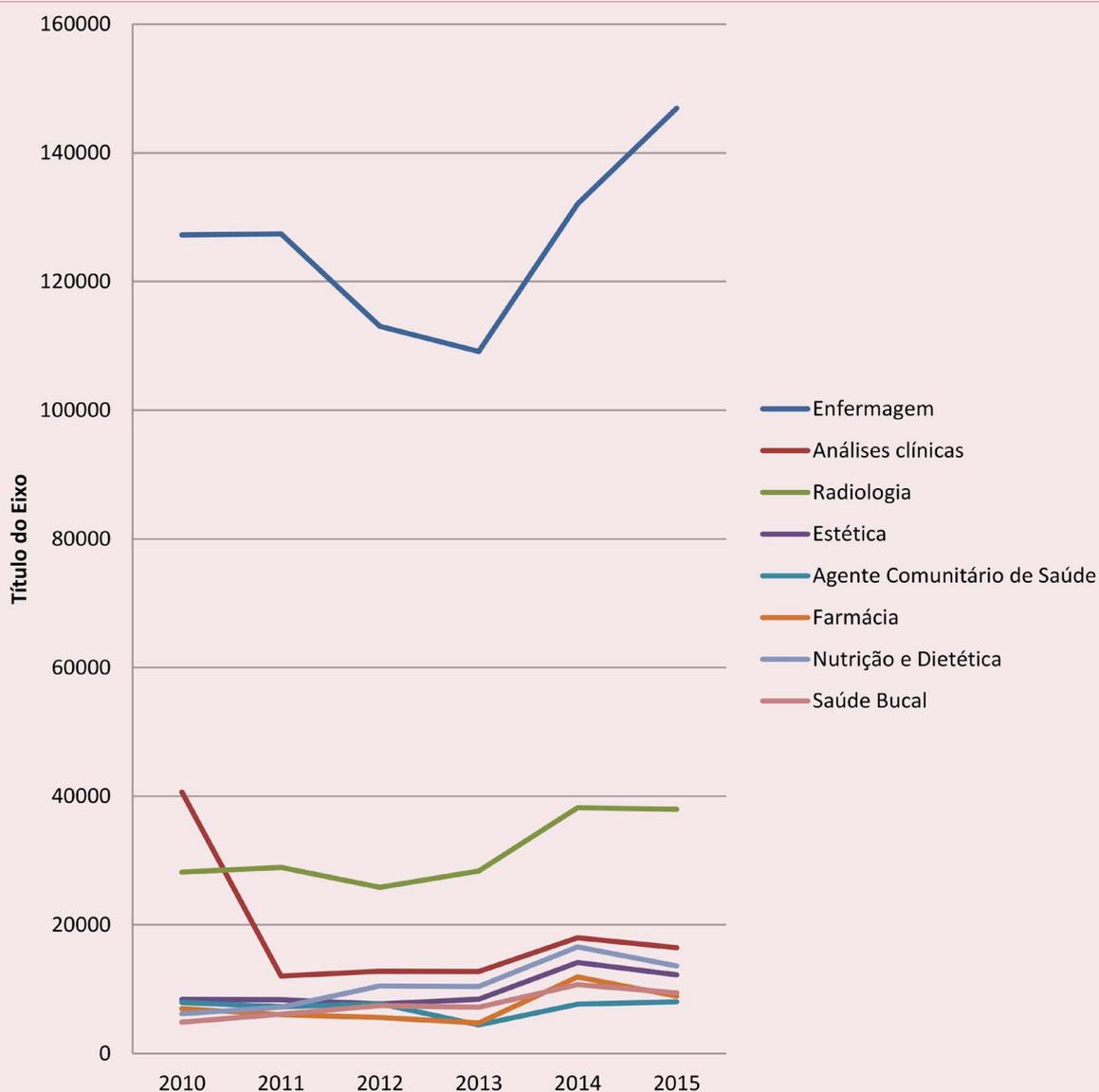


	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Sudeste	51,60%	53,99%	47,93%	46,10%	44,84%	45,71%
Nordeste	26,67%	21,87%	24,73%	26,44%	28,64%	28,19%
Sul	12,30%	13,37%	13,08%	13,27%	12,33%	12,26%
Norte	5,06%	6,25%	9,12%	9,58%	8,71%	7,87%
Centro-Oeste	4,37%	4,52%	5,14%	4,61%	5,48%	5,97%

Fonte: INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/web/guest/censo-escolar>>. Acesso em: jul. 2017.

Quando levamos em consideração o número de matrículas, a supremacia da enfermagem se mantém quase que inalterada, como veremos no gráfico em seguida.

Número de matrículas por curso técnico Brasil 2010 – 2015



continua...

Número de matrículas por curso técnico – Brasil 2010 – 2015 (continuação)

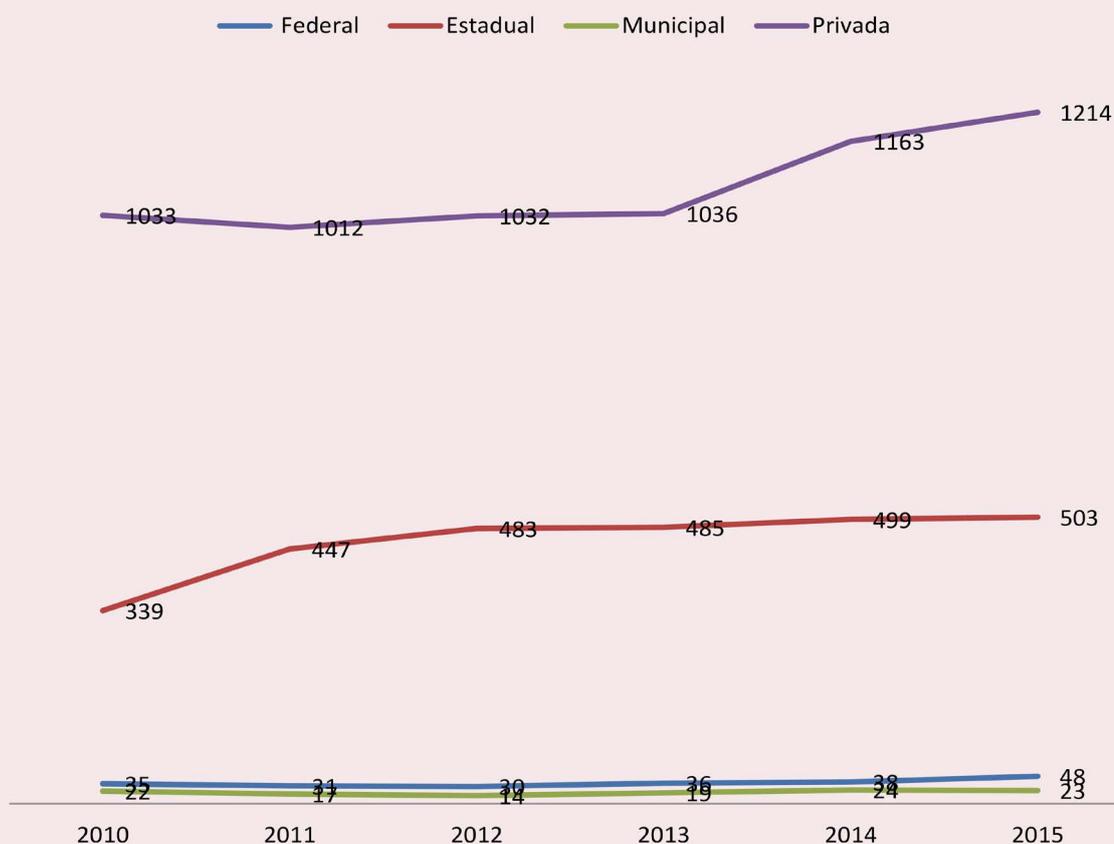
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Enfermagem	127263	127415	113022	109126	132076	146940
Análises clínicas	40624	12039	12793	12732	17996	16433
Radiologia	28217	28949	25833	28363	38209	37987
Estética	8396	8340	7703	8462	14147	12228
Agente Comunitário de Saúde	7908	7259	7739	4447	7662	8042
Farmácia	6980	6040	5619	4741	11901	8915
Nutrição e Dietética	6186	7189	10514	10403	16577	13589
Saúde Bucal	4873	6111	7438	7172	10710	9418
Prótese Dentária	3667	3806	4334	4426	4910	4893
Podologia	2552	1277	2666	2556	3295	3321
Massoterapia	2537	3902	2561	2818	7485	7142
Óptica	1241	977	1441	1054	1311	952
Gerência de Saúde	1000	2536	1239	1738	5969	3829
Equipamentos Biomédicos	703	461	416	348	446	464
Vigilância em Saúde	559	542	1513	1155	2524	3194
Imagem Pessoal	352	335	300	218	219	266
Imobilizações Ortopédicas	244	202	154	650	1724	1772
Registros e Informações em Saúde	109	163	386	335	961	622
Reabilitação de Dependentes	62	88			2552	1947
Químicos						
Citopatologia	44	15	68	41	347	562
Cuidados de Idosos			58	180	2109	1731
Hemoterapia		57	424	466	2255	586
Necropsia			53	54	100	249
Órteses e Próteses		40	25	73	468	423
Total	243517	217743	206299	201558	285953	285505

Fonte: INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/web/guest/censo-escolar>>. Acesso em: jul. 2017.

Para além do destaque evidente do curso de enfermagem, quando consideramos o número de matrículas, observamos que dois cursos passam a figurar entre os maiores ofertantes: Agente Comunitário de Saúde e Saúde Bucal. O que demonstra que são cursos com grande número de alunos matriculados, sugerindo campanhas de formação desses trabalhadores para o Sistema Único de Saúde.

No que se refere à dependência administrativa, escolhemos as seis categorias profissionais com maior oferta de cursos, para demonstrar a distribuição em cada uma delas. Segue:

Enfermagem por dependência administrativa Brasil 2010 - 2015

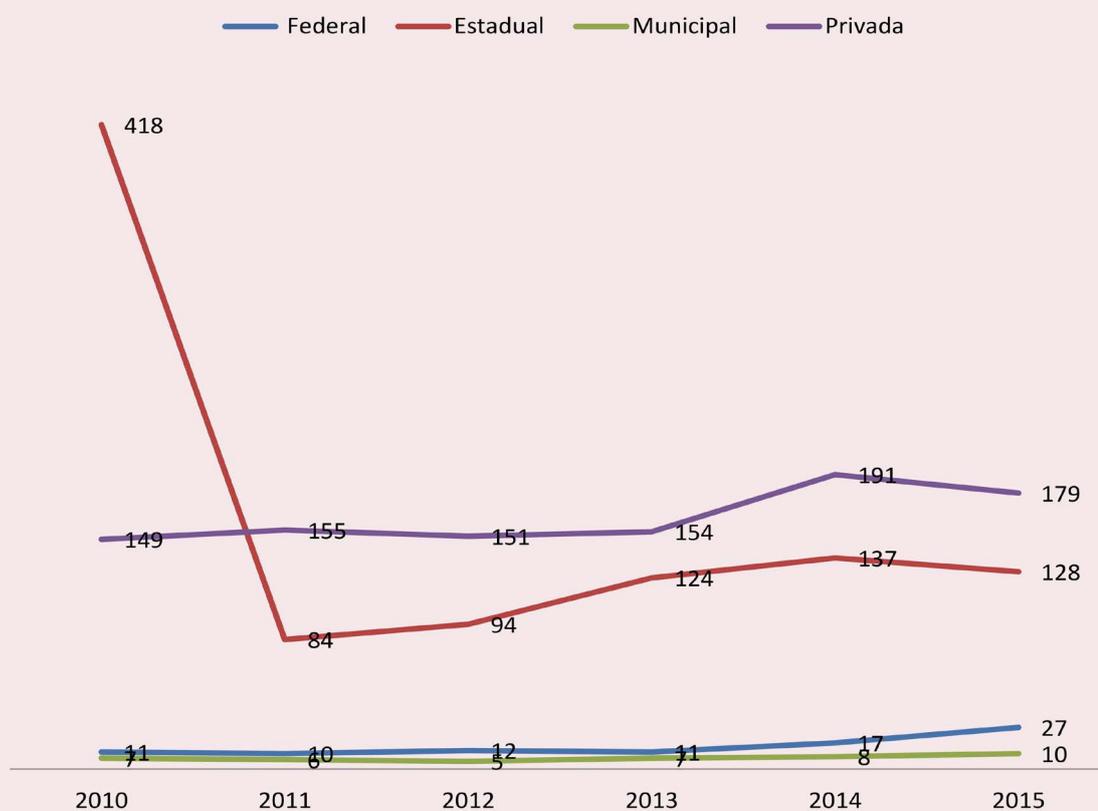


		2010	2011	2012	2013	2014	2015
Enfermagem	Federal	35	31	30	36	38	48
	Estadual	339	447	483	485	499	503
	Municipal	22	17	14	19	24	23
	Privada	1033	1012	1032	1036	1163	1214

OBS: Os dados se referem ao número de cursos.

Fonte: INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/web/guest/censo-escolar>>. Acesso em: jul. 2017.

Análises Clínicas por dependência administrativa Brasil 2010 - 2015

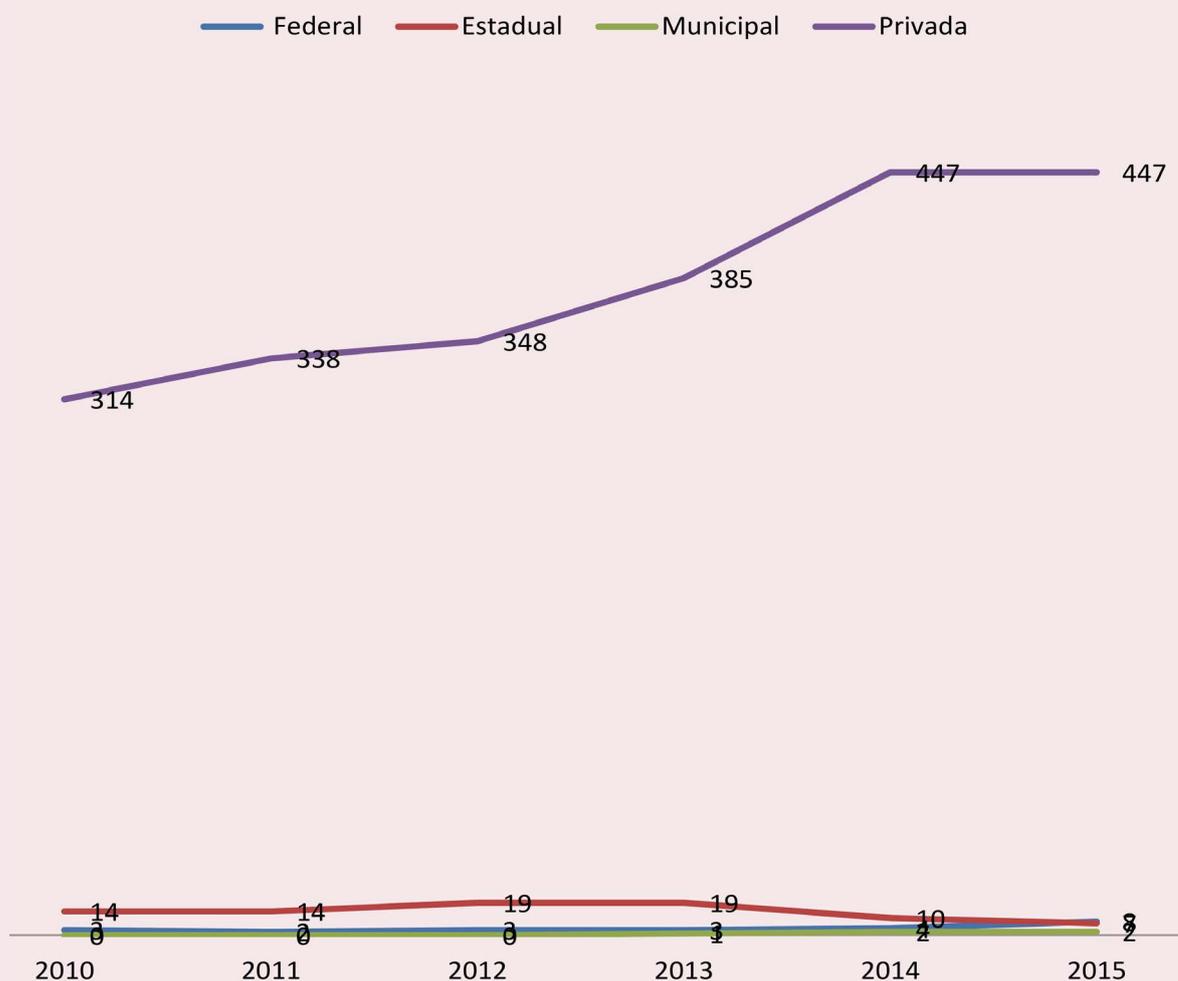


		2010	2011	2012	2013	2014	2015
Análises Clínicas	Federal	11	10	12	11	17	27
	Estadual	418	84	94	124	137	128
	Municipal	7	6	5	7	8	10
	Privada	149	155	151	154	191	179

OBS: Os dados se referem ao número de cursos.

Fonte: INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/web/guest/censo-escolar>>. Acesso em: jul. 2017.

Radiologia por dependência administrativa Brasil 2010 - 2015

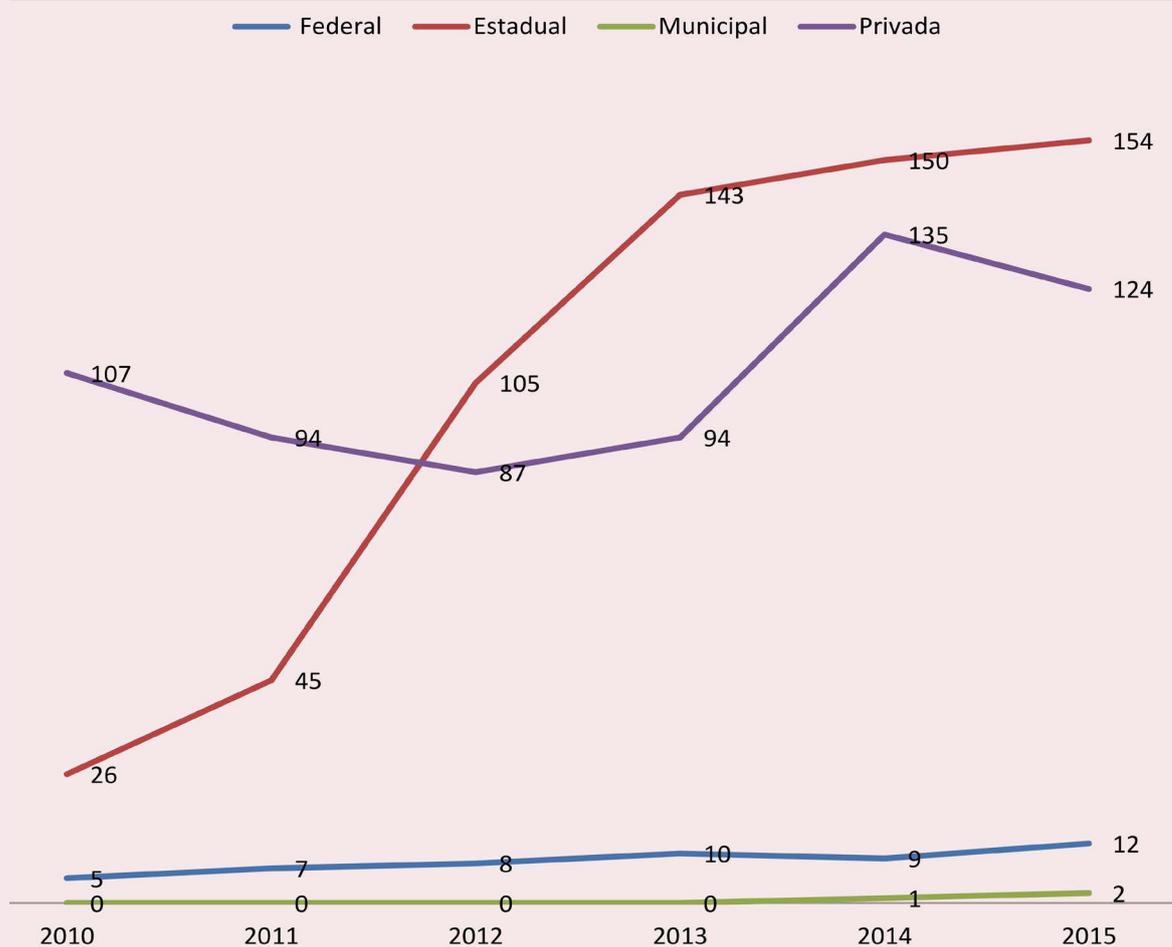


		2010	2011	2012	2013	2014	2015
	Federal	3	2	3	3	4	8
Radiologia	Estadual	14	14	19	19	10	7
	Municipal	0	0	0	1	2	2
	Privada	314	338	348	385	447	447

OBS: Os dados se referem ao número de cursos.

Fonte: INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/web/guest/censo-escolar>>. Acesso em: jul. 2017.

Nutrição e Dietética por dependência administrativa Brasil 2010 - 2015



		2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nutrição e Dietética	Federal	5	7	8	10	9	12
	Estadual	26	45	105	143	150	154
	Municipal	0	0	0	0	1	2
	Privada	107	94	87	94	135	124

OBS: Os dados se referem ao número de cursos.

Fonte: INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/web/guest/censo-escolar>>. Acesso em: jul. 2017.

Farmácia por dependência administrativa Brasil 2010 - 2015

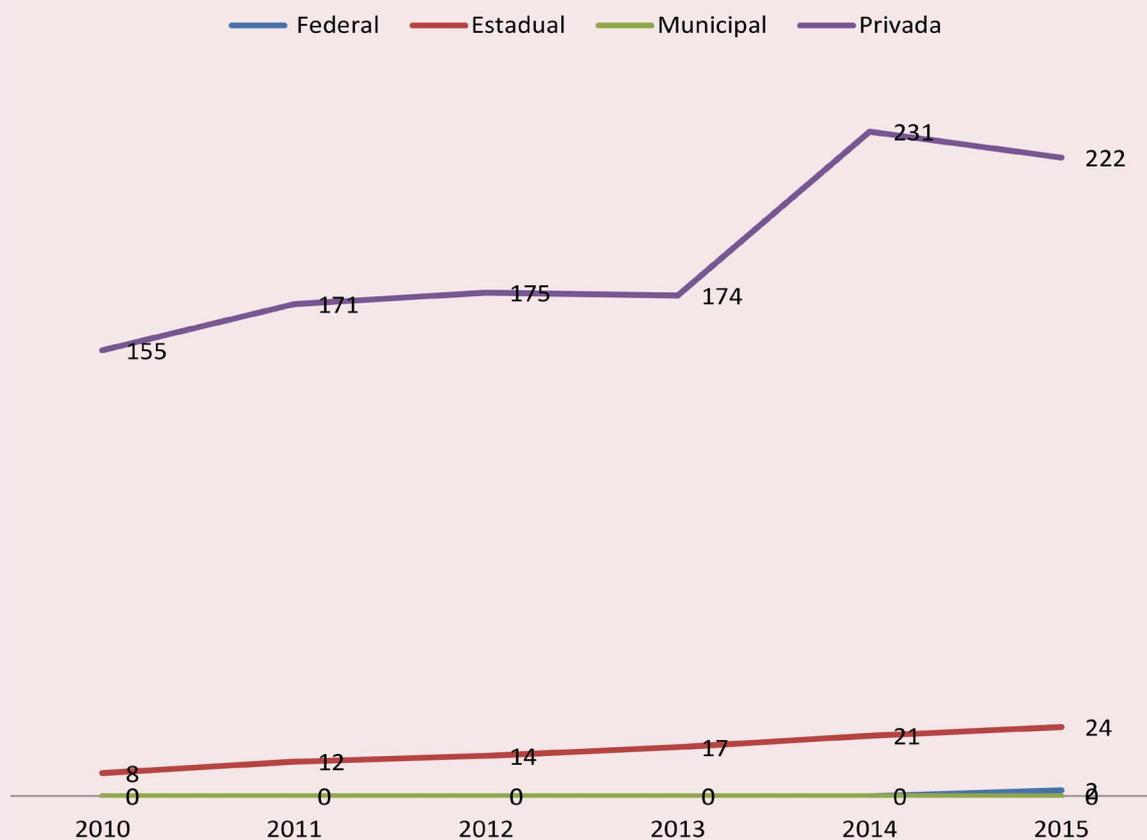


		2010	2011	2012	2013	2014	2015
Farmácia	Federal	4	4	3	3	3	6
	Estadual	4	4	6	9	11	13
	Municipal	2	3	1	5	6	9
	Privada	160	151	140	125	189	176

OBS: Os dados se referem ao número de cursos.

Fonte: INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/web/guest/censo-escolar>>. Acesso em: jul. 2017.

Estética por dependência administrativa Brasil 2010 - 2015



		2010	2011	2012	2013	2014	2015
Estética	Federal	0	0	0	0	0	2
	Estadual	8	12	14	17	21	24
	Municipal	0	0	0	0	0	0
	Privada	155	171	175	174	231	222

OBS: Os dados se referem ao número de cursos.

Fonte: INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/web/guest/censo-escolar>>. Acesso em: jul. 2017.

Embora a análise por caso (curso, estado ou região) vá demonstrar particularidades de cada formação, no que se refere à dependência administrativa no campo da educação profissional em saúde, a oferta de cursos ainda é muito forte na rede privada de ensino. Cerca de 70%, conforme demonstra a média dos anos aqui estudados.

De acordo com a modalidade de oferta²¹, os comportamentos dos seis cursos mais oferecidos são:

²¹ Com a intenção de observar de forma mais ampla nosso objeto de pesquisa, buscamos trabalhar com a amplitude de possibilidades oferecidas pela educação profissional no Brasil. Para tanto, nos baseamos no que determina a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (9394/96), que em seus Artigos estabelece:

36-B A educação profissional técnica de nível médio será desenvolvida nas seguintes formas:

I – articulada com o ensino médio;

II – subsequente, em cursos destinados a quem já tenha concluído o ensino médio.

Art. 36-C. A educação profissional técnica de nível médio articulada, prevista no inciso I do caput do art. 36-B desta Lei, será desenvolvida de forma:

I – integrada, oferecida somente a quem já tenha concluído o ensino fundamental, sendo o curso planejado de modo a conduzir o aluno à habilitação profissional técnica de nível médio, na mesma instituição de ensino, efetuando-se matrícula única para cada aluno;

II – concomitante, oferecida a quem ingresse no ensino médio ou já o esteja cursando, efetuando-se matrículas distintas para cada curso, e podendo ocorrer:

a) na mesma instituição de ensino, aproveitando-se as oportunidades educacionais disponíveis; Lei n 29 o 9.394/1996

b) em instituições de ensino distintas, aproveitando-se as oportunidades educacionais disponíveis;

c) em instituições de ensino distintas, mediante convênios de intercomplementaridade, visando ao planejamento e ao desenvolvimento de projeto pedagógico unificado.

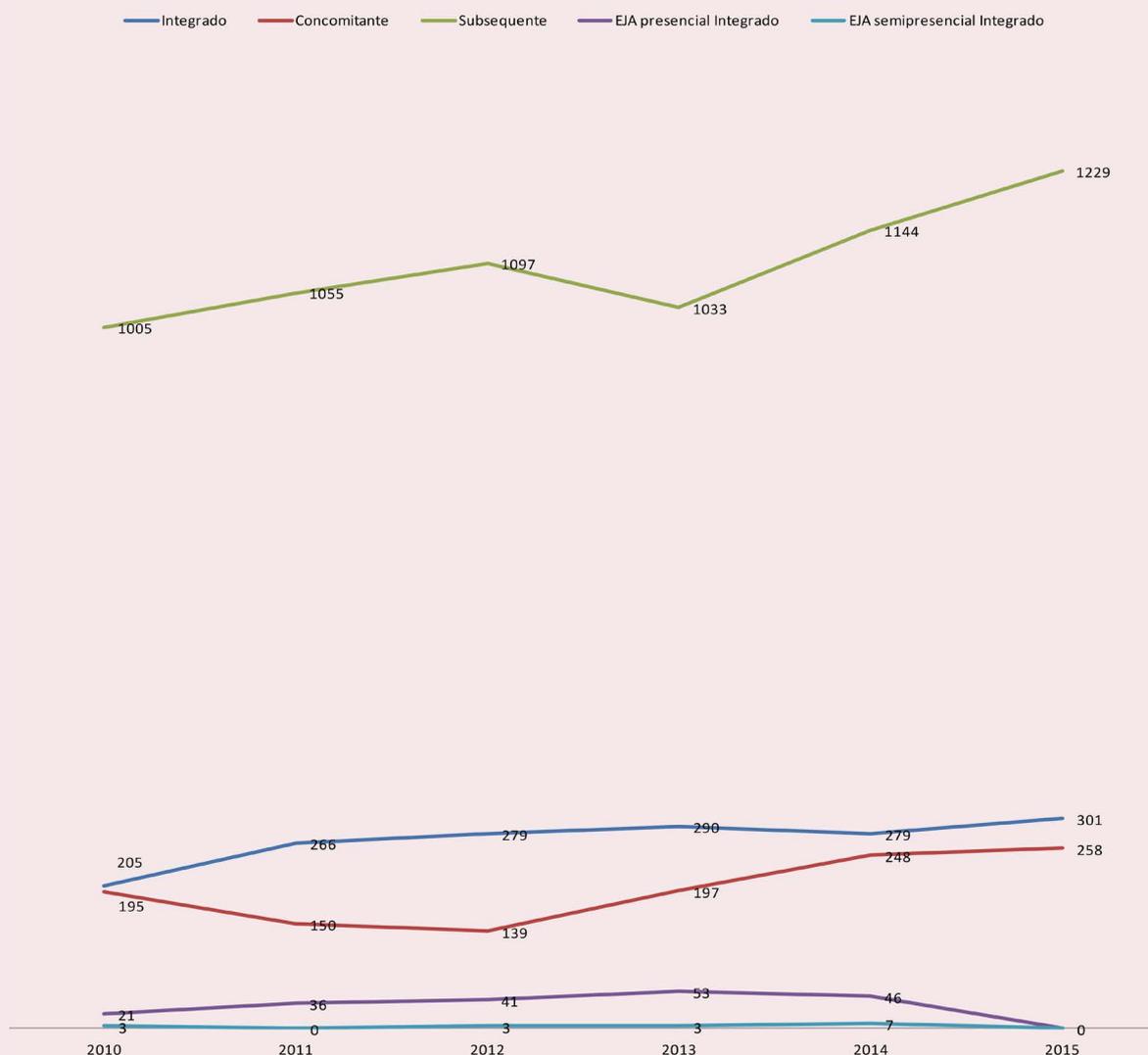
Art. 37. A educação de jovens e adultos será destinada àqueles que não tiveram acesso ou continuidade de estudos nos ensinos fundamental e médio na idade própria e constituirá instrumento para a educação e a aprendizagem ao longo da vida.

§ 1o Os sistemas de ensino assegurarão gratuitamente aos jovens e aos adultos, que não puderam efetuar os estudos na idade regular, oportunidades educacionais apropriadas, consideradas as características do alunado, seus interesses, condições de vida e de trabalho, mediante cursos e exames.

§ 2o O poder público viabilizará e estimulará o acesso e a permanência do trabalhador na escola, mediante ações integradas e complementares entre si.

§ 3o A educação de jovens e adultos deverá articular-se, preferencialmente, com a educação profissional, na forma do regulamento.

Enfermagem por modalidade de oferta

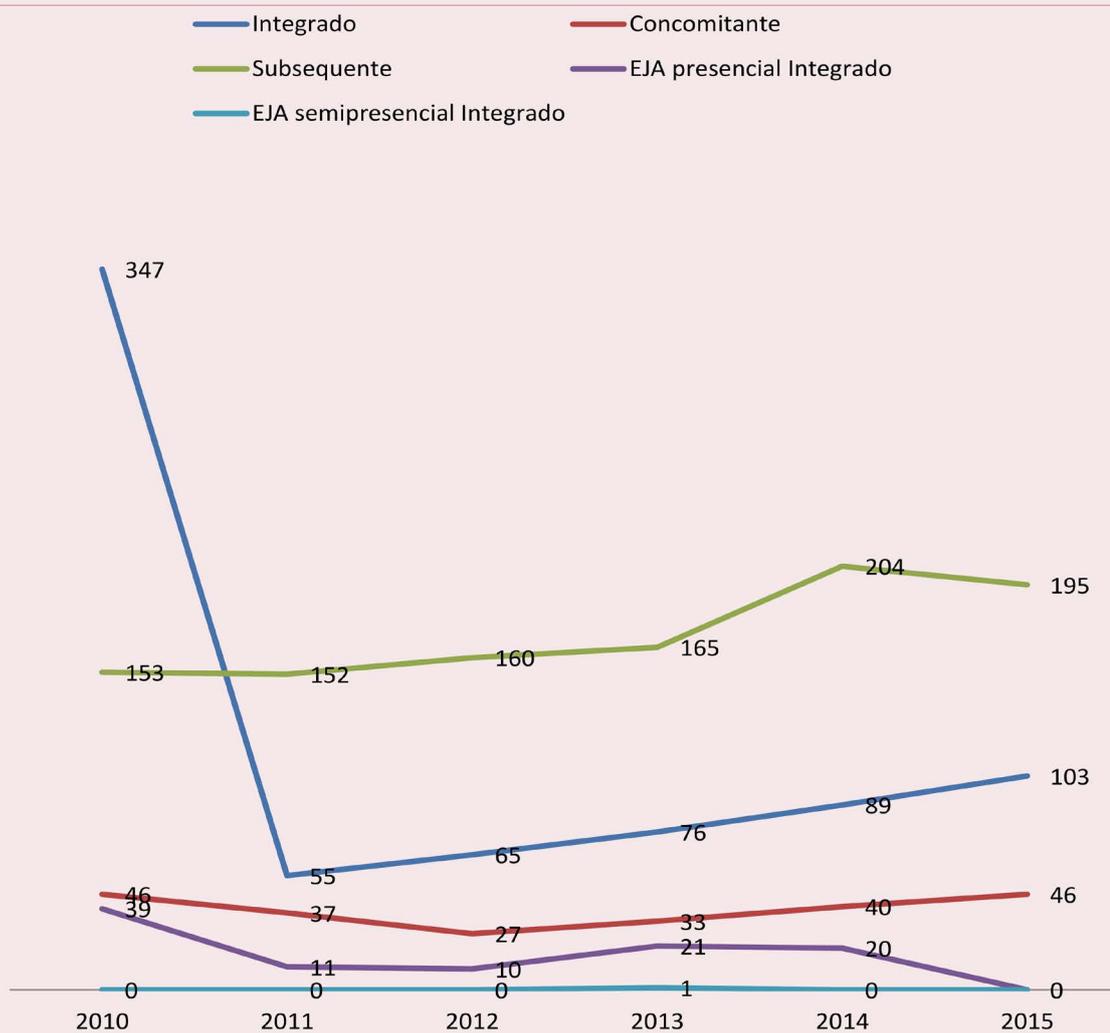


		2010	2011	2012	2013	2014	2015
	Integrado	205	266	279	290	279	301
	Concomitante	195	150	139	197	248	258
Enfermagem	Subsequente	1005	1055	1097	1033	1144	1229
	EJA presencial Integrado	21	36	41	53	46	0
	EJA semipresencial Integrado	3	0	3	3	7	0

OBS: Os dados se referem ao número de cursos.

Fonte: INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/web/guest/censo-escolar>>. Acesso em: jul. 2017.

Análises Clínicas por modalidade de oferta

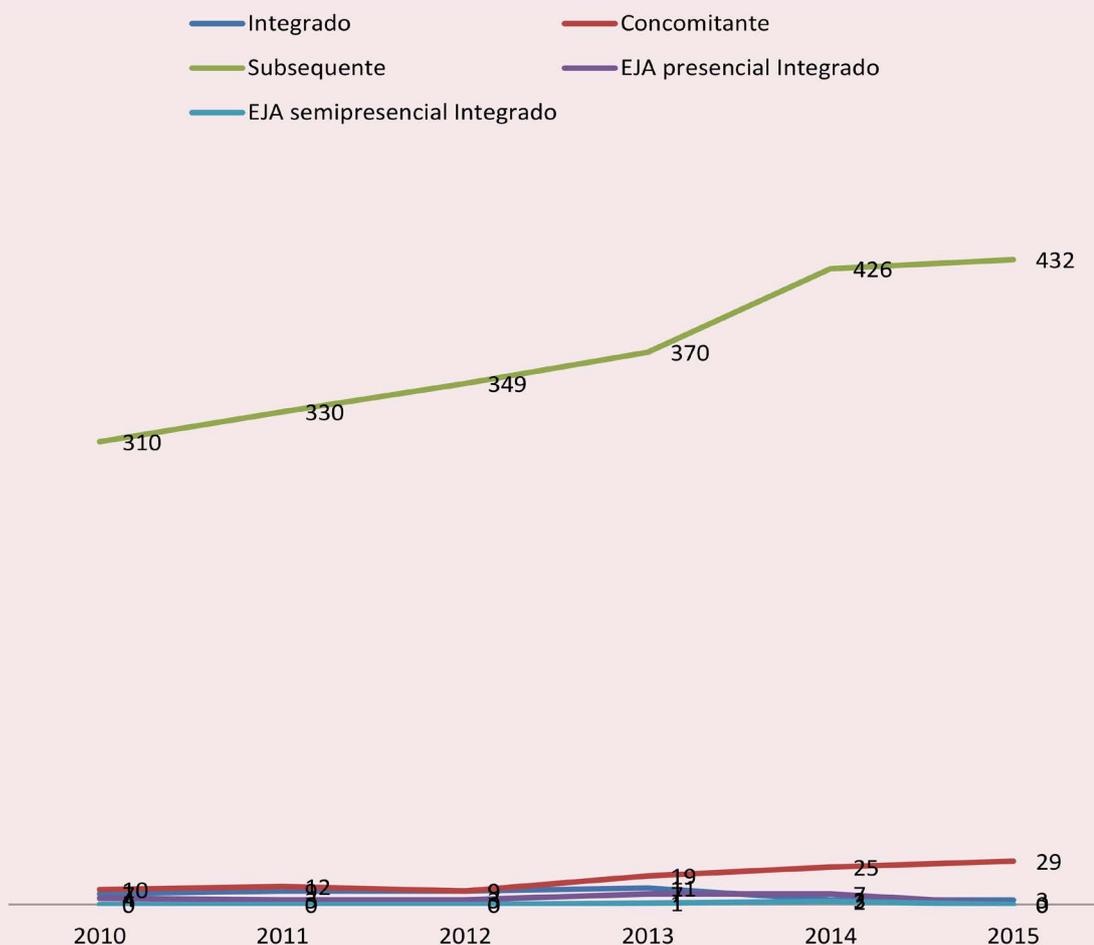


		2010	2011	2012	2013	2014	2015
	Integrado	347	55	65	76	89	103
	Concomitante	46	37	27	33	40	46
Analises Clínicas	Subsequente	153	152	160	165	204	195
	EJA presencial Integrado	39	11	10	21	20	0
	EJA semipresencial Integrado	0	0	0	1	0	0

OBS: Os dados se referem ao número de cursos.

Fonte: INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/web/guest/censo-escolar>>. Acesso em: jul. 2017.

Radiologia por modalidade de oferta

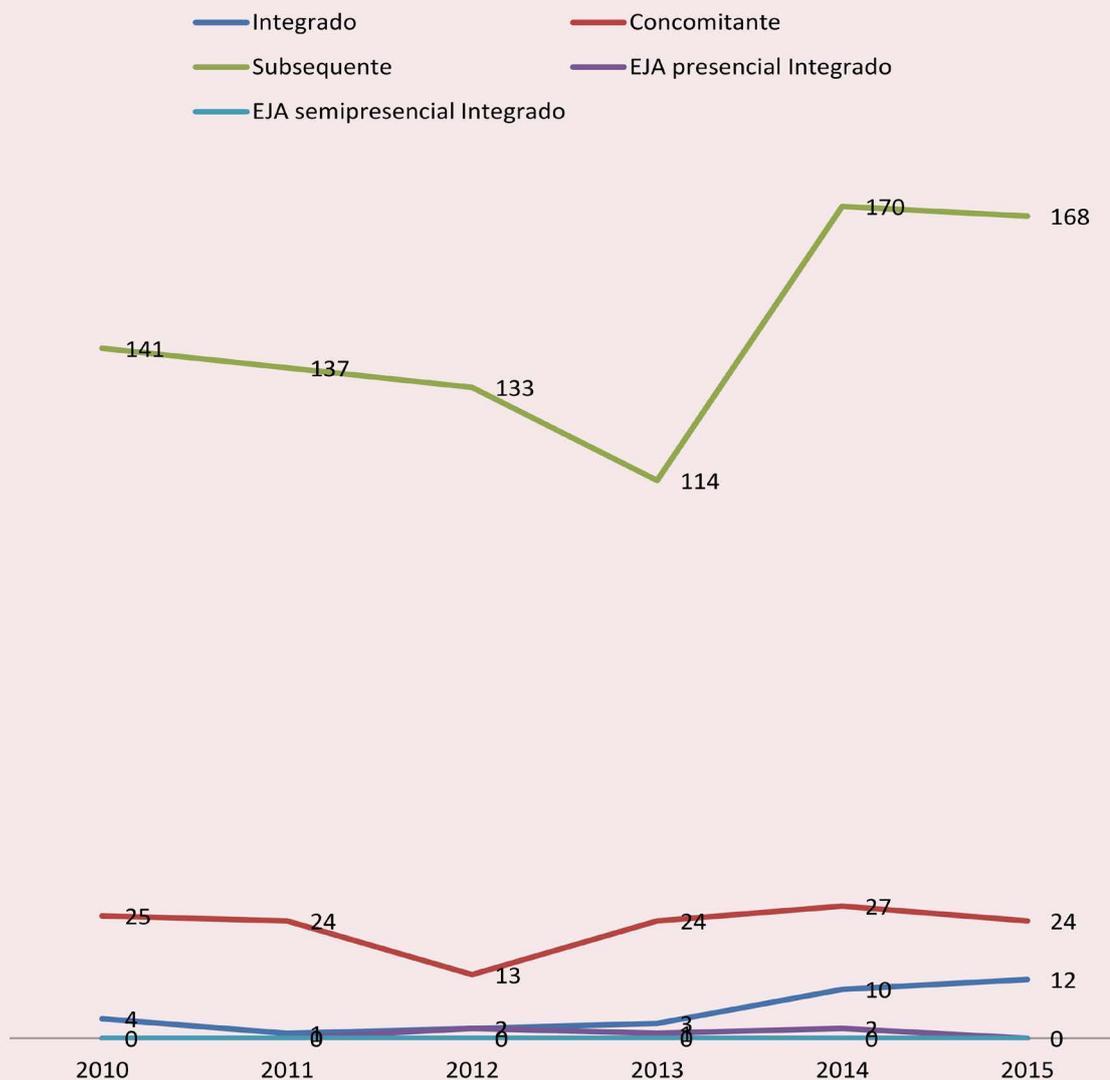


		2010	2011	2012	2013	2014	2015
Radiologia	Integrado	7	9	9	11	3	3
	Concomitante	10	12	9	19	25	29
	Subsequente	310	330	349	370	426	432
	EJA presencial Integrado	4	3	3	7	7	0
	EJA semipresencial Integrado	0	0	0	1	2	0

OBS: Os dados se referem ao número de cursos.

Fonte: INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/web/guest/censo-escolar>>. Acesso em: jul. 2017.

Farmácia por modalidade de oferta

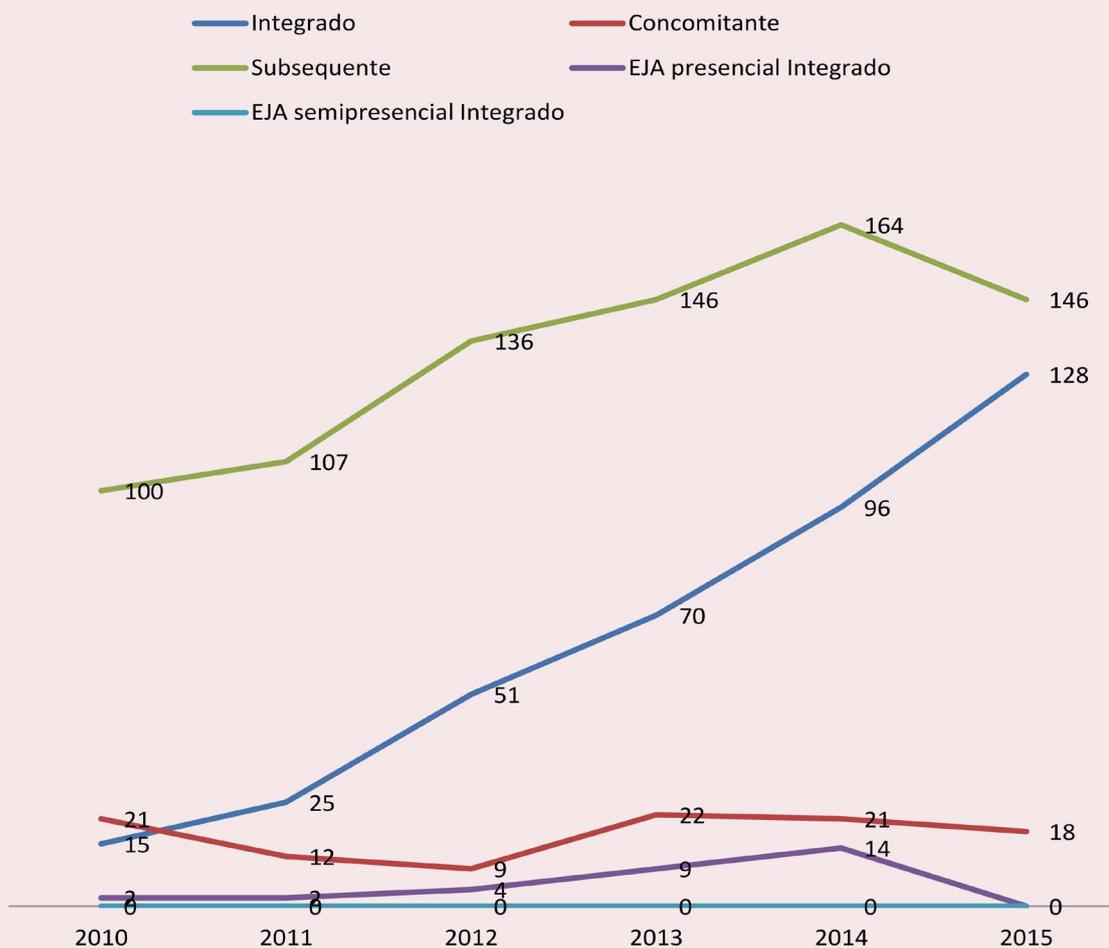


		2010	2011	2012	2013	2014	2015
	Integrado	4	1	2	3	10	12
	Concomitante	25	24	13	24	27	24
Farmácia	Subsequente	141	137	133	114	170	168
	EJA presencial Integrado	0	0	2	1	2	0
	EJA semipresencial Integrado	0	0	0	0	0	0

OBS: Os dados se referem ao número de cursos.

Fonte: INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/web/guest/censo-escolar>>. Acesso em: jul. 2017.

Nutrição e Dietética por modalidade de oferta

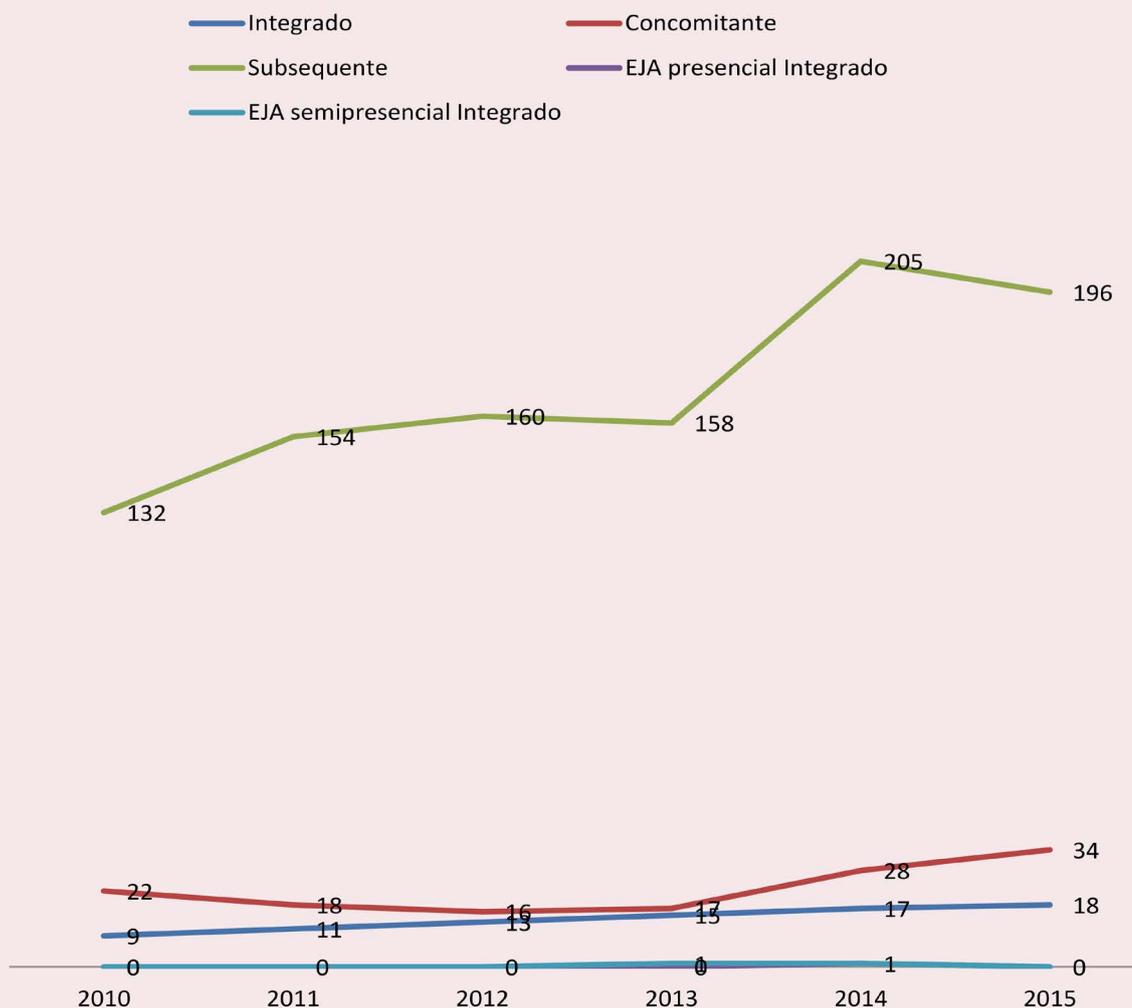


		2010	2011	2012	2013	2014	2015
	Integrado	15	25	51	70	96	128
	Concomitante	21	12	9	22	21	18
	Subsequente	100	107	136	146	164	146
Nutrição e Dietética	EJA presencial Integrado	2	2	4	9	14	0
	EJA semipresencial Integrado	0	0	0	0	0	0

OBS: Os dados se referem ao número de cursos.

Fonte: INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/web/guest/censo-escolar>>. Acesso em: jul. 2017.

Estética por modalidade de oferta



		2010	2011	2012	2013	2014	2015
	Integrado	9	11	13	15	17	18
	Concomitante	22	18	16	17	28	34
Estética	Subsequente	132	154	160	158	205	196
	EJA presencial Integrado	0	0	0	0	1	0
	EJA semipresencial Integrado	0	0	0	1	1	0

OBS: Os dados se referem ao número de cursos.

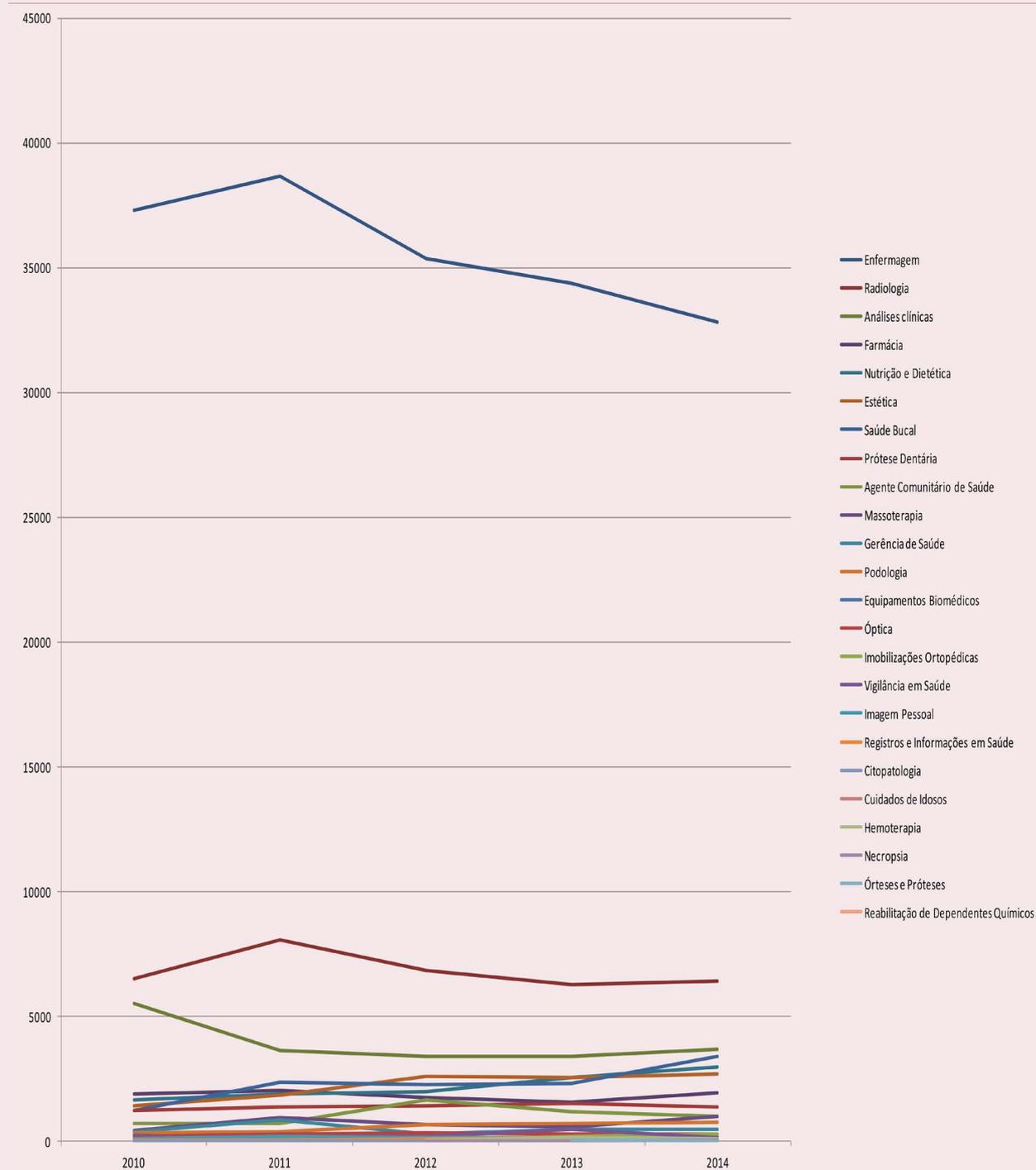
Fonte: INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/web/guest/censo-escolar>>. Acesso em: jul. 2017.

Percebe-se que no campo da educação profissional em saúde a modalidade subsequente é a mais utilizada para a formação dos profissionais, embora notemos uma tendência, no caso do curso de nutrição e dietética, de elevação da oferta de cursos integrados, quase que encostando na oferta de cursos subsequentes. Aqui também cabe o alerta que fizemos anteriormente, de que cada curso analisado separadamente mostrará suas particularidades, que podem, ou não, se distanciar das tendências gerais.

Ainda sobre modalidade de oferta, esta é uma questão em disputa, apesar da supremacia dos cursos subsequentes, vinculados que estão, majoritariamente, a uma rede privada de ensino. Restando a rede pública as experiências e defesa por uma educação profissional integrada ao ensino médio. De qualquer forma, não são somente esses elementos (público e privado) que polarizam a disputa por projetos de formação profissional. No caso da educação profissional em saúde há, ainda, questões históricas, como a formação em serviço e os grandes projetos de formação de profissionais estimulados pelo Estado, assim como a particularidade de estágios e práticas em ambientes hospitalares e/ou insalubres, que adicionam outros elementos à questão.

Por fim, neste breve panorama sobre o ensino profissional técnico no campo da saúde, trazemos um quadro sobre o número de concluintes por curso ao longo dos anos estudados.

Número de concluintes dos Cursos Técnicos selecionados no Eixo Ambiente e Saúde, segundo o Catálogo Nacional de Cursos Técnicos (CNCT). Brasil – 2010 a 2014



continua...

Número de concluintes dos Cursos Técnicos selecionados no Eixo Ambiente e Saúde, segundo o Catálogo Nacional de Cursos Técnicos (CNCT). Brasil – 2010 a 2014 (continuação)

	2010	2011	2012	2013	2014
Enfermagem	37304	38661	35357	34354	32814
Radiologia	6511	8057	6826	6257	6400
Análises clínicas	5520	3639	3416	3412	3696
Farmácia	1878	2044	1729	1559	1909
Nutrição e Dietética	1665	1885	1981	2525	2948
Estética	1390	1847	2613	2554	2667
Saúde Bucal	1221	2340	2282	2298	3377
Prótese Dentária	1212	1381	1398	1490	1388
Agente Comunitário de Saúde	694	682	1645	1153	1011
Massoterapia	404	937	676	574	989
Gerência de Saúde	375	853	281	473	479
Podologia	316	367	681	728	733
Equipamentos Biomédicos	231	83	31	47	203
Óptica	191	279	335	283	267
Imobilizações Ortopédicas	130	81	39	179	267
Vigilância em Saúde	119	169	189	465	131
Imagem Pessoal	108	198	139	132	73
Registros e Informações em Saúde	50	28	103	129	66
Citopatologia	20	14	21	11	51
Cuidados de Idosos			0	132	63
Hemoterapia			43	133	84
Necropsia			18	18	44
Órteses e Próteses		0		37	12
Reabilitação de Dependentes Químicos					141
Total	59339	63545	59803	58943	59813

OBS: Os dados se referem ao número de cursos.

Fonte: INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/web/guest/censo-escolar>>. Acesso em: jul. 2017.

Nossa opção por apresentar o comportamento dessa variável, se deu no sentido de tão somente acompanharmos o quadro dos concluintes dos cursos pelo Brasil, já que não há possibilidade de tratarmos, por exemplo, do quadro de evasão/desistência dos cursos em função de não termos disponível a variável de ingresso por ano, somente a variável do total de matrículas (ou seja, todas as matrículas, independente do ano em que o aluno está naquele curso). Se a duração de todos os cursos fosse igual, haveria a possibilidade de inferir sobre, no entanto cada curso tem sua própria distribuição por período/ano, o que dificulta essa análise em particular.

BIBLIOGRAFIA

CATÁLOGO NACIONAL DE CURSOS TÉCNICOS. Brasília: Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica, 2016. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=41271-cnct-3-edicao-pdf&category_slug=maio-2016-pdf>. Acesso em: out. 2016a.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Catálogo Nacional de Cursos Superiores de Tecnologia. Brasília: Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica, 2016. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=-44501-cncst-2016-3edc-pdf&category_slug=junho-2016-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: out. 2016b.

PEREIRA, A. M. M. *Descentralização e regionalização em saúde no Brasil e na Espanha: trajetórias, características e condicionantes*. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014. 229 p.

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

PRONKO, M. A comparação como ferramenta de conhecimento e os processos de integração supranacional: desafio para as Ciências Sociais. *Seminário Internacional*, s./ano, p. 573-594.

PRONKO, M.; CORBO, A. D. (Orgs.). *A silhueta do invisível: a formação de trabalhadores técnicos em saúde no MERCOSUL*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

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

PRONKO, M.; STAUFER, A. de B.; CORBO, A. D. Formação de trabalhadores técnicos no Mercosul. *Revista Latinoamericana de Educación Comparada*, v. 5, n. 5, p. 16-28, 2014.

NETTO, J. P. Introdução ao método na teoria social. In: CFESS/ABEPSS. *Serviço Social: direitos e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

RUESCHEMEYER, D. Can one or a few cases yield theoretical gains? In.: MAHONEY, J.; RUESCHEMEYER, D. (Orgs.). *Comparative Historical Analysis in the Social Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.

SOARES, L. T. *O Desastre social: Os porquês da desordem mundial*. Rio de Janeiro: Editora Record, 2003.

ANEXOS

Relatórios Estaduais (Anexos 1 a 10)

ANEXO 1 – ACRE

ANEXO 2 – ALAGOAS

ANEXO 3 – CEARÁ

ANEXO 4 – MATO GROSSO

ANEXO 5 – MINAS GERAIS

ANEXO 6 – PARAÍBA

ANEXO 7 – RIO GRANDE DO NORTE

ANEXO 8 – RIO GRANDE DO SUL

ANEXO 9 – RONDÔNIA

ANEXO 10 – SÃO PAULO

ANEXO 11 – PLANILHAS ‘DADOS SECUNDÁRIOS: EDUCAÇÃO PROFISSIONAL - CURSOS TÉCNICOS - 2010 A 2015’ (31 PLANILHAS)