



# A formação de trabalhadores técnicos em **saúde** no Brasil e no Mercosul

Organização

Marcela Pronko  
Anamaria Corbo  
Anakeila Stauffer  
Júlio César Lima  
Renata Reis



A formação de  
trabalhadores técnicos  
em **saúde** no  
Brasil e no Mercosul

# **FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**

## **Presidente**

Paulo Ernani Gadelha Vieira

# **ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO**

## **Diretora**

Isabel Brasil Pereira

## **Vice-diretora de Ensino e Informação**

Márcia Valéria Morosini

## **Vice-diretor de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico**

Maurício Monken

## **Vice-diretor de Gestão e Desenvolvimento Institucional**

Sergio Munck

# A formação de trabalhadores técnicos em **saúde** no Brasil e no Mercosul

Marcela Pronko  
Anamaria Corbo  
Anakeila Stauffer  
Júlio César Lima  
Renata Reis

2011

Rio de Janeiro

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio



Copyright © 2010 dos autores  
Todos os direitos desta edição reservados à  
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz

## **Coordenação Editorial**

Cátia Guimarães

## **Edição de Texto**

Lisa Stuart

## **Projeto Gráfico, Capa e Editoração Eletrônica**

Zé Luiz Fonseca

## **Catálogo na fonte**

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio  
Biblioteca Emília Bustamante

---

P965f      Pronko, Marcela  
A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e no  
Mercosul / Marcela Pronko, Anakeila Stauffer, Anamaria Corbo, Júlio César  
Lima e Renata Reis. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

302 p. : il. , graf.

ISBN: 978-85-98768-61-8

1. Educação Profissional. 2. Saúde. 3. Formação de Técnicos. 4. Currículo. 5.  
Legislação. 6. Brasil. 7. Mercosul. I. Stauffer, Anakeila. II. Corbo, Anamaria. III.  
Lima, Júlio César. IV. Reis, Renata. V. Título.

CDD 370.113

---

## **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz**

Av. Brasil, 4.365

21040-360 - Manguinhos

Rio de Janeiro, RJ

Tel.: (21) 3865-9797

[www.epsjv.fiocruz.br](http://www.epsjv.fiocruz.br)

# SUMÁRIO

<b>Lista de siglas</b>	<b>9</b>
<b>Relação de diagramas, gráficos e tabelas</b>	<b>15</b>
<b>Prefácio</b>	<b>17</b>
<b>Apresentação</b>	<b>25</b>
<b>Capítulo 1. A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul: entre as políticas nacionais e os entraves da integração regional</b>	<b>33</b>
Introdução	33
1.1 A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul	36
1.2 O desenho institucional do Mercosul	38
1.3 O Mercosul Laboral e a formação profissional	42
1.4 O Mercosul Educacional e a educação técnica e tecnológica	46
1.5 O Mercosul Saúde e a educação profissional em saúde	51
1.6 Repensando a integração regional	54
1.7 Os aportes da comparação	55
<b>Capítulo 2. A formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Brasil</b>	<b>63</b>
2.1 A formação de trabalhadores técnicos em saúde e as políticas de saúde no Brasil: um percurso histórico	63
2.1.1 Anos 1980: a formação de trabalhadores técnicos e a Reforma Sanitária brasileira	63
2.1.2 Dos anos 1990 à primeira década do novo século: saúde e educação em tempos neoliberais	74
2.2 A formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Brasil em perspectiva quantitativa	98
2.2.1 Concentração regional dos estabelecimentos de ensino	101

2.2.2 O caráter privado do ensino técnico em saúde	105
2.2.3 A centralidade dos cursos de enfermagem	115
2.2.4 A predominância da pedagogia das competências	117
2.3 A formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Brasil em perspectiva qualitativa	124
2.3.1 Legislação educacional e organização curricular	125
2.3.2 As instituições formadoras como espaço autônomo de organização curricular: a elaboração de projetos políticos pedagógicos	130
2.3.2.1 Concepção e construção do PPP	132
2.3.3 A estrutura das propostas curriculares: fragmentação <i>versus</i> integração?	136
2.3.3.1 Concepção, construção e avaliação dos planos de curso	144
2.3.4 O perfil dos trabalhadores técnicos em saúde na perspectiva das instituições formadoras	148
2.3.5 Concepções curriculares e a formação por competências: indefinições conceituais e implicações políticas	153
2.3.6 A formação dos trabalhadores técnicos em saúde na sala de aula: método de ensino, avaliação, pesquisa e estágio	160
<b>Capítulo 3. A formação de trabalhadores técnicos em saúde nos países do Mercosul</b>	<b>171</b>
3.1 Diversidades no Mercosul: uma aproximação aos países	171
3.1.1 Perfil político-administrativo e sociodemográfico dos países	173
3.1.2 Condições de saneamento	180
3.1.3 Perfil econômico	183
3.2 A educação e a saúde nos países do Mercosul	191
3.3 Argentina	213
3.3.1 Organização do sistema educativo da Argentina	213
3.3.2 Organização do sistema de saúde da Argentina	215

3.3.3	Formação dos trabalhadores técnicos em saúde na Argentina	217
3.3.4	Força de trabalho em saúde na Argentina	223
3.4	Bolívia	226
3.4.1	Organização do sistema educativo da Bolívia	226
3.4.2	Organização do sistema de saúde da Bolívia	228
3.4.3	Formação dos trabalhadores técnicos em saúde na Bolívia	231
3.4.4	Força de trabalho em saúde na Bolívia	236
3.5	Paraguai	237
3.5.1	Organização do sistema educativo do Paraguai	237
3.5.2	Organização do sistema de saúde do Paraguai	240
3.5.3	Formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Paraguai	243
3.5.4	Força de trabalho em saúde no Paraguai	246
3.6	Uruguai	247
3.6.1	Organização do sistema educativo do Uruguai	247
3.6.2	Organização do sistema de saúde do Uruguai	250
3.6.3	Formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Uruguai	255
3.6.4	Força de trabalho em saúde no Uruguai	257
3.7	Venezuela	259
3.7.1	Organização do sistema educativo da Venezuela	259
3.7.2	Organização do sistema de saúde da Venezuela	264
3.7.3	Formação dos trabalhadores técnicos em saúde na Venezuela	268
	<b>Considerações finais</b>	<b>275</b>
	<b>Referências bibliográficas</b>	<b>279</b>



# LISTA DE SIGLAS

- Aladi** – Associação Latino-Americana de Integração
- Alalc** – Área Latino-Americana de Livre Comércio
- Alba** – Alternativa Bolivariana para as Américas
- AMS** – Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (Brasil)
- Anep** – Administración Nacional de Educación Pública (Uruguai)
- Arima** – Autoregressive Integrated Moving Average
- Asse** – Administración de los Servicios de Salud del Estado (Uruguai)
- BEPSaúde** – Banco de Dados de Educação Profissional em Saúde (Brasil)
- BID** – Banco Interamericano de Desenvolvimento
- BM** – Banco Mundial
- CAN** – Comunidade Andina de Nações
- Canes** – Consejo Académico Nacional de Educación Superior (Bolívia)
- CCM** – Comissão de Comércio do Mercosul
- CCSCS** – Coordenadora das Centrais Sindicais do Cone Sul
- CEB** – Câmara de Educação Básica (Brasil)
- Cebes** – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Brasil)
- Cefor** – centros de formação (Brasil)
- Cepal** – Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
- CF** – Constituição Federal
- CFE** – Conselho Federal de Educação (Brasil)
- Claeh** – Centro Latinoamericano de Economía Humana (Uruguai)
- CMC** – Conselho do Mercado Comum
- CNC** – Confederação Nacional do Comércio (Brasil)

**CNCT** – Cadastro Nacional de Cursos de Educação Profissional de Nível Técnico (Brasil)

**CNE** – Conselho Nacional de Educação (Brasil)

**Cnidai** – Comité Nacional de Integración Docente Asistencial (Bolivia)

**CNPq** – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Brasil)

**CNRHS** – Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde (Brasil)

**CNS** – Conferência Nacional de Saúde (Brasil)

**CNSa** – Confederação Nacional de Saúde (Brasil)

**Cofen** – Conselho Federal de Enfermagem (Brasil)

**Cofesa** – Consejo Federal de Salud (Argentina)

**Cofins** – Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Brasil)

**CRC-ET** – Comissão Regional Coordenadora da Educação Tecnológica (Brasil)

**CRPM** – Comissão de Representantes Permanentes do Mercosul

**CTI** – centro de tratamento intensivo

**Decit** – Departamento de Ciência e Tecnologia (Brasil)

**Dilos** – Directorio Local de Salud (Bolivia)

**EPSJV** – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Brasil)

**ESF** – Estratégia Saúde da Família

**ETSBJCA** – Escuela Técnica de Salud Boliviano Japonesa de Cooperación Andina (Bolivia)

**ETSUS** – escolas técnicas do Sistema Único de Saúde (Brasil)

**FAS** – Fondo de Apoyo Solidario (Venezuela)

**FAT** – Fundo de Amparo ao Trabalhador (Brasil)

**Fatsa** – Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina (Argentina)

- FHC** – Fernando Henrique Cardoso
- FMI** – Fundo Monetário Internacional
- Focem** – Fundo de Convergência Estrutural do Mercosul
- GMC** – Grupo Mercado Comum
- Iamc** – instituições de assistência médica coletiva (Uruguai)
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil)
- IDH** – índice de desenvolvimento humano
- IISAP** – Instituto de Investigaciones en Salud Pública (Argentina)
- Imae** – institutos de medicina altamente especializada (Uruguai)
- Indec** – Instituto Nacional de Estadística y Censos (Argentina)
- Inep** – Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Brasil)
- Inet** – Instituto Nacional de Educación Tecnológica (Argentina)
- INSS** – Instituto Nacional do Seguro Social (Brasil)
- IRPF** – Imposto de Renda Pessoa Física (Brasil)
- IRPJ** – Imposto de Renda Pessoa Jurídica (Brasil)
- ISS** – Imposto sobre Serviços (Brasil)
- LDB** – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Brasil)
- Mare** – Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (Brasil)
- Mecaep** – Proyecto de Mejoramiento de la Calidad de la Educación Primaria (Uruguai)
- Mercosul** – Mercado Comum do Sul
- MPAS** – Ministério da Previdência e Assistência Social (Brasil)
- MPPES** – Ministerio del Poder Popular para la Educación Universitaria (Venezuela)
- MS** – Ministério da Saúde (Brasil)
- MSN** – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

- MSPyBS** – Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (Paraguai)
- ODM** – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
- OEI** – Organização dos Estados Ibero-Americanos
- OIT** – Organização Internacional do Trabalho
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- ONG** – organização não governamental
- ONU** – Organização das Nações Unidas
- Opas** – Organização Pan-Americana da Saúde
- OPS** – Organización Panamericana de la Salud
- OS** – organização social
- Pacs** – Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Brasil)
- Pais** – Plano de Assistência Integral à Saúde (Roraima, Brasil)
- PAS** – Plano de Atendimento à Saúde (São Paulo, Brasil)
- Pasep** – Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (Brasil)
- PEA** – população economicamente ativa
- PEC** – Proyecto Educativo de Centro (Espanha)
- PEE** – Proyecto Educativo de Escola (Portugal)
- PEI** – Proyecto Educativo Institucional (Argentina)
- PIB** – produto interno bruto
- PIS** – Programa de Integração Social (Brasil)
- PLS** – projeto de lei do Senado (Brasil)
- PM** – Parlamento do Mercosul
- Pnud** – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
- PPP** – projeto político-pedagógico
- Profae** – Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Brasil)

**Profaps** – Programa de Formação na Área de Educação Profissional em Saúde (Brasil)

**PSF** – Programa Saúde da Família (Brasil)

**RET-SUS** – Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (Brasil)

**RME** – Reunião de Ministros da Educação do Mercosul

**RSB** – Reforma Sanitária brasileira (Brasil)

**Safci** – Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (Bolívia)

**SCC** – sistema de certificação de competências (Brasil)

**Sela** – Sistema Econômico Latino-Americano

**SEM** – Setor Educacional do Mercosul

**Senac** – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Brasil)

**Senai** – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Brasil)

**Senass** – Serviço Nacional de Aprendizagem da Saúde (Brasil)

**Sess** – Serviço Social da Saúde (Brasil)

**Setec** – Secretaria de Educação Média e Tecnológica (Brasil)

**SGT** – subgrupo de trabalho

**SGTES** – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (Brasil)

**Sistec** – Sistema Nacional de Informações da Educação Profissional e Tecnológica (Brasil)

**Snis** – Sistema Nacional Integrado de Salud (Uruguai)

**Suma** – Sistema Ultra Micro Analítico (Cuba)

**SUS** – Sistema Único de Saúde (Brasil)

**TPRM** – Tribunal Permanente de Revisão do Mercosul

**Udape** – Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (Bolívia)

**UdelaR** – Universidad de la República (Uruguai)

**Unasul** – União de Nações Sul-Americanas

**Unesco** – Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

**Unicef** – Fundo das Nações Unidas para a Infância

**UTU** – Universidad del Trabajo del Uruguay (Uruguai)

**WHO** – World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)

# RELAÇÃO DE DIAGRAMAS, GRÁFICOS E TABELAS

## Diagrama

1 Estrutura institucional do Mercosul	40
---------------------------------------	----

## Gráficos

1 Distribuição dos estabelecimentos de ensino que oferecem cursos técnicos em saúde na região Sudeste – Brasil	105
2 Cursos de habilitação técnica em saúde segundo subáreas de formação – Brasil	111
3 Cursos de habilitação técnica em saúde oferecidos pelas instituições respondentes segundo subárea de formação – Brasil	112

## Tabelas

1 Estabelecimentos de ensino no Brasil que oferecem cursos técnicos em saúde, segundo grandes regiões	101
2 Estabelecimentos de ensino no Brasil que oferecem cursos técnicos em saúde, segundo dependência administrativa	102
3 Distribuição dos estabelecimentos de ensino no Brasil que oferecem cursos técnicos em saúde, segundo unidades da Federação	104
4 Educação profissional em saúde no Brasil, por tipo de curso	105
5 Cursos de habilitação técnica em saúde no Brasil, segundo subáreas de formação	106
6 Distribuição dos cursos de habilitação técnica em saúde no Brasil, segundo dependência administrativa, por subáreas de formação	107
7 Cursos de habilitação técnica em saúde no Brasil, segundo dependência administrativa	108

<b>8</b> Cursos de habilitação técnica em saúde no Brasil, segundo subáreas de formação, por grandes regiões	110
<b>9</b> Distribuição dos cursos de educação profissional em saúde no Brasil, oferecidos pelas instituições respondentes	111
<b>10</b> Distribuição dos cursos de habilitação técnica em saúde das instituições respondentes, segundo dependência administrativa	112
<b>11</b> Cursos de habilitação técnica em saúde oferecidos pelas instituições respondentes, segundo subáreas de formação e dependência administrativa	113
<b>12</b> Distribuição dos estabelecimentos de ensino respondentes que oferecem cursos técnicos em saúde, segundo dependência administrativa	114
<b>13</b> Estabelecimentos de ensino respondentes que oferecem cursos técnicos em saúde, segundo grandes regiões	114
<b>14</b> Distribuição dos cursos da subárea de enfermagem no Brasil, por tipo de curso	115
<b>15</b> Cursos de habilitação técnica em enfermagem no Brasil, por grandes regiões	115
<b>16</b> Estabelecimentos respondentes que oferecem cursos técnicos em saúde, segundo dependência administrativa e grau de autonomia	118
<b>17</b> Estabelecimentos respondentes que oferecem cursos técnicos em saúde, segundo dependência administrativa e modelo curricular	120
<b>18</b> Estabelecimentos respondentes que oferecem cursos técnicos em saúde, segundo dependência administrativa e orientação curricular	120
<b>19</b> Estabelecimentos respondentes que oferecem cursos técnicos em saúde, segundo modalidade de ensino e dependência administrativa	122
<b>20</b> Estabelecimentos respondentes que oferecem cursos técnicos em saúde, segundo dependência administrativa e espaços de formação	123
<b>21</b> Estabelecimentos respondentes que oferecem cursos técnicos em saúde, segundo estratégia de definição de cursos e dependência administrativa	124

# PREFÁCIO

## **Argentina**

Para a equipe de pesquisa da Argentina, coordenada pelo Instituto de Investigaciones en Salud Pública, Universidad de Buenos Aires (IISP/UBA), esta publicação representa o pontapé inicial de um processo de trabalho conjunto liderado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz/Brasil. A apresentação deste livro é nosso eixo de referência, a partir da divulgação dos resultados preliminares sobre a formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul.

Destacamos a relevância que possui este estudo por fazer parte de um trabalho compartilhado com as equipes de pesquisa regionais (Argentina, Uruguai e Paraguai), a fim de produzir conhecimento e iniciar a reflexão e a discussão em nível regional, sobre uma temática prioritária como a formação dos técnicos em saúde.

Os antecedentes desta construção se remetem às atividades que vêm se desenvolvendo, desde o ano de 2008, entre a Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, Ministerio de Salud de la Nación Argentina e a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz/Brasil.

Em novembro de 2008, a Argentina participou do Seminário Internacional sobre a formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e no Mercosul, realizado na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Mangueiras, Rio de Janeiro. Na ocasião foram debatidas as características, os obstáculos e as possibilidades da educação técnica em saúde nos países membros do bloco no processo de integração regional.

Em reunião realizada no mês de junho de 2010, a equipe de pesquisa local, convocada pela Dra. Isabel Duré, diretora nacional de Capital Humano e Saúde Ocupacional, do Ministerio de Salud de la Nación; trabalhou com a equipe do Brasil, coordenada pela Dra. Marcela Pronko, sobre o projeto de pesquisa *A educação profissional de saúde no Brasil e nos países do Mercosul: perspectivas e limites para a formação integral de trabalhadores face aos desafios das políticas de saúde*. A análise da metodologia construída pela equipe do Brasil e os resultados preliminares permitiram delinear os aspectos teóricos e metodológicos para a proposta de adequação local do estudo. O processo de pesquisa na Argentina terá início no ano de 2011 a partir da execução de um Estudo Colaborativo Multicêntrico, financiado pelo Ministerio de Salud de la Nación de Argentina.

A formação profissional dos técnicos em saúde em nosso país e no Mercosul é uma área prioritária de pesquisa que necessita ser estudada devido à situação atual da diversidade/heterogeneidade da oferta educativa e de certificação, a relação entre os perfis formativos e o mundo do trabalho, assim como a multiplicidade de fontes de informação.

A formação de trabalhadores técnicos da saúde, no âmbito dos processos de integração regional, expõe a problemática e as demandas de regulação das relações de trabalho e as políticas de educação nacionais e regionais.

Explicita-se assim, a necessidade de avançar no conhecimento existente sobre a situação e as características da formação, a partir da sistematização da informação disponível e do levantamento de novas fontes, no âmbito nacional e regional, para o desenvolvimento de estudos regionais e interinstitucionais.

As informações obtidas sobre a educação técnica em saúde, a partir da perspectiva da educação integral dos trabalhadores, permitirão estabelecer comparações dos resultados de estudos no Brasil, na Argentina,

no Uruguai e no Paraguai. Os desafios e as perspectivas da situação atual propõem a abertura de um espaço para debater e atuar com o objetivo de modificar a invisibilidade da formação dos trabalhadores técnicos de saúde. Entendemos que esta publicação faz parte de nossos desafios.

**Graciela Laplacette**

Instituto de Investigaciones en Salud Pública, Universidad de Buenos Aires

**Isabel Duré**

Dirección Nacional de Capital Humano y Saúde Ocupacional,  
Ministerio de Salud de la Nación

**Karina Faccia**

Instituto de Investigaciones en Salud Pública, Universidad de Buenos Aires

## **Paraguai**

É uma honra para nosso país poder cooperar, conjuntamente com as instituições da Argentina e do Uruguai, com algumas ideias relevantes que contribuam para a articulação deste prefácio, que, por sua vez, embeleza o valioso trabalho que nos estão apresentando Marcela, Anamaria, Anakeila, Júlio César e Renata.

Gostaríamos de ordenar estes conceitos da seguinte maneira:

1. A questão da formação dos trabalhadores técnicos na área da saúde tem sido difundida amplamente na última década, ultrapassando os limites demarcados pelas fronteiras dos países, apontando e motivando a cooperação, a integração e os intercâmbios que permitam criar blocos cada vez mais sólidos e inclusivos na região das Américas.

2. Inicialmente unem-se três países: Brasil, Bolívia e Paraguai. Posteriormente, e com muito entusiasmo e expectativas, a Argentina se incorpora.
3. Quase ao mesmo tempo, se constitui a RETS e é proposto um trabalho regional muito ambicioso, incorporando a formação dos trabalhadores técnicos na área da saúde na agenda da Unasul Saúde, parte integrante de uma de suas primeiras redes estruturantes. A Rins-Unasur (Rede de Institutos Nacionais de Saúde Sul-Americana) reconhece a trajetória da EPSJV e lhe confia, conjuntamente com o INS do Paraguai, a coordenação de atividades que estimulem a integração dos demais países da Unasul-Saúde no que se refere à formação dos trabalhadores técnicos da saúde, identificando as categorias estratégicas em nível regional.

Como consequência deste processo de integração, já no âmbito do Mercosul, surge a impostergável necessidade de estabelecer com muito mais clareza as possibilidades, assim como os entraves da educação dos trabalhadores técnicos da saúde na Argentina, no Brasil, no Uruguai e no Paraguai, mediante um estudo quantitativo e qualitativo das instituições envolvidas em cada país.

Não há uma equipe mais compromissada em todo o processo que esta liderada pelos profissionais da EPSJV. Refiro-me à Anamaria, Marcela, Anakeila, Júlio César e Renata, mencionando adicionalmente André Malhão e Isabel Brasil (respectivamente, anterior e atual diretores da Escola). Nosso respeito e agradecimento, como país e instituição (INS), pelo valioso aporte que vem propiciando a introdução da temática da formação dos trabalhadores técnicos da saúde no Paraguai. Porém, mais que tudo, um agradecimento maiúsculo pela amizade e pela cálida acolhida que sempre nos oferecem.

Com muito entusiasmo e ansiedade aguardamos a publicação dos dados inicialmente aportados sobre cada país, que contribuem para o encaminhamento de ações conjuntas que apontem para o melhoramento da formação dos trabalhadores técnicos da saúde.

A equipe paraguaia, liderada pela Dirección de Investigaciones y Publicaciones del INS, compromete-se a colocar todo seu empenho

para concretizar, com esta pesquisa, algo muito desejado por todos. Creemos com muita convicção que as equipes da Argentina, do Brasil e do Uruguai o realizarão de igual ou melhor maneira.

**Raúl Fernando Gulino Canese**

Instituto Nacional de Salud

**Domingo Avalos**

Dirección de Investigaciones y Publicaciones, Instituto Nacional de Salud

**Pedro Luis Antonio Palacios Ortiz**

Dirección de Educación en Salud, Instituto Nacional de Salud

**Soledad Florentín**

Dirección de Educación en Salud, Instituto Nacional de Salud

**Ramón Cané**

Dirección de Educación en Salud, Instituto Nacional de Salud

**Laura Guadalupe Rolón**

Observatorio de Recursos Humanos en Salud

**Marta Gamarra de Godoy**

Dirección de Registros y Control de Profesiones, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

**Edith Villanueva**

Dirección General de Recursos Humanos, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

**Angel Ayala**

Dirección General de Institutos Técnicos Superiores, Ministerio de Educación y Cultura

## Uruguai

Com satisfação aceitamos contribuir com esta publicação, participando da redação de seu prefácio. A satisfação se dá em vários níveis: em primeiro lugar, por termos a possibilidade de contar com um empreendimento de alcance internacional que nos aproxima da complexa realidade da formação técnico profissional na área da saúde.

Nosso Mercosul caminha em direção à certificação profissional e à livre circulação de pessoas. A formação dos recursos humanos em geral e, em particular, dos trabalhadores da saúde, já não deve só tender às necessidades específicas de um país. Cada vez mais devemos começar a nos compreender como uma região que, como nunca antes, é observada pelo mundo devido ao avanço econômico e social do Brasil, um país que, aos nossos olhos, tem dimensões continentais.

Desta forma, é muito importante assinalar a abertura e a disponibilidade dos companheiros da Fundação Oswaldo Cruz para incluir as diversas realidades dos países que compõem o Mercosul em seu trabalho. Evidentemente, os diferentes países têm dimensões, em alguns casos, realmente pequenas, comparadas à realidade numérica e populacional do Brasil. Este ponto é importante porque é clara a evidência de que o discurso da inclusão, da aceitação da diversidade e da criação de pontes entre as diferentes realidades regionais não fica só no plano da declaração e já avançou no plano dos feitos e das ações concretas.

Esta publicação imprescindível dá conta do trabalho desta equipe e nos permite, de alguma maneira, prever os trabalhos que se concretizarão num futuro próximo.

Temos a plena convicção de que este livro se transformará em obra de referência permanente para todos nós que trabalhamos no âmbito da saúde e da educação e para aqueles que têm a responsabilidade de elaborar políticas educativas e de saúde nos diferentes países do Mercosul. A serie-

dade e o rigor de seus responsáveis nos permitem contar com informação única e de utilidade incalculável.

**Juan Mila**

Escuela Universitaria de Tecnologías Médicas, Universidad de la República

**Carlos Planel**

Escuela Universitaria de Tecnologías Médicas, Universidad de la República



## APRESENTAÇÃO

A consolidação do Mercado Comum do Sul (Mercosul), criado em 1991 pelo Tratado de Assunção, não se restringe apenas ao estabelecimento de políticas que facilitem a circulação de mercadorias entre os Estados membros ou à definição de tarifas comuns para as relações comerciais com outros países. Pretende constituir-se como uma integração mais profunda, envolvendo a definição de diretrizes políticas comuns nas áreas sociais e, em um futuro não muito distante, a livre circulação de pessoas e trabalhadores. Nesse sentido, ainda hoje o processo de integração não está completo, embora existam metas e procedimentos em processo que apontam nessa direção. Para que de fato essa empreitada se realize, há que se colocar em pauta algumas indagações: como pensar a livre circulação de trabalhadores se a formação e as atividades realizadas por determinado profissional forem tão diferentes de um país para o outro? Ou, ainda, se nem mesmo se sabe que diferenças são essas? Quais os perfis exigidos de cada trabalhador? Como se desenvolve seu processo de trabalho?

No caso dos trabalhadores técnicos em saúde, que representam a parcela mais significativa da força de trabalho envolvida nos serviços de saúde dos países membros do bloco, a invisibilidade histórica da categoria (Pronko e Corbo, 2009), mesmo nos seus contextos nacionais, é um entrave concreto não só para se pensar em ações e estratégias regionais

que permitam a sua circulação, mas também para a definição de políticas de saúde e de diretrizes necessárias para que nos países que constituem o bloco o direito à saúde se concretize.

Na tentativa de contribuir para o debate sobre a formação de técnicos em saúde no Mercosul, este livro apresenta o resultado do trabalho desenvolvido ao longo da execução do projeto de 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 políticas de saúde*, contemplado com financiamento público do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), do Ministério da Ciência e Tecnologia, em conjunto com o Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit), do Ministério da Saúde.

## A pesquisa

A pesquisa, sediada na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), e desenvolvida entre abril de 2007 e março de 2009, originalmente colocava-se como objetivo geral a identificação e a análise da oferta quantitativa e qualitativa de educação profissional em saúde no Brasil e nos outros países do Mercosul ante os desafios nacionais e internacionais da gestão do trabalho e da educação em saúde. Tal análise visava contribuir para as políticas de organização e fortalecimento dos sistemas de saúde e para a cooperação internacional entre o Brasil e os países do referido bloco sub-regional.

Partimos da consideração da educação profissional em saúde como uma mediação específica da formação humana na totalidade das relações sociais. Nesse sentido, entendemos que as práticas instituídas não são neutras nem estáticas; pelo contrário, têm um fundamento filosófico e ideológico afinado com determinada concepção de mundo e, conseqüentemente, com um projeto de sociedade. Dessa forma, seu conteúdo expressa uma direção e um sentido que se pretende dar às práticas sociais. Recuperando a dimensão da historicidade, entendemos que a realidade pode ser modificada, no processo histórico concreto, pela ação dos homens e mulheres que,

enquanto sujeitos históricos, são responsáveis pela produção da existência humana. As práticas sociais construídas e reconstruídas no processo da disputa por hegemonia são relações contraditórias que, ao mesmo tempo em que insistem em se manter, podem também potencializar o novo.

Por essa abordagem, pretende-se romper com o caráter neutro, evidente e reificado da educação profissional em saúde como fenômeno capaz de, por si, alterar as relações de trabalho fragmentárias, hierarquizadas e excludentes que caracterizam tanto os serviços de saúde quanto os processos de trabalho em geral. Quer-se, dialeticamente, captar mediações que nos ajudem a compreender como e por que as características quantitativas e qualitativas da oferta de educação profissional em saúde e seus fundamentos teórico-metodológicos buscam conservar e/ou transformar relações necessárias à conformação psicofísica do trabalhador às formas de produção hegemônicas.

Levando em conta esses pressupostos teórico-metodológicos gerais de forma a melhor operacionalizar as atividades propostas, a pesquisa foi dividida em duas fases, ou frentes de trabalho, concomitantes: uma fase nacional e uma internacional. A fase nacional foi abordada numa dupla perspectiva: quantitativa e qualitativa. A fase internacional, por sua vez, teve dois focos principais: o da comparação das políticas nacionais de formação de trabalhadores técnicos em saúde e o da consideração dessas políticas no âmbito das particularidades assumidas pelo processo de integração.

Na sua formulação original, o projeto previa os mesmos objetivos para a fase nacional e para a fase internacional da pesquisa, partindo-se do pressuposto de que, ao se estender a investigação aos países do Mercosul, a metodologia deveria incorporar referenciais próprios dos estudos comparados, além da utilização do método da reconstrução histórica, em razão do referencial teórico-metodológico que orientava a pesquisa. Parte-se do pressuposto de que o método histórico possibilita a compreensão das políticas de educação profissional em saúde nos países estudados na sua própria dinâmica, ou seja, nas suas relações com a sociedade onde se realizam. Para isso, foi necessário buscar as particularidades dos países com base nos seus processos históricos mais amplos, entendendo-as como parte de determinada realidade, dinâmica e contraditória.

O projeto se propunha três objetivos específicos. Em relação ao primeiro deles – identificar o número de cursos (tipos e modalidades), habilitações profissionais, instituições ofertantes da educação profissional em saúde no Brasil e nos países do Mercosul –, é necessário distinguir as potencialidades e os alcances da pesquisa, de acordo com os âmbitos de sua aplicação, para avaliar os seus resultados. No caso do Brasil, foi utilizada a base de dados do Cadastro Nacional de Cursos Técnicos (CNCT) do Ministério da Educação (MEC), que possibilitou a identificação das instituições ofertantes de cursos de educação profissional em saúde, bem como das habilitações profissionais oferecidas e do número de cursos existentes, permitindo construir uma caracterização quantitativa da oferta de formação para trabalhadores técnicos no país. Já nos outros países do Mercosul, pelas dificuldades encontradas na consulta de bases de dados nacionais sobre essa modalidade de ensino, não foi possível viabilizar o levantamento dessas informações, o que obrigou à redefinição das estratégias e dos alcances da pesquisa.

Assim, a fase internacional foi reestruturada no sentido de contribuir para o aprofundamento da reflexão sobre os determinantes e as características das políticas de formação de trabalhadores técnicos em saúde, no âmbito do Mercosul, diante dos desafios das políticas de saúde e dos entraves do processo de integração regional em curso. Portanto, o desenvolvimento da pesquisa se realizou em duas frentes: 1) uma frente relativa ao conhecimento dos países do Mercosul, cujo foco foi a caracterização e a análise das diretrizes teórico-metodológicas e das bases materiais de organização da educação profissional em saúde em cada um deles, partindo de uma caracterização geral das políticas de saúde, educação e trabalho desses países, na perspectiva de permitir uma primeira aproximação comparativa entre eles, para, posteriormente, estabelecer relações entre as políticas nacionais e as políticas “comunitárias”, destacando desafios e entraves colocados pelo processo de integração regional; e 2) uma frente “regional”, centrada na caracterização do funcionamento institucional do Mercosul, da sua agenda relativa à educação profissional em saúde e dos mecanismos institucionais para as suas definição e operacionalização, tendo como foco o funcionamento do Mercosul como um todo e as ações específicas desenvolvidas

no âmbito do processo de integração, relativas à definição de uma política “comunitária” de educação profissional em saúde.

Em relação ao segundo objetivo – identificar as diretrizes teórico-metodológicas da educação profissional no Brasil e nos países do Mercosul –, essa mesma distinção entre o Brasil e os outros países conduziu a considerações diferenciadas. No Brasil, conseguiu-se identificar as diretrizes teórico-metodológicas da educação profissional em saúde por meio da aplicação de questionários para a totalidade das instituições cadastradas no Cadastro Nacional de Cursos Técnicos (CNCT) do Ministério da Educação (MEC), e da realização de entrevistas com instituições selecionadas em todas as regiões brasileiras. Essa tarefa só foi possível com a conformação de uma equipe ampliada de pesquisa que permitiu desenvolver o estudo com abrangência nacional. Nos outros países do Mercosul, a identificação das diretrizes teórico-metodológicas se realizou mediante a consulta de documentos oficiais e a realização de entrevistas com dirigentes nacionais responsáveis pela formulação das políticas de educação profissional em saúde em cada um deles.

No que diz respeito ao terceiro objetivo específico – correlacionar, mediante análise crítica, os resultados obtidos com os desafios nacionais e internacionais da educação profissional em saúde na perspectiva da educação integral dos trabalhadores –, os resultados obtidos pelas análises realizadas constituem o conteúdo deste livro que, junto com a publicação das contribuições coletadas no Seminário Internacional Formação dos Trabalhadores Técnicos em Saúde no Brasil e no Mercosul (Pronko e Corbo, 2009), realizado em 2008, como parte das atividades da pesquisa, representam uma aproximação inicial à problemática em foco.

Cabe esclarecer que, para o desenvolvimento da fase internacional, foi necessário realizar um recorte quanto aos países que deveriam ser considerados para as análises pretendidas. Embora o Mercosul conte, desde a sua criação em 1991, com a participação de quatro países como membros plenos (Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai), desde então diversos países se associaram ao bloco (Chile, Bolívia, Peru, Equador e Colômbia) e, desde 2006, tramita nos parlamentos dos países membros a solicitação de adesão plena da República Bolivariana da Venezuela. Dada a impossibilidade de abranger na pesquisa todos os países mencionados, optou-se pela inclusão,

além dos membros plenos do bloco, de dois outros países: Venezuela e Bolívia. No caso da Venezuela, a inclusão foi decorrente da constatação de que, embora sua adesão ainda não tenha sido aprovada, esse país participa, por meio dos seus representantes, nos grupos de trabalho do Mercosul, como é o caso do Subgrupo de Trabalho 11, dedicado aos temas da saúde. Já no caso da Bolívia, sua inclusão obedeceu ao histórico de cooperação técnica conjunta que esse país desenvolve com a EPSJV, sendo de interesse mútuo sua inclusão no panorama comparativo que se pretendia traçar.

A equipe coordenadora do projeto, desde a sua aprovação no referido edital até a finalização do mesmo, foi composta pelos seguintes pesquisadores da EPSJV: Marcela Pronko (coordenadora), Anamaria Corbo, Júlio César Lima, Renata Reis e Márcia Lopes. Ao longo da execução do projeto, outros pesquisadores formaram parte dessa equipe por períodos variáveis: Marise Ramos, Ana Margarida Campello, Maria Teresa Cavalcanti, Anakeila Stauffer, Ana Lúcia Pontes e Daiana Chagas. Também colaboraram com o projeto, em demandas específicas, outros pesquisadores, a saber: Lygia Costa, Márcio Candeias e Alexandra de Almeida. A equipe contou, ainda, com o apoio técnico administrativo de Josiane Medrado e Cristiane Rocha.

Para a execução da fase nacional da pesquisa, a equipe foi ampliada, incorporando pesquisadores de algumas escolas técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS), responsáveis regionais pelo desenvolvimento da mesma: José Figueiredo Jr. (Escola de Saúde Pública do Estado do Mato Grosso, Região Centro-Oeste); Leda Maria de Medeiros Hansen (Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde Dr. Manoel da Costa Souza, Rio Grande do Norte, Região Nordeste); Márcia Cristina Godoy Siqueira e Iolanda Querido Rocha (Escola Técnica de Saúde Dr. Gismar Gomes, Tocantins, Região Norte); Maria Regina Araújo Pimentel e Stephanie Ferté (Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos, Rio de Janeiro, Região Sudeste); Marília Borborema Rodrigues Cerqueira e Eveline Castro (Centro de Educação Profissional e Tecnológica/Escola Técnica de Saúde–Unimontes, Minas Gerais, Região Sudeste); e Claudia Lange e Liane Girolamo (Escola Técnica de Saúde de Blumenau, Santa Catarina, Região Sul). A todos eles, registramos nosso reconhecimento e agradecimento.

Embora a pesquisa tenha sido financiada pelo CNPq, ela não teria sido possível sem o financiamento adicional da EPSJV/Fiocruz e das ETSUS participantes, além dos recursos disponibilizados através do TC 41.<sup>1</sup>

Gostaríamos, também, de destacar o apoio recebido da direção da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e de todos os trabalhadores da EPSJV que, direta ou indiretamente, colaboraram com a pesquisa, assim como agradecer a todos aqueles que, desde diferentes espaços e funções, contribuíram para o seu desenvolvimento.

### **Sobre o conteúdo do livro**

Este livro sistematiza as contribuições mais relevantes dos resultados obtidos na mencionada pesquisa. Seu trabalho de preparação foi realizado de forma coletiva pelo conjunto de autores, embora coubesse a cada um deles, individualmente, a redação das diferentes partes que o compõem. Entretanto, as reflexões aqui contidas são resultado de um esforço conjunto de revisão e discussão, razão pela qual, contrariando a tendência à produção de coletâneas, resolvemos assumir a autoria coletiva do livro, cabendo a responsabilidade final da obra a todos e a cada um na mesma medida.

O livro está organizado em três capítulos, que refletem, parcialmente, as especificidades das problemáticas abordadas em cada um deles.

O primeiro capítulo, “A formação de técnicos em saúde no Mercosul: entre as políticas nacionais de saúde e os entraves da integração regional”, constitui uma reflexão inicial sobre o processo de integração regional deflagrado pela criação do Mercosul, tentando contextualizar a problemática da formação de trabalhadores técnicos em saúde no âmbito das negociações em curso nas áreas de trabalho, educação e saúde do bloco. Visou, especialmente, apontar entraves e possibilidades que possam subsidiar políticas de organização e fortalecimento de sistemas de saúde e de cooperação internacional entre o Brasil e os países do referido bloco sub-regional.

---

<sup>1</sup> 41º Termo Técnico de Cooperação e Assistência Técnica, celebrado entre a União Federal, por meio do Ministério da Saúde do Brasil, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e a Organização Mundial da Saúde (OMS).

O segundo capítulo, “A formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Brasil”, analisa a formação dos trabalhadores técnicos em saúde no país a partir de uma tríplice perspectiva: histórica – examinando as principais características e determinações dessa formação ao longo das últimas três décadas; quantitativa – caracterizando o conjunto da oferta de formação no país, por meio da análise de tendências claramente identificáveis no tratamento desse tipo de dados; e qualitativa – reconstruindo as diretrizes teórico-metodológicas que embasam a formação dos trabalhadores técnicos em saúde no país, por meio da análise de entrevistas realizadas com dirigentes das instituições de formação.

Já o terceiro capítulo, “A formação de trabalhadores técnicos em saúde nos países do Mercosul: uma primeira aproximação”, constitui uma sistematização inicial das informações de caráter nacional, sobre cada um dos países do Mercosul, em chave comparativa. Essa sistematização, de tipo mais descritivo, contém informações que incluem, além de indicadores básicos e socio sanitários de cada país, os principais aspectos da estruturação dos seus sistemas de educação e de saúde, assim como uma apresentação geral da formação dos trabalhadores técnicos em saúde e da força de trabalho em saúde em cada um deles, finalizando com uma breve reflexão preliminar, na perspectiva de estabelecer possíveis pontos de partida para o processo de integração em curso.

Por fim, as “Considerações finais” oferecem uma sistematização sucinta dos principais resultados alcançados, indicando também o seu caráter preliminar e as atividades de aprofundamento já iniciadas no sentido de dar continuidade à reflexão sobre as condições de formação e atuação dos historicamente invisibilizados trabalhadores técnicos em saúde ante os desafios atuais da integração.

# A FORMAÇÃO DE TRABALHADORES TÉCNICOS EM SAÚDE NO MERCOSUL: ENTRE AS POLÍTICAS NACIONAIS E OS ENTRAVES DA INTEGRAÇÃO REGIONAL

## Introdução

As políticas públicas nacionais (de educação, saúde, trabalho, entre outras) têm se confrontado, nas últimas décadas, com dois processos mundiais que passaram a ter interferência crescente na forma e no conteúdo das suas formulações. De um lado, a progressiva intervenção dos chamados organismos internacionais, compreendendo aqui tanto as agências multilaterais de crédito – como o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial (BM) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) – quanto as agências de fomento e cooperação – como a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a Organização Mundial da Saúde (OMS) etc. –, que tiveram papel destacado nas décadas de 1980 e 1990 na homogeneização dessas políticas, notadamente na América Latina.

De outro lado, os crescentes processos de integração regional/supranacional, a partir da constituição de blocos econômicos entre países, com o objetivo de se inserirem com melhores condições no globalizado mercado mundial (Cunha, 2001; Pronko, 2001).

A atuação dos organismos internacionais,<sup>1</sup> a despeito da especificidade das suas áreas de intervenção e das diferenças nos procedimentos em sua relação com cada um dos países da região, tem sido orientada, a partir da década de 1980, predominantemente pelo receituário neoliberal, que fixou suas prioridades no binômio “alívio à pobreza—coesão social” na tentativa de garantir, nos chamados países em desenvolvimento, a construção de um “ambiente favorável de negócios” (Neves e Pronko, 2008). Esse receituário, pactuado e aceito pelos dirigentes políticos nacionais, baseou-se, em todos os casos, nas mesmas premissas de liberalização econômica e reforma do Estado, o que, tendencialmente, produziu certa homogeneização nas políticas nacionais, notadamente nas políticas sociais adotadas por eles. A redefinição das políticas sociais com base nessas premissas permitiu a reconfiguração da forma em que os direitos sociais vinham sendo historicamente garantidos, para além das especificidades nacionais que determinaram a construção de sistemas nacionais de educação e de saúde e a elaboração de instrumentos legais de regulação das relações trabalhistas. Dessa forma, a aproximação entre as políticas e sistemas de proteção social de caráter nacional dos diferentes países, redesenhadas à luz do consenso neoliberal, ofereceram, na década de 1990, um ponto de partida para as tentativas regionais de integração.

Esses processos de integração regional/supranacional em geral se iniciaram como acordos alfandegários e comerciais entre países, tendo extrapolado posteriormente, em alguns casos, o âmbito econômico e incluído na sua agenda outros aspectos da vida nacional – entre eles, destacadamente, o educacional e o da regulação do trabalho. O exemplo paradigmático desse processo é a União Europeia, que, ao longo do seu

---

<sup>1</sup> Em relação à atuação dos organismos internacionais na região, existe vasta bibliografia de referência: sobre a atuação do Banco Mundial, ver Pereira, 2010; sobre a atuação do BM/Unesco, particularmente nas políticas de educação, ver Leher, 1999 e Neves e Pronko, 2008; sobre a atuação do BID, Unesco e OIT nas políticas de formação profissional, ver Pronko, 2001 e 2005. Sobre a atuação da OMS, ver Matta, 2005 e Lima, 2010.

meio século de história, passou da cooperação comercial entre seis países para a criação de um espaço comunitário complexo, que hoje inclui 27 países.

Na América Latina, o Mercado Comum do Sul (Mercosul) constitui a experiência de integração supranacional mais importante das últimas décadas.<sup>2</sup> Nascido da aproximação entre os governos surgidos da reabertura democrática na Argentina e no Brasil, institucionalizou-se em 1991, com a assinatura do Tratado de Assunção pelos presidentes de quatro países: Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai. Desde então, apesar das crises nacionais dos países membros, dos conflitos comerciais entre eles e da reiterada “decretação” da sua morte como bloco, o Mercosul conseguiu, aos poucos, certa consolidação como novo ator comunitário no cenário internacional, incorporando outros países da região como Estados associados, alguns dos quais declararam sua intenção de tornar-se membros plenos.<sup>3</sup>

Nesse contexto, as políticas públicas dos países membros do bloco para a formação de trabalhadores da saúde, historicamente atravessadas pelas determinações tanto das políticas de saúde quanto das políticas de educação e submetidas aos condicionantes das regulações trabalhistas nacionais, começam a se confrontar com as demandas e os entraves do próprio processo de integração supranacional. Os diferentes ritmos de avanço e as diferentes ênfases das negociações rumo à definição de diretrizes políticas comuns em cada uma dessas áreas colocam exigências e desafios novos para se pensarem estratégias regionais sobre o tema.

Entretanto, nos âmbitos nacionais de cada uma dessas áreas, pouco se sabe das realizações do Mercosul; as políticas *nacionais* continuam sendo o eixo da reflexão política e sociológica dos pesquisadores envolvidos com esses temas; o desconhecimento sobre a situação efetiva dos parceiros do

<sup>2</sup> Segundo Almeida (2003), existe uma tradição histórica integracionista latino-americana que se expressou na criação de sucessivos projetos de integração regional de curta vida ou de escasso impacto na realidade concreta dos países que fizeram parte delas. Só para citar alguns exemplos, e salvando as especificidades das formas e conteúdos de cada um desses projetos, podemos destacar, entre outros, a Área Latino-Americana de Livre Comércio (Alale), em 1960; a Associação Latino-Americana de Integração (Aladi), em 1980; a Comunidade Andina de Nações (CAN), em 1969; o Sistema Econômico Latino-Americano (Sela), em 1975.

<sup>3</sup> Atualmente, o Mercosul conta com quatro membros plenos – Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai –, um país em processo de adesão – a República Bolivariana de Venezuela – e cinco membros associados – Chile, Bolívia, Equador, Colômbia e Peru.

bloco continua grande; e, para alguns autores, as propostas extracomerciais do Mercosul ainda não saíram do plano da utopia.

Nesse contexto, o projeto de 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 políticas de saúde* se propôs a caracterizar as políticas de formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul, em face dos desafios das políticas nacionais de saúde e dos entraves ao processo de integração regional, visando subsidiar políticas de organização e fortalecimento de sistemas de saúde e de cooperação internacional entre o Brasil e os países do referido bloco sub-regional. Embora a conclusão da pesquisa tenha aberto um leque de questões bastante amplo, é possível tecer algumas reflexões iniciais surgidas da consideração dos problemas específicos colocados por ela.

## **I.1 A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul**

A educação profissional em saúde<sup>4</sup> é uma área de ação e de estudo cuja origem está principalmente nas políticas de saúde, estendendo-se, gradualmente, para o plano das políticas educacionais, embora esteja atravessada, também, pelas políticas de trabalho em um contexto determinado.

Dados relativos à distribuição da força de trabalho em saúde no Brasil, com base na análise da Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), demonstram que, em 2005, mais da metade dessa força de trabalho era composta por trabalhadores técnicos, sendo que 15,4% deles não dispõem do ensino fundamental completo (Vieira et al., 2009).<sup>5</sup> Nesse contexto, os trabalhadores sem formação profissional que ingressam nos serviços de saúde passam por treinamentos em serviço, que, apesar de desempenharem papel im-

<sup>4</sup> O conceito de “educação profissional em saúde” constitui uma construção que remete particularmente à realidade brasileira. Do ponto de vista legal, a educação profissional em saúde compreende a formação inicial e continuada, a formação técnica de nível médio e a formação tecnológica de nível superior. Para uma explicação ampliada do conceito, ver Pereira e Lima, 2009.

<sup>5</sup> Ver também Vieira et al., 2003.

portante diante das circunstâncias que se apresentam, não substituem a formação básica e profissional desejada.

O surgimento dos centros de formação (Cefor) e das escolas técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS) no Brasil pode ser caracterizado como uma tentativa de superação desses limites. Apesar de essas instituições terem origens diversas, o que as une é o fato de serem escolas públicas do setor saúde, cuja finalidade é a de melhorar a educação profissional nessa área e promover a qualificação técnica de trabalhadores já inseridos no sistema de saúde, por meio de um modelo de educação profissional descentralizado e em estreita relação com os serviços de saúde (Pereira, 2002). A crítica ao modelo de treinamento como instrumento para tornar as pessoas aptas ao fazer pragmático e imediato, por um lado, e ao ensino transmissivo de conteúdos e descolado da realidade dos serviços, por outro, é a base para a construção de uma nova perspectiva pedagógica adotada por essas escolas, a partir da sua criação na década de 1980.

Entretanto, o percurso realizado no Brasil é fruto das suas particularidades históricas e não pode ser generalizado para os outros países que compõem o Mercosul. O que se constata, na realidade, é que não há uma definição unívoca na região do significado das expressões “trabalhadores técnicos em saúde” e “profissionais técnicos em saúde”, dado que o caráter de “técnico” e de “profissional”, embora contenha certa especificidade, está ligado tanto ao desenvolvimento histórico dos sistemas educacionais nacionais quanto à particularidade que assume, em cada caso, o trabalho em saúde (Documento de Manguinhos, 2009).

A esse respeito, um estudo realizado pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e pela Organização Mundial da Saúde (Organización Panamericana de la Salud e Organización Mundial de la Salud, 1995) sobre a política de recursos humanos em saúde no âmbito do Mercosul identificou a necessidade de criação de uma estratégia de cooperação específica no campo da formação, capacitação e dinâmica da força de trabalho em saúde, visto que o avanço dos processos de integração econômica coloca o problema da circulação da força de trabalho como componente dos processos de produção, havendo o risco de se ter um fluxo de recursos humanos qualificados orientados para determinadas regiões, em prejuízo

de outras. Requer-se, com isto, “o estabelecimento de reciprocidade de reconhecimento curricular e particularmente de mecanismos de habilitação e credenciamento” (ibid., p. 19).

Esse estudo coloca em evidência, assim, alguns dos novos desafios que as políticas de educação técnica em saúde terão de enfrentar no bojo do processo de integração regional em curso. A complexidade dos mesmos já pode ser observada no próprio desenho institucional do Mercosul, que trata de aspectos relacionados à formação dos trabalhadores técnicos em saúde, de forma concomitante, em, ao menos, três instâncias setoriais diferenciadas: o chamado Mercosul Educacional, encarregado da certificação desses trabalhadores; os diversos órgãos que cuidam da regulação das relações do trabalho (Mercosul Laboral); e aqueles que tratam das questões relativas à saúde (Mercosul Saúde). Por sua vez, cada uma dessas instâncias imprime uma lógica própria no funcionamento e no tratamento de questões relativas ao tema, resultando em uma abordagem fragmentária que corre o risco de se perder no labirinto regulatório desenhado nos âmbitos institucionais do próprio processo de integração.

## 1.2 O desenho institucional do Mercosul

Assinado em março de 1991, o Tratado de Assunção, documento fundador do Mercosul, visava à constituição de um mercado comum entre Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai. Nele só havia uma referência curta e genérica, no primeiro parágrafo, às consequências sociais previsíveis e inevitáveis desse processo, destacando-se que “a ampliação das atuais dimensões de seus mercados nacionais, através da integração, constitui condição fundamental para acelerar seus processos *de desenvolvimento econômico com justiça social*” (Mercado Comum do Sul, 1991a, p. 1; grifo nosso). A ênfase comercial moldou, de forma persistente, o seu desenho institucional.

A estrutura orgânica do Mercosul foi definida, na sua feição atual, a partir da assinatura do Protocolo de Ouro Preto, em 1994 (ver diagrama 1). Dos órgãos permanentes que o compõem até hoje, somente três funcio-

nam plenamente e têm capacidade decisória: o Conselho Mercado Comum (CMC), o Grupo Mercado Comum (GMC) e a Comissão de Comércio do Mercosul (CCM); os demais têm caráter representativo e/ou consultivo – por exemplo, o Parlamento do Mercosul (PM), a Comissão de Representantes Permanentes do Mercosul (CRPM), o Tribunal Permanente de Revisão do Mercosul (TPRM) etc.

O Conselho Mercado Comum (CMC), integrado pelos ministros de Relações Exteriores e da Economia dos países membros, é o órgão supremo do Mercosul e está encarregado da condução política do processo de integração. Suas decisões, adotadas por consenso, têm caráter obrigatório para os Estados parte. Desde 2002, também emite recomendações, sem caráter vinculante, com o fim de estabelecer orientações gerais e planos de ação ou de incentivar iniciativas que fortaleçam o processo de integração.

O Grupo Mercado Comum (GMC), integrado por quatro membros titulares e quatro suplentes por país,<sup>6</sup> é o órgão executivo do Mercosul, encarregado de executar as decisões adotadas pelo CMC. Suas resoluções são obrigatórias para os Estados parte.

A Comissão de Comércio do Mercosul (CCM), também de natureza intergovernamental, está encarregada da aplicação dos instrumentos da política comercial comum acordada, seja intra-Mercosul ou com terceiros países. Suas diretivas são obrigatórias e suas propostas constituem projetos submetidos à consideração do GMC.

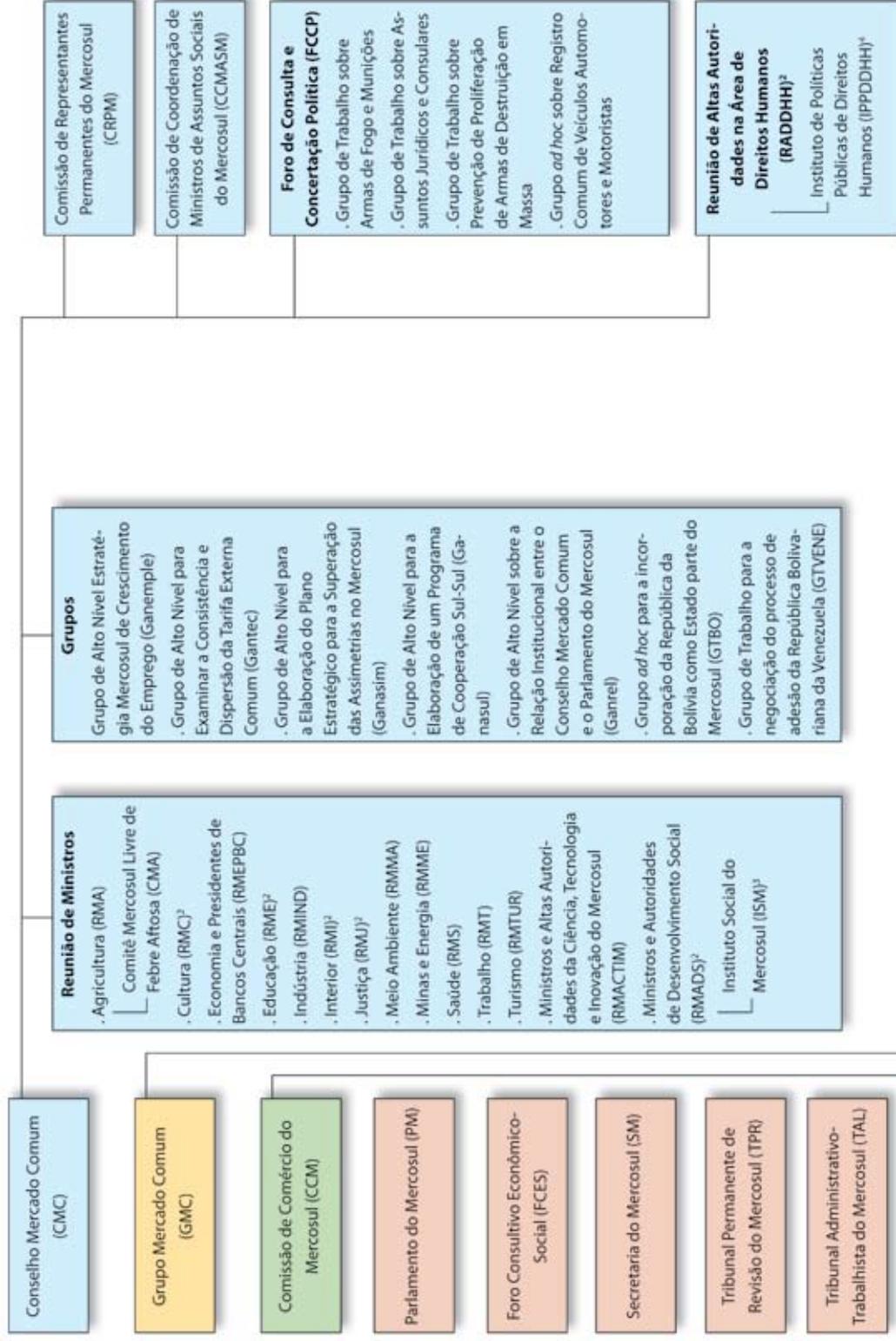
Isso quer dizer que os três órgãos decisórios do Mercosul têm caráter exclusivamente intergovernamental<sup>7</sup> e, por estarem compostos de representações nacionais, não possuem natureza supranacional, nem no seu funcionamento, nem nas suas decisões. Essa estrutura de funcionamento, somada à centralidade do componente comercial da integração, tem efeitos claros nas tomadas de decisões mais abrangentes que envolvem aspectos setoriais.

---

<sup>6</sup> Entre eles, obrigatoriamente, deve haver representantes dos ministérios de Relações Exteriores e da Economia e dos bancos centrais de cada país, podendo ser convocados representantes dos órgãos da administração pública e/ou da própria estrutura institucional do Mercosul.

<sup>7</sup> A estrutura institucional do Mercosul, definida pelo Protocolo de Ouro Preto em 1994, determinou que os órgãos decisórios do bloco fossem integrados, exclusivamente, “pelos setores burocrático-estatais dos governos de cada Estado-Parte, com visível exclusão de representação dos interesses da sociedade” (Camargo, 2009, p. 35).

Diagrama I. Estrutura institucional do Mercosul



Centro Mercosul de  
Promoção do Estado de  
Direito (CMPED)

### Subgrupos de Trabalho

- SGT 1: Comunicações
- SGT 2: Aspectos Institucionais
- SGT 3: Regulamentos Técnicos e Avaliação da Conformidade
- SGT 4: Assuntos Financeiros
- SGT 5: Transportes
- SGT 6: Meio Ambiente
- SGT 7: Indústria
- SGT 8: Agricultura
- SGT 9: Energia
- SGT 10: Assuntos Trabalhistas, Emprego e Seguridade Social
- SGT 11: Saúde
- SGT 12: Investimentos
- SGT 13: Comércio Eletrônico
- SGT 15: Mineração

### Comitês Técnicos

- CT 1: Tarifas, Nomenclatura e Classificação de Mercadorias
- CT 2: Assuntos Aduaneiros
- CT 3: Normas e Disciplinas Comerciais
- CT 4: Políticas Públicas que Distorcem a Competitividade
- CT 5: Defesa da Concorrência
- CT 6: Estatísticas de Comércio Exterior do Mercosul
- CT 7: Defesa do Consumidor
- CDCS: Comitê de Defesa Comercial e Salvaguardas

### Reuniões Especializadas

- . Agricultura Familiar (Reaf)
- . Autoridades Cinematográficas e Audiovisuais do Mercosul (Recam)
- . Autoridades de Aplicação em Matéria de Drogas, Prevenção de seu Uso Indevido e Recuperação de Dependentes (RED)<sup>2</sup>
- . Ciência e Tecnologia (RECYT)
- . Comunicação Social (RECS)
- . Cooperativas (RECM)
- . Defensores Públicos Oficiais do Mercosul (Reopd)<sup>3</sup>
- . Infraestrutura da Integração (Reii)
- . Juventude (REJ)
- . Mulher (REM)<sup>2</sup>
- . Ministérios Públicos do Mercosul (REMPM)<sup>2</sup>
- . Organismos Governamentais de Controle Interno (REOGCI)<sup>2</sup>
- . Promoção Comercial Conjunta (REPCCM)
- . Turismo (RET)
- . Entidades Governamentais para Nacionais Residentes no Exterior (Reeg)<sup>2</sup>
- . Estatísticas do Mercosul (Rees)
- . Redução de Riscos de Desastres Socionaturais, Defesa Civil, Proteção Civil e Assistência Humanitária (Rehu)<sup>2</sup>
- . Análise Institucional do Mercosul (Ranaim)

### Grupos Ad Hoc

- . Especialistas Focem (Gahc–Focem)<sup>1</sup>
- . Código Aduaneiro do Mercosul (Gahcam)
- . Concessões (Gahcon)
- . Consulta e Coordenação para as Negociações OMC e CGPC (GAH OMS–CGPC)
- . Relacionamento Externo (GAHRE)
- . Sanitário e Fitossanitário (Gahsf)
- . Setor Açucareiro (Gahaz)
- . Biotecnologia Agropecuária (Gahba)
- . Comércio de Cigarros no Mercosul (GAHCC)
- . Integração Fronteira (Gahif)
- . Biocombustíveis (Gahb)
- . Política Regional sobre Pneus, Inclusive Reformados e Usados (Gahp)
- . Fundo Mercosul de Apoio a Pequenas e Médias Empresas (GAHPME)
- . Setores de Bens de Capital e de Bens de Informática e Telecomunicações (GAH BK/BIT)
- . Grupo de Trabalho Ad Hoc Domínio Mercosul (GAHDM)

Instituto Mercosul de  
Formação (Imef)<sup>1</sup>

Observatório da Democracia  
do Mercosul (ODM)<sup>1</sup>

Observatório do Mercado  
de Trabalho do Mercosul  
(OIMTM)

Foro Consultivo de  
Municípios, Estados  
Federados, Províncias e  
Departamentos (FCCR)

### Grupos

- . Contratações Públicas (GCPM)
- . Grupo de Integração Produtiva do Mercosul (GIP)
- . Serviços (GS)
- . Assuntos Orçamentários (GAO)

Comissão Sociolaboral do  
Mercosul (CSLM)

### Comitês

- . Comitê Automotivo (CA)
- . Comitê de Cooperação Técnica (CCT)

Reunio Técnica de  
Incorporação da Normativa  
RTIN

### Notas

<sup>1</sup> Coordenado pela CRPM

<sup>2</sup> Coordenada pela FCCP

<sup>3</sup> Coordenado pela RMADS

<sup>4</sup> Coordenado pela RAADDHH

De outro lado, o chamado “déficit de supranacionalidade”,<sup>8</sup> articulado ao caráter exclusivamente intergovernamental da tomada de decisões, conspira contra a efetiva implementação dos acordos alcançados, além de interferir na continuidade e no aprofundamento dos processos de integração extracomercial deflagrados. A contraface desses elementos é a carência de representatividade efetiva da sociedade civil no processo de integração, por causa da não incorporação sistemática de sujeitos políticos organizados aos âmbitos decisórios do Mercosul.

Tudo isso configura um cenário complexo no que diz respeito à negociação de normas e orientações políticas conjuntas para as quais, além da tensão entre o nacional e o setorial, há de se levar em consideração as particularidades do desenho institucional do Mercosul, que perpassam todo o processo.

### 1.3 O Mercosul Laboral e a formação profissional

Embora o componente comercial tenha moldado o desenho institucional do Mercosul, desde a sua criação foi sendo colocada, em sucessivas reuniões realizadas pelas autoridades governamentais, a necessidade de incluir, entre os temas de tratamento prioritário, as questões sociais, principalmente as relações trabalhistas, afetadas diretamente pelo processo de integração em curso. Nesse processo, teve papel importante a Coordenadora de Centrais Sindicais do Cone Sul (CCSCS),<sup>9</sup> criada em 1986, e que desde o início se engajou nas discussões sobre a efetivação dos direitos fundamen-

<sup>8</sup> Segundo Maria Carmen Ferreira, “quando vários países se reúnem com o objetivo de formar um mercado regional que transcende os vínculos meramente comerciais e econômicos, chega um momento em que se torna necessário que os países cedam parte da sua soberania para instituições comunitárias supranacionais, que representem um interesse regional comum a todos eles sem perder de vista suas próprias características” (2003, p. 140; nossa tradução). A autora indica, nesse sentido, a carência de “supranacionalidade” como uma das limitações mais claras do Mercosul para aprofundar o processo de integração em curso. Segundo a autora, isso determina “que não se visualize, em nível dos âmbitos da negociação, a existência de um projeto comum consolidado, dado que em definitivo as decisões são mais o resultado das conjunturas nacionais que da vontade de se aproximar dos objetivos colocados pela integração” (Ferreira, 2003, p. 140; nossa tradução).

<sup>9</sup> A Coordenadora de Centrais Sindicais do Cone Sul (CCSCS) é um organismo de coordenação e articulação das centrais sindicais de Argentina, Brasil, Chile, Paraguai e Uruguai.

tais para os trabalhadores do bloco, assim como na definição de premissas para a sua livre circulação (Camargo, 2009).

Dessa forma, já em dezembro de 1991 foi criado um subgrupo de trabalho (SGT),<sup>10</sup> o de número 11, encarregado de tratar das questões referentes às relações trabalhistas, emprego e seguridade social. Esse subgrupo, seguindo o modelo de funcionamento tripartite da OIT, contou com a participação paritária de empregadores, trabalhadores e governo, e funcionou até 1994, quando, com a assinatura do Protocolo de Ouro Preto, foi criado o Foro Consultivo Econômico Social.<sup>11</sup>

Em 1995, o antigo SGT 11 foi reativado, renomeado então como SGT 10, para dar continuidade às atividades realizadas na análise da dimensão social do processo de integração regional, em suas diversas perspectivas institucionais. Como ponto alto do trabalho desse subgrupo, cabe destacar a elaboração e a assinatura, em 1998, da “Declaração Sociolaboral do Mercosul”.

A “Declaração Sociolaboral do Mercosul”,<sup>12</sup> considerada instrumento básico para a harmonização de políticas públicas de trabalho e renda, baseia-se na articulação de regulamentações jurídicas nacionais com vistas à construção de normas supranacionais (sobretudo a partir da ratificação e do cumprimento efetivo dos convênios da OIT). De fato, a pretendida harmonização de políticas implicou, nesse primeiro estágio, o acordo sobre

<sup>10</sup> Os subgrupos de trabalho são estruturas dependentes do órgão máximo do Mercosul, o Grupo Mercado Comum, e sua finalidade é a análise e o tratamento das questões relativas à temática específica a eles.

<sup>11</sup> Esse foro visava substituir, parcialmente, as atribuições do Subgrupo 11 de: “acompanhar, analisar e avaliar o impacto social e econômico derivado das políticas destinadas ao processo de integração” (Barbiero e Chaloult, 1999, p. 16). Conformado por representações dos diversos setores da sociedade civil, tem, como indica seu nome, mero caráter consultivo, e o escopo da sua atuação é bem mais amplo que o dos subgrupos de trabalho.

<sup>12</sup> A “Declaração Sociolaboral do Mercosul”, assinada no Rio de Janeiro em 10 de dezembro de 1998 pelos presidentes dos países membros, adota os seguintes princípios e direitos na área do trabalho: a) direitos individuais: não discriminação, promoção da igualdade, trabalhadores migrantes e fronteiriços, eliminação do trabalho forçado, infantil e de menores, e direitos dos empregadores; b) direitos coletivos: liberdade de associação, liberdade sindical, negociação coletiva, greve, promoção e desenvolvimento de procedimentos preventivos e de autocomposição de conflitos; c) outros temas: diálogo social, fomento do emprego, proteção aos desempregados, formação profissional e desenvolvimento dos recursos humanos, saúde e seguridade no trabalho, inspeção do trabalho e seguridade social. Termina com um capítulo sobre aplicação e seguimento, criando uma Comissão Sociolaboral Regional. Por sua vez, dispõe sobre a revisão da declaração após dois anos da sua assinatura.

a vigência de uma série de direitos básicos com base em sua enunciação genérica, mas respeitando a regulamentação vigente em cada país.

A declaração previa a criação de uma Comissão Sociolaboral do Mercosul, de composição tripartite e com instâncias nacionais e regionais, cujo objetivo era servir como órgão de promoção e seguimento das normas fixadas pela declaração. Para isso, os ministérios do Trabalho de cada país, em consulta com as organizações mais representativas de empregadores e trabalhadores, deveriam elaborar memórias anuais sobre temas prefixados pela comissão, para serem examinadas, inicialmente, pelas suas instâncias nacionais e, posteriormente, pela sua instância regional. Do exame dessas memórias, das considerações dos setores sociais e do relatório nacional, surgiria um relatório regional avaliativo do estado de aplicação da norma referida, que seria levado para o Grupo Mercado Comum, órgão executivo máximo do Mercosul, com propostas de recomendações para os Estados parte, visando à elaboração de planos e programas de ação regional para o futuro.

Já em 2001, no primeiro ano de funcionamento do mencionado mecanismo, foi elaborada a memória correspondente à questão da formação profissional. Como resultado, a comissão preparou uma proposta de resolução, submetida à apreciação do GMC, que a transformou em resolução própria (resolução GMC – Grupo Mercado Comum nº 59/01, de 5 de dezembro de 2001), contendo os seguintes encaminhamentos:

1. Recomendar aos Estados parte o desenvolvimento de ações tendentes a construir uma visão integral e sistêmica da formação profissional, com participação das organizações mais representativas de trabalhadores e empregadores.
2. Esses sistemas ou redes nacionais deveriam incluir:
  - A articulação das ações públicas e privadas da formação profissional com os programas e serviços de emprego, orientação laboral e proteção aos desempregados,
  - A construção de sinergias entre as instâncias governamentais com as organizações de trabalhadores e empregadores e com os diversos atores da capacitação,

- A capacidade de resposta aos requerimentos da produção e do trabalho e da melhoria da qualidade de vida das pessoas.
3. Integrar a formação profissional às políticas ativas de emprego, a fim de facilitar às pessoas o acesso a um trabalho decente, seja em relação de dependência ou por conta própria, através de uma iniciativa empresarial formal.
  4. Articular a formação profissional com o sistema educacional para possibilitar a atualização e o reconhecimento das qualificações e conhecimentos, com independência de sua forma de aquisição.
  5. Garantir que as políticas, programas e ações que se implementem através do sistema ou rede a criar-se contem com uma avaliação do seu impacto para otimizar seus resultados.
  6. Prever os mecanismos adequados para obter informação sobre oferta e demanda de qualificações que permita melhorar a pertinência das políticas de formação profissional. (Ferreira, 2003, p. 377)

O fato de a formação profissional ter sido indicada como um dos primeiros pontos a serem avaliados pela Comissão Sociolaboral indica a importância outorgada ao tema e sua pertinência como questão-chave no processo de integração, embora ainda possa ser considerada um elemento marginal do mesmo. Marginal porque, como parte das questões relativas às relações trabalhistas, adquire uma relevância restrita dentro do conjunto dos temas em negociação. Porém, precisamente no contexto dessas relações, constitui um dos poucos temas sobre o qual se elaboraram instrumentos específicos de orientação de políticas nacionais visando à integração regional.<sup>13</sup>

<sup>13</sup> Referimo-nos ao “Repertório de recomendações práticas sobre formação profissional” (recomendação nº 1/03 – CMC). Segundo Ferreira, embora o repertório não se tenha constituído em norma obrigatória para os Estados parte, ele indica “pautas de ação dirigidas às autoridades, operadores jurídicos e atores sociais, para que eles, no âmbito da sua atividade, as concretizem em disposições com força vinculante, em políticas e em programas” (2003, p. 97). As diretrizes definidas no documento incluem os seguintes elementos: a) formação profissional como instrumento das políticas ativas de emprego; b) formação profissional participativa; c) formação profissional articulada com o sistema educativo; d) formação profissional flexível, polivalente e de qualidade; e) formação profissional descentralizada por território e por setores econômicos; f) formação profissional igualitária e com equidade; e g) formação profissional como fator de integração e desenvolvimento regional.

Apesar de a área laboral ter sido um dos primeiros âmbitos do Mercosul a incorporar representantes não governamentais no seu funcionamento (representação tripartite e paritária), seu peso relativo na órbita das decisões não se viu alterado por isso, ocupando portanto um espaço quase marginal nas preocupações dos órgãos máximos que governam o processo de integração.

Uma simples análise quantitativa demonstra esse fato: das 1.330 recomendações emanadas do GMC desde 1991 até dezembro de 2008, só 14 (aproximadamente 1%) correspondiam a assuntos relativos a relações laborais, emprego e seguridade social, área de atuação do SGT 10 do Mercosul. Se afunilarmos ainda mais o escopo da nossa busca para temas relativos à formação profissional, encontraremos apenas uma resolução adotada.<sup>14</sup> Se tomarmos como referência as decisões do CMC, o panorama não é muito diferente: das 585 decisões adotadas no mesmo período, só 8 estavam relacionadas às relações de trabalho e nenhuma, especificamente, à formação profissional.

Isso demonstra o caráter marginal e, até agora, pouco efetivo da implantação da chamada “dimensão sociolaboral” no Mercosul no que diz respeito, especificamente, à harmonização de normas e à implementação de políticas regionais no âmbito laboral, confirmando o fato de que as relações de trabalho continuam confinadas ao espaço nacional.

#### **1.4 O Mercosul Educacional e a educação técnica e tecnológica**

O chamado Mercosul Educacional<sup>15</sup> começou a funcionar já em dezembro de 1991, quando o CMC adotou a resolução GMC nº 7/91, que estabeleceu a Reunião de Ministros da Educação dos Países Membros (RME) como órgão encarregado da coordenação das políticas educacionais da região. Na primeira reunião interministerial, foi assinado um Protocolo de Intenções, conhecido como “Protocolo de Brasília” (Mercado Comum do Sul, 1991b), que definiu os passos iniciais do Mercosul Educacional.

---

<sup>14</sup> Trata-se da resolução nº 59/01, antecessora direta do “Repertório de recomendações práticas sobre formação profissional”.

<sup>15</sup> Chama-se Mercosul Educacional o âmbito de negociação e gestão intergovernamental que, no contexto do Mercosul, trata das questões relativas à educação e, principalmente, dos sistemas educacionais.

Partindo da consideração de que “a educação tem um papel fundamental para que esta integração se consolide e se desenvolva”, o protocolo considerava imprescindível o desenvolvimento de programas educacionais conjuntos nas seguintes áreas: a) formação de consciência social favorável ao processo de integração;<sup>16</sup> b) capacitação dos recursos humanos que contribuam para o desenvolvimento econômico;<sup>17</sup> e c) integração dos sistemas educacionais.<sup>18</sup>

Para desenvolver as ações e estratégias traçadas no Protocolo de Intenções foi elaborado, no âmbito das RME, um Plano Trienal para o Setor Educativo do Mercosul (1992-1994), aprovado por decisão do CMC nº 7/92. Esse plano foi sucessivamente prorrogado até junho 1998, quando da aprovação de um novo Plano Trienal (1998-2000), baseado em novo compromisso, assinado pelos ministros, para atender às metas e às ações estratégicas definidas no documento *Mercosul 2000*, plano estratégico geral

---

<sup>16</sup> Para o desenvolvimento desse tópico, deveriam incluir-se, prioritariamente, programas e ações destinados: à incorporação de conteúdos vinculados ao Mercosul nos currículos de todos os níveis de ensino; à formação e ao aperfeiçoamento de docentes, de modo a viabilizar a melhoria dos sistemas educacionais nacionais; ao fomento e à circulação de bens culturais e à sua produção conjunta; e à promoção de programas de difusão que possibilitem a compreensão dos benefícios sociais, econômicos e culturais da integração (Mercado Comum do Sul, 1991b).

<sup>17</sup> Para o desenvolvimento desse tópico, deveriam incluir-se, prioritariamente, programas e ações destinados: à reformulação dos currículos em todos os níveis, com a introdução de temas referentes a trabalho, emprego, produção e inovação científico-tecnológica; à promoção e à coordenação de ações de formação profissional e técnica, em instituições governamentais e não governamentais, que respondam às necessidades do mercado; à flexibilização dos currículos escolares de modo a permitir respostas rápidas e eficientes às demandas dos setores socioeconômicos; ao estímulo para que as instituições educacionais se voltem para as questões referentes ao trabalho e à produção na região, à pesquisa e à formação de recursos humanos que requer o Mercosul; ao estímulo para que as universidades se constituam em centros de reflexão e análise dos problemas emergentes da integração regional; e à criação de centros de altos estudos do Mercosul para a investigação permanente dos aspectos necessários ao processo de integração e cooperação (Mercado Comum do Sul, 1991b).

<sup>18</sup> Para o desenvolvimento desse tópico, deveriam incluir-se, prioritariamente, programas e ações destinados: à criação de um conjunto de medidas no sentido de se superarem as barreiras jurídicas e administrativas que permita a mobilidade e intercâmbio de pessoas e bens nas áreas científicas, técnicas e culturais; à implantação de um sistema de informações que possibilite o conhecimento dos dados educacionais relevantes dos países membros, assim como o acesso ao conhecimento disponível sobre o mercado de trabalho e setores de atividade; à criação de uma rede institucional de cooperação técnica, preferencialmente nas áreas de educação pré-escolar, fundamental, média, especial e de jovens e adultos; à definição de perfis mínimos de formação profissional e técnica, de modo a possibilitar a equivalência de estudos e títulos, facilitando o exercício profissional nos países membros; e à compatibilização dos perfis para a formação de recursos humanos de nível superior, especialmente dos conteúdos das disciplinas fundamentais nas áreas e interesses do Mercosul, possibilitando o estabelecimento de mecanismos que facilitem a circulação de alunos, docentes e profissionais na região (Mercado Comum do Sul, 1991b).

do processo de integração. As áreas destacadas para a atuação conjunta dos ministérios naquele documento foram as seguintes: renovação educacional, avaliação educacional, educação e trabalho, cooperação universitária e sistema de informação (Mercado Comum do Sul, 1998).

Nesse documento, também foi redefinida a missão específica do Setor Educacional do Mercosul (SEM) como a de:

Contribuir para os objetivos do Mercosul, estimulando a formação da consciência cidadã para a integração e promovendo educação de qualidade para todos, num processo de desenvolvimento com justiça social e consequente com a singularidade cultural de seus povos. (Mercado Comum do Sul, 1998, p. 2)

As ações desenhadas nesse período constituíram a base para a elaboração do Plano Estratégico 2001-2005, que, aprofundando os objetivos definidos desde o início para o SEM, focalizava quatro áreas de atuação prioritárias: educação básica, educação tecnológica, educação superior e fortalecimento de um sistema de informações e comunicações para subsidiar todo o processo.

Da avaliação das ações efetivamente desenvolvidas no período 2001-2005 e da consideração das modificações produzidas no contexto da integração, surgiu o Plano Estratégico 2006-2010 do Setor Educacional do Mercosul, que volta a redesenhar as metas e estratégias do SEM para o período. Assim, estabelece, como missão atual do SEM:

Conformar um espaço educacional comum, através da concertação de políticas que articulem a educação com o processo de integração do Mercosul, estimulando a mobilidade, o intercâmbio e a formação de uma identidade e de uma cidadania regional, com o objetivo de alcançar uma educação de qualidade para todos, com especial atenção para os setores mais vulneráveis, em um processo de desenvolvimento com justiça social e respeito da diversidade cultural dos povos da região. (Mercado Comum do Sul, 2006, p. 8; nossa tradução)

Essa missão deverá ser alcançada mediante a consecução de cinco objetivos estratégicos, a saber:

1. contribuir para a integração regional, acordando e executando políticas educacionais que promovam a cidadania regional e uma cultura da paz e de respeito à democracia, aos direitos humanos e ao meio ambiente;
2. promover a educação de qualidade para todos como fator de inclusão social e de desenvolvimento humano e produtivo;
3. promover a cooperação solidária e o intercâmbio para o melhoramento dos sistemas educativos;
4. impulsionar e fortalecer programas de mobilidade de estudantes, estagiários, docentes, pesquisadores, gestores, cargos diretivos e profissionais;
5. pactuar políticas que articulem a educação com o processo de integração do Mercosul.

Cada um desses objetivos é acompanhado de diretrizes e resultados esperados que determinam as estratégias de atuação do Setor Educacional do Mercosul para os próximos anos. Deve-se destacar, ainda, que o documento traz uma avaliação crítica do funcionamento do próprio setor, sobretudo no que diz respeito à gradatividade das ações anteriores e da articulação do SEM com as estruturas nacionais dos respectivos ministérios, propondo uma redefinição importante para ambos os temas – considerados por alguns especialistas como sérios entraves para o sucesso da integração setorial.

Uma análise preliminar da listagem dos projetos e programas em andamento desde o início do Mercosul Educacional revela duas áreas críticas, que, por diferentes razões, têm concitado o esforço e a atenção dos negociadores ministeriais e de outros atores envolvidos: a educação profissional/técnica/tecnológica e a educação superior.

A problemática em discussão nessas duas áreas está diretamente vinculada à possibilidade da livre circulação de trabalhadores entre os países integrantes do bloco, ainda que em níveis bem diferenciados. No que se refere à educação superior, os esforços têm se concentrado na criação de mecanismos de reconhecimento dos títulos e diplomas concedidos pelas instituições nacionais, apoiando-se e reforçando os órgãos de credenciamento e de avaliação do ensino superior existentes em cada um dos países, a fim de facilitar a livre circulação de profissionais em áreas consideradas prioritárias ou estratégicas. Apesar dos avanços, esse processo tem se revelado lento, pela complexidade dos interesses envolvidos (nacionais, profissionais/corporativos e institucionais), assim como pelas limitações reais de um processo de integração que constitui uma iniciativa essencialmente comercial e intergovernamental na qual a participação dos diferentes grupos e atores sociais, apesar de legalmente reconhecida em alguns âmbitos, não está integrada, de fato, ao processo decisório que traça os caminhos do bloco.

No que diz respeito à educação profissional/técnica/tecnológica, as negociações têm reproduzido, nas instâncias supranacionais, a mesma dualidade com que o tema é tratado nos âmbitos nacionais. Dois são os espaços, paralelos e concomitantes, para o tratamento das medidas atinentes à integração desse setor: de um lado, a Comissão Regional Coordenadora da Educação Tecnológica (CRC-ET), pertencente à estrutura do SEM, cujos programas vêm sendo orientados para a harmonização de perfis profissionais em algumas áreas estratégicas; de outro lado, e como já foi mencionado, o SGT 10, sobre “Relações laborais, emprego e seguridade social”, órgão consultivo do CMC, de composição tripartite – empregadores, trabalhadores e governos –, que produziu o “Repertório de recomendações práticas de formação profissional” e avança na elaboração de mecanismos regionais de certificação de competências profissionais por setor da produção, numa tentativa de acelerar e suprir os tempos institucionais que “atrapalham” a lógica da competitividade e o desenvolvimento.

As contradições, entraves e conflitos que atravessam essas duas áreas estratégicas para a integração educacional no Mercosul evidenciam a com-

plexa trama de interesses envolvidos nesse processo, que coloca em tensão concepções de educação diferenciadas e diferenciadoras, de acordo com os projetos de nação e de integração dos atores (nacionais/setoriais) subjacentes a esses mesmos atores. Tudo isso em um contexto no qual se constata que o eixo da integração ainda é fundamentalmente comercial, o que introduz um estado permanente de instabilidade, produto dos atritos constantes entre os interesses comerciais nacionais concorrentes dos países que conformam o bloco.

Essas características, em um plano mais geral, podem nos levar à constatação de que o Mercosul ainda constitui uma somatória de países, sem que haja uma consciência comunitária de bloco. Esse elemento, somado ao fato de se tratar de uma iniciativa eminentemente intergovernamental, estaria na base do chamado “déficit de supranacionalidade” do Mercosul, mencionado por alguns autores como um dos principais “pontos fracos” do processo de integração (Ferreira, 2003). Nesse contexto, a pergunta sobre como essas características incidem e condicionam o processo de integração educacional é não apenas pertinente, mas também necessária para avaliar as consequências e as potencialidades desse processo para o desenvolvimento e a democratização da educação em nossos países.

As vicissitudes da constituição do Mercosul Educacional, brevemente descritas até aqui, mostram a complexidade de um processo que se debate entre o fortalecimento das políticas nacionais de educação dos países membros do bloco e a consolidação de uma estratégia regional que as apoie e que potencialize seus resultados.

## **1.5 O Mercosul Saúde e a educação profissional em saúde**

A conformação de um subgrupo de trabalho sobre questões relativas à saúde, por sua vez, foi tardia, quando considerada em relação com os subgrupos anteriores. De fato, o SGT 11, sobre a saúde, foi criado em 1996, pela resolução GMC nº 151/96, tendo atualmente, como tarefa geral:

[...] harmonizar legislações e diretrizes, promover a cooperação técnica e coordenar ações entre os Estados parte referentes à atenção à saúde, bens, serviços, matérias-primas e produtos para a saúde, exercício profissional, vigilância epidemiológica e controle sanitário com a finalidade de promover e proteger a saúde e a vida das pessoas e eliminar os obstáculos injustificáveis ao comércio regional e à atenção integral e de qualidade, contribuindo dessa maneira ao processo de integração. (Resolução GMC nº 13/2007)

Desde seu início, o SGT 11 ficou composto por três comissões de trabalho: a) Comissão de Produtos para a Saúde; b) Comissão de Vigilância em Saúde; e c) Comissão de Serviços de Atenção à Saúde. Nesse contexto, a questão da educação profissional em saúde ficou confinada à Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional – uma das três subcomissões no âmbito da Comissão de Serviços de Atenção à Saúde –, cujos objetivos foram definidos, por resolução GMC nº 13/2007,<sup>19</sup> da seguinte forma:

- identificar e especificar, em razão das necessidades e das políticas de saúde dos Estados parte, quais profissões e áreas de atuação serão priorizadas;
- definir critérios de avaliação e certificação de profissionais e especialistas, de acordo com essas prioridades;
- desenvolver o processo de compatibilização das especialidades das profissões de nível superior;
- definir e acompanhar o processo de implementação da “Matriz Mínima para o Exercício Profissional”;<sup>20</sup>
- identificar as necessidades de conhecimento sobre desenvolvimento e exercício profissional dos Estados parte, visando elaborar insumos para avançar no processo de harmonização normativa.

<sup>19</sup> Essa resolução determina a pauta negociadora do SGT 11 para os próximos anos, revogando a pauta anterior e atualizando os principais temas e objetivos de trabalho do subgrupo.

<sup>20</sup> A “Matriz Mínima para o Exercício Profissional”, aprovada pela resolução GMC nº 27/2004, trata do registro de profissionais de saúde de nível superior do Mercosul que exercem ou pretendem exercer sua profissão no exterior ou em áreas de fronteira. Constitui uma matriz de dados sobre o profissional de saúde, incluindo aspectos sobre sua formação e conduta ética e disciplinar.

Nesse contexto e com a ênfase voltada para compatibilizar as profissões em saúde de nível superior, muito pouco se tem tratado, especificamente, sobre a formação de técnicos, os quais, entretanto, representam importante parcela dos trabalhadores em saúde na região. Somente em 2008 foi incorporado às atividades previstas para a subcomissão o desenvolvimento da compatibilização de algumas profissões, como a enfermagem, incluindo-se nesse processo a consideração do nível técnico de formação, sinalizando, assim, uma primeira aproximação à problemática da livre circulação desses profissionais.<sup>21</sup>

Essa “lacuna”, porém, reflete as próprias contradições do processo de negociação, subordinado aos imperativos da integração econômica. Nesse sentido, “é significativo constatar que das resoluções aprovadas pelo GMC do Mercosul referentes à saúde, poucas dizem respeito diretamente à gestão do trabalho e à educação em saúde” (Machado, Paula e Aguiar Filho, 2007).<sup>22</sup>

Entretanto, os desafios que coloca o processo de integração ao setor saúde não são menores. Segundo Machado, Paula e Aguiar Filho, devem ser considerados no debate, entre outros:

As diferenças culturais e especificidades regionais; a falta de dados na área de recursos humanos que orientem a tomada de decisões; o desequilíbrio quantitativo de profissionais de saúde nos Estados parte; as diferentes estruturas de organização dos profissionais; a desigual estrutura de fiscalização do exercício profissional; as dificuldades na definição de políticas no setor saúde para as áreas de fronteiras; a inadequação de programas de educação permanente

---

<sup>21</sup> Essa inclusão responde às prioridades e tarefas definidas como componentes da pauta negociadora do SGT 11, de acordo com a resolução GMC nº 13/2007.

<sup>22</sup> Entre elas, encontram-se: resolução GMC nº 29/1996, sobre boas técnicas em investigação clínica; resolução GMC nº 21/2000, que estabelece um glossário comum aos serviços de saúde no Mercosul; resolução GMC nº 73/2000, que trata do reconhecimento mútuo da Lista de Especialidades Médicas Comuns no Mercosul; resolução GMC nº 58/2001, que estabelece os princípios éticos médicos comuns ao Mercosul; e a resolução GMC nº 27/2004, que aprova a Matriz Mínima de Exercício Profissional (Machado, Paula e Aguiar Filho, 2007). Um levantamento completo das resoluções do GMC relativas à saúde até o ano de 2002 encontra-se no relatório final do Seminário Internacional sobre Mercado de Trabalho: Formação e Regulação no Âmbito do Mercosul (Brasil, Ministério da Saúde, 2003b).

voltados para os profissionais de saúde no âmbito do Mercosul; a criação indiscriminada de faculdades e escolas *off-shore*. (Machado, Paula e Aguiar Filho, 2007, p. 298)

Muitos desses elementos não são específicos do setor saúde. Porém, em se tratando da garantia de um direito fundamental das populações dos países envolvidos, adquirem relevância maior. Se o que fica constatado é que poucos avanços têm se verificado até agora, isso nos remete à pertinência de examinar os próprios fundamentos do processo de integração.

## 1.6 Repensando a integração regional

Para além da complexidade que introduz o próprio funcionamento das diversas instâncias do Mercosul, seus próprios objetivos políticos e sociais podem ser também questionados. Os objetivos políticos e sociais da integração deveriam constituir, na realidade, o ponto de partida para a análise de todo o processo. Dessa forma, a consideração dos modelos ou enfoques de integração, assim como seus entraves e possibilidades, não podem ser separados da consideração do fundamento político que o sustenta, ou seja, do para quê da integração, dos seus fins. Segundo Gadotti:

Existem várias formas de integração, mas duas podem ser particularmente caracterizadas: uma elimina apenas as fronteiras econômicas para tornar mais lucrativa a exploração do trabalho, a outra caracteriza-se como processo de libertação e desenvolvimento com justiça para todos. (2007, p. 4)

Nesse sentido, indagar sobre os pressupostos e/ou determinantes ideológicos e epistemológicos do processo de integração como um todo é altamente relevante. Afinal, como ressalta Katz (2006 e 2007), o caráter assumido pela unidade regional depende do programa, das prioridades e

dos sujeitos envolvidos na iniciativa, dado que a integração não oferece, por si mesma, nenhum remédio para as tragédias sociais: tudo depende do modelo e dos interesses sociais que predominem nos convênios. O próprio autor contrapõe o Mercosul, caracterizado como projeto de integração que promove a “subordinação das reivindicações populares à improvável construção de um capitalismo regional integrado” (Katz, 2006, p. 123), a outras iniciativas de unidade latino-americana, como a Alternativa Bolivariana para as Américas (Alba), que caracterizaria uma alternativa popular ao modelo de integração empresarial. O surgimento recente da União de Nações Sul-Americanas (Unasul), como estratégia de integração política de um conjunto mais amplo de países, poderia ser considerado uma alternativa no mesmo sentido.

Nesse aspecto, o cotejo entre os documentos oficiais, as estratégias propostas e as atividades efetivamente realizadas se revela um instrumento indispensável para aferir a orientação concreta e os pontos de conflito que travam a integração setorial, desenhando uma direção política específica.

Entretanto, sejam quais forem esses caminhos, o conhecimento mútuo entre os parceiros do bloco no que diz respeito, nesse caso, às políticas de educação profissional em saúde pode contribuir tanto para o desenho de atividades de cooperação horizontais e democráticas quanto para o enriquecimento da reflexão sobre a própria situação de cada um dos países que compõem o bloco.

## 1.7 Os aportes da comparação

Como parte das atividades da pesquisa desenvolvida, realizou-se na cidade do Rio de Janeiro, de 24 a 26 de novembro de 2008, o Seminário Internacional Formação de Trabalhadores Técnicos de Saúde no Brasil e no Mercosul.<sup>23</sup> O seminário reuniu pela primeira vez diversos setores

---

<sup>23</sup> A cobertura completa do seminário, incluindo todas as apresentações, a versão final do Documento de Manguinhos e o registro em vídeo de todas as sessões, encontra-se disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Destaque&Num=63>. O registro impresso das principais contribuições foi compilado no livro *A silhueta do invisível: a formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul*, organizado por Marcela Pronko e Anamaria Corbo (2009).

envolvidos com essa temática específica: desde representantes de organizações associativas de trabalhadores técnicos da saúde até dirigentes nacionais responsáveis pela definição e implementação das políticas de formação para o setor, passando por pesquisadores, acadêmicos e negociadores nacionais do Mercosul Saúde. Ao final de três dias de intenso trabalho, discutiu-se em plenária e foi aprovado um documento síntese do encontro denominado *Documento de Manguinhos sobre a formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e no Mercosul*. Esse documento revela constatações importantes sobre o tema e desenha caminhos necessários para a superação dos problemas detectados. Entre as constatações, o documento destaca:

Embora os trabalhadores técnicos em saúde representem a porção mais significativa do pessoal envolvido nos serviços de saúde, não há uma definição unívoca na região do significado das expressões “trabalhadores técnicos em saúde” e “profissionais técnicos em saúde”, dado que o caráter de “técnico” e de “profissional”, embora contenha certa especificidade, está ligado tanto ao desenvolvimento histórico dos sistemas educacionais nacionais quanto ao caráter particular que assume, em cada caso, o trabalho em saúde. Nesse sentido, constata-se, entre os países membros do Mercosul, enorme diversidade no que diz respeito à formação, certificação, regulação e regulamentação do exercício profissional desses trabalhadores. Da mesma forma, percebe-se um desconhecimento sobre quem são, o que fazem e onde estão esses trabalhadores, afirmando a invisibilidade da categoria. Tal desconhecimento reflete-se na ausência deste tema na pauta de discussões do Mercosul Saúde.

Em diferentes graus, a formação dos trabalhadores técnicos em saúde nos países do Mercosul encontra-se ainda determinada por imperativos de mercado (seja na oferta institucional de formação, seja na definição curricular das especializações) que contribuem para aprofundar, de forma específica em cada caso, o quadro das desigualdades sociais internas, em cada um dos países e no bloco regional como um todo. No que diz respeito à qualidade da formação oferecida a esses trabalhadores, constata-se um alto grau de instrumentalidade e fragmentação, chegando, em alguns casos, à hiperespecialização, características essas que comprometem uma

apropriação integral não só das técnicas necessárias ao trabalho em saúde, apresentadas de forma descolada de seus fundamentos científicos e sociais, como também, e principalmente, o desenvolvimento de um olhar crítico e reflexivo sobre o seu fazer social, sua inserção nos sistemas públicos de saúde e os determinantes sociais da sua atuação profissional, condição para a própria construção dos sistemas públicos universais de saúde que nossos países almejam (Documento de Manguinhos, 2009, p. 256)

Essas constatações, analisadas à luz dos próprios resultados da pesquisa desenvolvida, nos permitem identificar alguns problemas que surgem da comparação nacional entre os países do bloco.

Um dos principais elementos que incide na dificuldade de construir uma definição regional para a expressão “trabalhadores técnicos em saúde” é a diferença histórica que existe entre os países envolvidos no que diz respeito ao nível educativo onde tal formação se realiza. No Brasil, a formação técnica em saúde encontra-se vinculada ao nível médio de escolaridade, ao passo que, nos demais países que compõem o bloco, essa formação se realiza, predominantemente, no nível superior de educação, seja em instituições universitárias, seja em institutos terciários não universitários.<sup>24</sup> Essa primeira distinção, que talvez pareça incontornável na hora de pensar políticas de harmonização de certificações para a livre circulação dos profissionais do setor, pode, entretanto, ser relativizada ao se proceder a uma análise mais detalhada. De um lado, como resultado da reforma educativa desenvolvida no Brasil durante a década de 1990, cuja principal expressão legal foi a lei nº 9324/1996 – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) –, o ensino técnico foi separado

---

<sup>24</sup> A expressão “educação terciária”, embora utilizada há tempos nos países sob estudo para representar o nível de educação subsequente ao secundário ou médio, representa, na atualidade, uma “ampliação” do conceito de “educação superior” pela diversificação institucional que sustenta, incluindo institutos pedagógicos e institutos de formação técnica, os quais, à diferença das universidades, têm caráter especializado e concentram suas atividades na docência. Na Argentina e no Paraguai, a formação de trabalhadores técnicos em saúde se realiza prioritariamente nesse tipo de instituições, denominadas, respectivamente, institutos terciários não universitários e institutos técnicos superiores. Para uma análise mais aprofundada sobre a nova configuração da educação terciária na contemporaneidade, ver Neves e Pronko, 2008, especialmente o capítulo 2. Para uma referência específica à configuração da formação dos trabalhadores técnicos nesses países, ver Pronko e Corbo, 2009 e o capítulo 3 deste livro.

do ensino médio, podendo ser realizado, atualmente, em três modalidades que estabelecem formas diferenciadas de relação entre ambos: integrada, concomitante e subsequente.<sup>25</sup> Nossa pesquisa demonstrou que mais de 90% das instituições que oferecem habilitações técnicas em saúde no Brasil o fazem nos formatos concomitante e, principalmente, subsequente. Na prática, isso significa dizer que o curso técnico em saúde no Brasil adquire a forma de um curso pós-médio (terciário) na maior parte dos casos, o que o aproximaria da formação oferecida nos diferentes países do bloco.

De outro lado, quando comparamos a carga horária das diversas habilitações técnicas oferecidas nos países do bloco, independentemente do nível de escolaridade ao qual se associam, verificamos que a diversidade é imensa: enquanto no Brasil a carga horária mínima para a formação de um técnico em saúde é de 1.200 horas, sem levar em consideração o estágio obrigatório, nos outros países essa carga horária varia, dependendo do país e da habilitação, de 1.000 até 3.800 horas, incluindo o estágio. Isso nos leva à constatação de que qualquer processo de harmonização de certificações deverá partir da análise específica de cada habilitação técnica, incluindo a consideração não só dos requisitos educacionais formais, mas também, e principalmente, dos desenhos curriculares e das características do próprio processo de trabalho no qual a atividade dos técnicos se desenvolve, com graus de subordinação variável ao profissional de certificação superior.

Nesse sentido, deve-se levar em consideração que a inserção dos trabalhadores técnicos em saúde no processo de trabalho específico se realiza em cada país de forma diferenciada no âmbito de cada especialidade, de acordo com a configuração histórica particular que assume o papel desempenhado pelas corporações profissionais e a função reguladora exercida, ou não, sobre as mesmas por parte do Estado. Sobre essa questão, também se verifica grande variação de situações entre os países, que têm modelos de regulação e de regulamentação do exercício profissional dos mais varia-

---

<sup>25</sup> A forma integrada supõe a realização do nível médio na mesma instituição e com a mesma matrícula que a habilitação técnica correspondente. A forma concomitante implica a realização do nível médio e da habilitação técnica ao mesmo tempo em instituições diferentes ou na mesma instituição, existindo uma matrícula diferente para cada curso. Por fim, a forma subsequente implica a realização da habilitação técnica uma vez concluído o ensino médio. Para uma análise mais aprofundada dessa estrutura e das reformas educacionais recentes no Brasil ver Neves e Pronko, 2008, especialmente o capítulo 1.

dos, com incidência direta tanto sobre a formação e a certificação quanto sobre a definição de formas de atuação e graus de subordinação no processo de trabalho.

Outro elemento que incide na própria definição da função técnica do profissional da saúde está relacionado à tensão existente, e não necessariamente resolvida no âmbito nacional, entre as políticas de educação – que certificam os profissionais – e as políticas de saúde – que pautam sua atividade e suas possibilidades de inserção por meio de mecanismos de regulação do trabalho e pela maior ou menor amplitude de sua intervenção social, traduzida em modelos mais ou menos integrais e universais de atenção. Dois exemplos podem ilustrar essa questão. No Brasil, sobretudo em algumas funções técnicas do trabalho em saúde, a formação sofreu nos últimos anos, alentada pelas políticas educacionais contemporâneas, certo deslocamento, passando do nível técnico médio de formação para o nível tecnológico superior, graças à multiplicação de cursos eminentemente privados de formação de tecnólogos (correspondentes às chamadas “graduações curtas”). Ainda que, do ponto de vista da certificação escolar, as instituições que oferecem esses cursos contem com o reconhecimento do Ministério da Educação, do ponto de vista da inserção profissional, nem sempre o Ministério da Saúde e as corporações profissionais respectivas são favoráveis ao reconhecimento da habilitação profissional desses trabalhadores.<sup>26</sup> Já no Uruguai, a formação de trabalhadores técnicos em saúde se realiza, predominantemente, de forma autônoma em relação tanto ao Ministério da Saúde quanto ao Ministério da Educação, mediante cursos oferecidos pela Universidad de la República, responsável por mais de 80% dos mesmos. Embora no país não existam corporações profissionais com incidência direta na regulação do trabalho dos profissionais em saúde, as pressões corporativas e do próprio mercado de trabalho influenciam a universidade, incidindo diretamente sobre a elaboração dos currículos dos cursos de formação de técnicos, com notável independência das políticas de saúde desenhadas no âmbito nacional.

<sup>26</sup> Campello e Lima (2007) comprovam o crescimento vertiginoso dos cursos de graduação tecnológica (formação de tecnólogos) na área da saúde a partir de 2000. Destacam também que essa expansão se deu, de forma geral, à revelia do parecer exarado pelo Conselho Nacional de Saúde em 2002, salientando a sua não pertinência. Essa informação é confirmada por Machado (2009). Entretanto, algumas áreas, como radiologia e vigilância em saúde, alcançaram, por motivos diversos, reconhecimento e aceitação.

Por fim, podemos destacar um elemento não menos importante, decorrente das variadas denominações que adquire o trabalho técnico em saúde em suas diferentes especialidades, e que afeta a possibilidade tanto de um entendimento comum entre os países (e, às vezes, inclusive dentro de um país) quanto da própria realização de estudos comparados entre eles. Para além das diferenças existentes já mencionadas na interpretação do que seja o “trabalho técnico em saúde” para cada um dos países considerados, sua definição como “profissionais” também não é unívoca, implicando, em alguns casos, a inclusão ou a exclusão de algumas especialidades – por exemplo, na Argentina os enfermeiros não são considerados técnicos, enquanto no Brasil constituem a principal profissão técnica na área. Outras diferenças terminológicas afetam a própria denominação das áreas e/ou subáreas de habilitação profissional, constituindo espaços de atuação e/ou funções mais ou menos amplas para os egressos da mesma segundo o caso.

\*\*\*

Esse balanço inicial permite afirmar que, apesar do esforço realizado no sentido de caracterizar a educação profissional em saúde no Mercosul, os resultados alcançados ainda apresentam um caráter preliminar pela própria abrangência e complexidade do objeto em estudo. Portanto, tarefas de aprofundamento empírico e conceitual colocam-se como desafios a serem enfrentados em novo projeto. Nesse sentido, em concordância com o primeiro dos encaminhamentos gerais destacados no *Documento de Mangui-nhos* (2009), acreditamos que é necessário fomentar e desenvolver estudos de abrangência regional, de caráter comparado e preferencialmente interinstitucional, que permitam aprofundar o conhecimento sobre as características quantitativas e qualitativas da formação dos trabalhadores técnicos em saúde, sua certificação, a regulação e regulamentação do seu exercício profissional e sua inserção no processo de trabalho e no mercado de trabalho, assim como as condições e características da sua circulação em âmbito nacional e regional. Esse é o nosso objetivo de continuidade do trabalho iniciado.

De outro lado e de um ponto de vista mais amplo, deve-se levar em consideração que a circulação internacional de pessoas e de trabalhadores constitui não só um efeito (desejado ou não) de todo e qualquer processo de integração, mas também uma realidade histórica de nossas populações. Como meta do processo de integração, entendemos que a livre circulação de trabalhadores e de pessoas constitui um horizonte de longo prazo que deveria estar pautado nos princípios de universalização e de construção de uma base regional comum de direitos e garantias para todos os habitantes dos nossos países. Entretanto, para evitar os efeitos duplamente perversos das migrações, tanto para aqueles que procuram “melhores oportunidades de vida” quanto para os países que perdem, muitas vezes, seus quadros qualificados, as condições para a sua efetivação precisam ser construídas desde agora, na perspectiva de alcançar uma cidadania regional plena que proteja os direitos fundamentais de todos os “mercosulinos” e caminhe para a efetivação de um conjunto de “direitos máximos” comuns. Consideramos que é essa perspectiva que deveria balizar a definição de políticas setoriais específicas no âmbito do processo de integração, entre as quais aquelas relativas à formação de trabalhadores técnicos em saúde para a região (Documento de Manguinhos, 2009).



## A FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES TÉCNICOS EM SAÚDE NO BRASIL

### **2.1 A formação dos trabalhadores técnicos em saúde e as políticas de saúde no Brasil: um percurso histórico**

#### *2.1.1 Anos 1980: a formação de trabalhadores técnicos e a Reforma Sanitária brasileira*

No Brasil, a discussão em torno da formação dos trabalhadores técnicos em saúde eclode, nos anos 1980, como questão política – ao ser incluída na agenda da Reforma Sanitária brasileira (RSB) – e como questão social – em razão do grande contingente de trabalhadores técnicos com precária qualificação e sem reconhecimento profissional inseridos nos serviços de saúde.

Historicamente, as iniciativas do Estado brasileiro voltadas para a profissionalização desses trabalhadores sempre foram, segundo Santana (2001), coadjuvantes do trabalho desenvolvido pelas instituições privadas de ensino.

O sistema oficial de ensino envidou, desde longa data, grandes esforços para a implantação e fortalecimento de escolas voltadas para a formação de técnicos em agropecuária e, mais ainda, para os diversos ramos industriais. Hoje, há razoável infraestrutura educacional nessas duas áreas, constituída pelas escolas técnicas federais, que se distribuem em quase todos os estados da Federação. Em contraste com essa situação, o esforço governamental de capacitação de mão de obra de nível técnico e auxiliar para os setores de serviços foi apenas coadjuvante do trabalho realizado pelo Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Senac). Essa política significou uma quase total ausência de investimentos públicos oriundos do sistema educacional destinados à formação de técnicos e auxiliares para os serviços de saúde. (Ibid., p. 12)

Acresce-se a isso a abertura de “cursos de garagem”, também conhecidos como “cursos walita”,<sup>1</sup> que se caracterizavam por serem cursos rápidos, simples treinamentos das técnicas básicas, destinados à “formação”, por exemplo, de atendentes de enfermagem, sem exigência de escolarização. Muito frequente até a segunda metade da década de 1980, esse mercado educativo desapareceu, na área de enfermagem, por pressão do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Criado em 1973, o Cofen proibiu a contratação de atendentes após a aprovação da Lei do Exercício Profissional (lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986), estabelecendo o ano de 1996 como prazo para que só exercessem a profissão de enfermagem as seguintes categorias: enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem.

---

<sup>1</sup> A denominação “walita” refere-se ao liquidificador da mesma marca, utilizado para o preparo rápido de alimentos. Essa expressão foi utilizada por uma entrevistada do projeto *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 políticas de saúde*, do qual se originou este livro, a fim de caracterizar a abertura de cursos rápidos na década de 1990, “interessante para as empresas porque trazia para o indivíduo um condicionamento para uma atividade que satisfazia a empresa, mas, para a história do indivíduo que fazia o curso, não somava muito” (SU-F). Adiante retomaremos essa discussão quando tratarmos da reforma da educação profissional ocorrida em 1997, com o decreto nº 2.208, de 17 de abril de 1997, que cria o nível básico da educação profissional. Esclarecemos que, como parte do acordo de confidencialidade feito com os entrevistados, os dirigentes das instituições citadas neste capítulo não serão identificados nominalmente. O código utilizado para a identificação das instituições compõe-se, assim, da sigla correspondente à região e de uma letra de atribuição aleatória – por exemplo, no caso da entrevista citada acima, SU-F. Sobre as instituições cujos dirigentes foram entrevistados, ver o item 2.3 neste capítulo.

Outra tradição em termos da formação dos trabalhadores técnicos em saúde que predominou até a década de 1980 foi a abertura de escolas de formação técnica anexas aos hospitais públicos e privados. Ou seja, predominava a concepção, vigente até hoje, de que essas escolas existiam para prover os hospitais, de forma imediata, de trabalhadores técnicos, principalmente de enfermagem, em razão da necessidade de manutenção da assistência médico-hospitalar. Muitas dessas escolas desenvolveram cursos profissionalizantes com exigência de escolaridade equivalente ao atual ensino fundamental, mas predominavam os cursos rápidos de treinamento. Aliás, o treinamento em serviço foi uma forma histórica de iniciação profissional na área de saúde, para a qual, durante décadas, o tempo de formação prática prevaleceu sobre o tempo de formação escolar (Lima, 2010). Determinado pela clássica dicotomia entre trabalho intelectual e trabalho manual, o tempo de formação prática ainda está na base das acirradas lutas e disputas pelo reconhecimento profissional de diversos práticos de saúde, tais como os práticos de enfermagem ou enfermeiro prático, o dentista prático, os práticos de farmácia, de laboratório e de radiologia, entre outros.

Portanto, do ponto de vista do exercício profissional, até os anos 1980, existiam, de um lado, os diversos práticos de saúde legalmente reconhecidos e, de outro lado, uma miríade de trabalhadores que atuavam nos serviços de saúde sem reconhecimento profissional – como os denominados atendentes de enfermagem e/ou outros práticos.<sup>2</sup> Em ambos os casos, a regra era o aprendizado obtido mediante o acompanhamento do trabalho médico e de outros práticos e/ou o treinamento em serviço, organizado por médicos e enfermeiros. A criação de conselhos profissionais responsáveis pela fiscalização do exercício profissional – organizados, na sua maioria, pelos profissionais de nível superior – foi um dos motivos para a progressiva extinção dos práticos de saúde e, ao mesmo tempo, para a subordinação legal dos trabalhadores técnicos àqueles. Na área de enfermagem, com a aprovação da lei nº 7.498/1986, fica proibido o

---

<sup>2</sup> A partir da década de 1980, a tendência é a da extinção dos práticos de saúde como categoria profissional e da eliminação da incorporação de leigos nos serviços de saúde. Entretanto, isso não significa que eles tenham desaparecido, o que vai justificar, por exemplo, a criação do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), do Ministério da Saúde (MS), no final dos anos 1990, e a abertura de escola privada para a (re)qualificação dos práticos de radiologia em técnicos de radiologia nos anos 2000, conforme entrevista concedida (NE-A).

exercício profissional dos atendentes de enfermagem, sendo também extinta a categoria profissional dos práticos de enfermagem.<sup>3</sup>

O levantamento de Girardi, Fernandes Junior e Carvalho (2005), abrangendo o período 1970-1990, mostra a fraca regulamentação das profissões técnicas de nível médio. Segundo os autores, em grande parte dessas profissões, apenas os requisitos educacionais são regulados, o que confere às instituições, o direito de conceder certificados e diplomas, e aos trabalhadores, a autorização de praticar determinados atos e de exercer certas atividades. No levantamento efetuado sobre a legislação relativa aos trabalhadores de grau médio, os autores constataram que, de 43 profissões de saúde, 33 (77%) obtiveram a regulamentação educacional na década de 1970 e 10 (23%) no final da década de 1980 ou no início dos anos 1990. Tais regulamentações, em sua maior parte, foram emitidas na forma de pareceres do antigo Conselho Federal de Educação (CFE), que, dentre outras funções, definia o currículo mínimo profissional e autorizava a abertura de cursos, estabelecendo cargas horárias mínimas, níveis de escolaridade e conteúdos do ensino. O certificado e/ou diploma era emitido para os alunos que cumprissem as exigências profissionalizantes, baseadas, na época, na lei nº 5.692/1971.<sup>4</sup> Por sua vez, dentre as 43 profissões relacionadas, apenas 8 (18%) possuíam alguma regulamentação profissional específica, mas sujeita às restrições estabelecidas pelas profissões de nível superior correlacionadas. São elas: auxiliar e técnico de enfermagem, técnico em radiologia médica, visitador sanitário, técnico em ótica, massagista, técnico em segurança do trabalho e técnico em prótese dentária. Essas profissões técnicas são regulamentadas por conselhos profissionais que, na sua maioria, se institucionalizaram a partir das profissões de nível superior correlacionadas.

<sup>3</sup> A primeira Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955), revogada em 1986, estabelecia seis categorias profissionais na área: enfermeiro, obstetritz, auxiliar de enfermagem, enfermeiro prático ou prático de enfermagem, parteira e parteira prático.

<sup>4</sup> A lei nº 5.692/1971 reformulou o ensino de primeiro e segundo graus no país – hoje ensino fundamental e ensino médio, respectivamente –, implantando a profissionalização compulsória atrelada a esse último grau de ensino. Com a lei nº 7.044/1982, a profissionalização obrigatória foi extinta. Nos anos 1990, a partir da aprovação da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) (lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996) e, particularmente, do decreto nº 2.208/1997, além da separação do ensino médio da educação profissional, foi abolido o currículo mínimo profissional, que tomou a forma de diretrizes, e o conteúdo de ensino passou a ser de responsabilidade da escola, ficando no âmbito da sua autonomia, como se verá posteriormente.

tas, as quais detêm importante papel tanto na definição de suas atribuições quanto na fiscalização do exercício profissional, configurando um acirrado campo de disputa.

Esses dados indicam, em primeiro lugar, que os interesses do mercado educativo sempre predominaram na formação dos trabalhadores técnicos em saúde, atendendo principalmente à lógica do lucro e, nessa medida, acompanhando o amplo movimento de mercantilização ou de empresariamento do setor saúde que ocorre, no país, a partir da década de 1960, com o apoio do Estado. Em segundo lugar, indicam que o reconhecimento profissional dos técnicos em saúde é um campo no qual se disputa o direito ao trabalho e sua valorização social, com o objetivo de retirar da invisibilidade o trabalho desenvolvido por um grande contingente de trabalhadores.

Os anos 1980 representam uma inflexão nessa trajetória que até então prevalecia tanto na política de saúde quanto na política de educação – e mais especificamente na formação dos trabalhadores técnicos em saúde – em razão do aceleração no processo de redemocratização da sociedade brasileira. Apesar de essa década ser considerada por diversos autores como uma década perdida do ponto de vista econômico, o Brasil chega aos anos 1980, segundo Coutinho (2006), como uma sociedade do tipo “ocidental”, isto é, com “uma sociedade civil forte e articulada, que equilibra e controla a ação do Estado *stricto sensu*” (ibid., p. 188). É um período de luta e de organização de diversos movimentos sociais envolvendo operários, camponeses, mulheres, jovens, camadas médias, intelectuais e setores da burguesia e que tem como resultado a transformação da crescente pressão social nas mobilizações em torno das Diretas-já, no ano de 1984, e do processo constituinte, que culmina com a aprovação da Constituição Federal (CF) em 1988.

Do ponto de vista da política de saúde, ocorre uma reviravolta na maneira de tratar e discutir a saúde no Brasil no âmbito dos conceitos, com a incorporação da política à análise e à prática de saúde, visando à modificação do atendimento e à melhoria das condições de saúde da população brasileira. É um período caracterizado não pela substituição do modelo de atenção à saúde, mas por uma mudança na arena política da saúde

concomitante ao desenvolvimento, nesse campo, de uma abordagem marxista que transforma o pensamento preventivista em médico-social. Essa abordagem se desenvolve e difunde tanto na academia quanto entre os profissionais de saúde por meio dos trabalhos semanais de Donnangelo (1976) e Arouca (2003)<sup>5</sup> e pela conformação de um novo sujeito político coletivo: o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes).

A teoria social da saúde, ou o pensamento médico-social, foi sendo construída com base no acúmulo de análises e estudos latino-americanos sobre saúde coletiva.<sup>6</sup> Essa teoria passa a pautar de forma vigorosa, nesse momento, as análises sobre a saúde, concebida como determinada pelas condições de vida, trabalho e renda; pelo dispêndio de energias físicas e mentais, diferenciado segundo as classes e os grupos sociais; e pela necessidade de acesso e participação da população na riqueza nacional. O desenvolvimento desse marco teórico procura demonstrar o caráter histórico e social do processo saúde-doença com base na crítica ao “cientificismo” ou à concepção positivista de uma ciência universal, empírica, atemporal e isenta de valores preconizada pelo modelo flexneriano<sup>7</sup> de formação médica de base hospitalar e, de maneira geral, de formação do conjunto dos trabalhadores de saúde. Ao mesmo tempo, procura romper com a ideia dominante da autonomia da medicina, de sua efetividade, do poder de transformação social das instituições médicas e do efeito positivo do desenvolvimento econômico sobre a saúde, recolocando-a como prática social (Garcia, 1983).

---

<sup>5</sup> A tese de doutorado de Maria Cecília Ferro Donnangelo foi defendida em 1973 e publicada em 1975; a tese de doutorado de Antonio Sergio da Silva Arouca, defendida em 1976, foi publicada em 2003.

<sup>6</sup> Além dos trabalhos citados, o pensamento médico-social latino-americano se desenvolveu com base em diversos estudos, entre eles: García, 1989; Laurell, 1983; Donnangelo, 1976. Um panorama geral sobre a incorporação das ciências sociais na área de saúde, na época, pode ser encontrado na coletânea organizada por Nunes, 1985.

<sup>7</sup> O modelo flexneriano, que reestruturou a educação médica nos Estados Unidos a partir de 1910, data de publicação do informe de Abraham Flexner, teria predominado até os anos 1950. Encomendado pela Carnegie Commission for Advancement of Teaching, o informe de Flexner é resultado de uma análise das escolas médicas americanas sobre a qualidade do ensino e da pesquisa científica que desenvolviam. A proposta de Flexner tentava conciliar o cientificismo alemão da época e a modernização administrativa dessas escolas, visando à eficiência da formação. Após a Segunda Guerra Mundial, esse modelo de formação será difundido para outros países capitalistas centrais e para a América Latina (ver Rodriguez Neto, 1979; Garcia, 1983; e Schraiber, 1989).

No Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em 1986, pelo amplo espectro de alianças organizadas em torno do denominado movimento da Reforma Sanitária brasileira, foi o principal marco desse processo. Com base em Paim (2008), pode-se dizer que esse evento representa um divisor de águas não apenas na forma de pensar a política de saúde no país, como também, ou principalmente, na diferenciação entre reforma setorial e reforma social. Em outras palavras, a RSB extrapola a perspectiva de reforma setorial, configurando as mudanças no setor como processo necessariamente vinculado a uma reforma social, tal qual se consubstanciou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A RSB, na concepção delineada naquele momento, envolvia três elementos que, ao mesmo tempo, enfatizavam a necessidade de democratização da saúde, do Estado e da sociedade:

- a. *democratização da saúde*, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão;
- b. *democratização do Estado* e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência nos governos;
- c. *democratização da sociedade*, alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma “totalidade de mudanças” em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral. (Paim, 2008, p. 173)

Em que pesem a forte resistência dos interesses privatistas e o embate de forças em torno da proposta de mudança das bases jurídico-legais dos contratos público-privados, o movimento da RSB consegue aprovar um capítulo sobre saúde inédito na história constitucional. Na Constituição Federal (1988) é aprovado o princípio de que “a saúde é 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 a sua promoção, proteção e recuperação” (CF, 1988, art. 196). Igualmente, aprova o artigo 200, inciso III, que reserva ao Sistema Único de Saúde a competência de “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”, particularmente importante para a discussão sobre a formação dos trabalhadores técnicos em saúde.

No início dos anos 1990, já no contexto do amplo consenso neoliberal favorável à implementação do programa de estabilização, ajuste e reformas institucionais do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Mundial (BM) pelo governo Collor (1990-1992), mas com um Congresso Nacional cuja constituição ainda era a mesma da Assembleia Nacional Constituinte, o movimento da RSB consegue a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde – lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 –, de natureza abrangente e progressista. Apesar dos embates entre os defensores do SUS público, universal e participativo e os setores identificados com os interesses privados e corporativos, que resurgiram no cenário político durante a tramitação dessas leis infraconstitucionais, a correlação de forças no Congresso Nacional ainda era favorável ao SUS constitucional (Rodríguez Neto, 2003).

As disputas também foram acirradas na área de educação e se materializaram em torno de duas concepções educacionais distintas: na ótica do trabalho, a defesa da “educação escolar pública, universal, laica, unitária e politécnica ou tecnológica” como pré-condição para uma formação profissional “que supere a tradição do adestramento e articule conhecimento científico e filosófico e trabalho, cultura e vida” (Frigotto, 2006, p. 268), apontando assim para a superação da dualidade entre cultura geral e cultura técnica; na ótica do capital, a tese da educação polivalente, que representa uma racionalização da formação com fins instrumentais e pragmáticos. Segundo Machado (1994), essa concepção se apoia no uso cientificista ou positivista da ciência, sujeitando o conhecimento à mera instrumentalização utilitarista e o trabalhador a processos de adaptação definidos por regras prescritas, tal qual o modelo biomédico flexneriano de formação em saúde ainda em voga.

A outra disputa que se trava no contexto constituinte se dá em torno da inclusão da qualificação para o trabalho como objetivo da educação nacional. De um lado, estavam as entidades nacionais da área de educação, reunidas no Fórum da Educação na Constituinte em Defesa do Ensino Público e Gratuito, e as centrais sindicais, que tentavam assegurar ao trabalhador o direito à sua qualificação dentro do sistema educacional regular ou, mais especificamente, articular a formação geral com a formação técnica no antigo segundo grau de ensino, atual ensino médio, sob a responsabilidade direta do poder público; de outro, estavam o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai) e o Senac – o chamado Sistema S –, interessados em manter a atribuição exclusiva das empresas industriais e comerciais pela formação profissional.

Essas disputas no campo educacional se exacerbaram a partir da apresentação à Câmara, ainda em dezembro de 1988, pelo deputado Octávio Elísio, do primeiro projeto de Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), o qual paulatinamente perde apoio parlamentar e é substituído pela lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

No que diz respeito especificamente à formação dos trabalhadores técnicos em saúde, ela não pode ser tratada de forma desvinculada desse contexto de lutas e de mudanças que ocorrem nos anos 1980, tanto no campo da saúde quanto no da educação. O movimento de reformulação conceitual e operacional, ao apontar para um sentido mais abrangente do conceito de saúde como parte de uma “totalidade de mudanças” (Arouca, 1988, p. 3) e para a construção do SUS com base nos princípios anteriormente citados – universalidade, integralidade e equidade e nas diretrizes de descentralização, regionalização, hierarquização e participação da comunidade<sup>8</sup> –, ressalta também a necessidade de mudanças na formação profissional dos trabalhadores de saúde, de maneira geral, e particularmente dos trabalhadores técnicos.

Com vistas a superar o caráter alienado da escola e do trabalho em saúde no que dizia respeito aos determinantes sociais do processo

---

<sup>8</sup> Optamos aqui pela diferenciação entre princípios e diretrizes efetuada por Matta (2007). Sobre as discussões em torno das mudanças no perfil do trabalhador de saúde tendo em vista a Reforma Sanitária, consultar o relatório final da I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS) (Brasil, Ministério da Saúde, 1986, principalmente p. 26-28).

saúde-doença e da organização do setor, propôs-se a combinação entre estudo e trabalho, que a formação aliasse dimensão técnica e a dimensão política e a consolidação, pelos trabalhadores de saúde, de um novo compromisso ético-político pautado na questão democrática, na defesa do serviço público e na relação com a população e com os usuários dos serviços de saúde. Isso significava superar a histórica tradição, por um lado, da formação baseada fundamentalmente no treinamento em serviço e nas necessidades específicas e pontuais dos serviços de saúde, e, por outro lado, da formação centrada predominantemente na prática hospitalar, pautada pela concepção do homem como indivíduo biológico, pela visão da prática de saúde como revestida de neutralidade – pois que cientificamente fundamentada – e por uma prática educativa eminentemente técnica, como proposta pelo modelo flexneriano de formação em saúde (Schraiber, 1989).

Esse modelo encontrou terreno fértil para o seu desenvolvimento com a concepção marcadamente tecnicista que passou a orientar a formação dos trabalhadores técnicos em saúde nos anos 1970, caracterizada pela operacionalização de objetivos e a mecanização do processo de ensino-aprendizagem (Ramos et al., 2008). Essa pedagogia tecnicista, que se materializa no país a partir da aprovação da lei nº 5.692/1971, foi profundamente influenciada pela teoria do *capital humano*, cuja ideia central é a de que a um acréscimo de treinamento, educação e saúde corresponde, também, um acréscimo na capacidade de produção do trabalhador. O *capital humano* é, assim, uma “quantidade” de conhecimentos, habilidades e atitudes que, ao serem adquiridas pelo trabalhador, potencializam a sua capacidade de trabalho de forma imediata.

Dessa forma, do ponto de vista econômico, o trabalhador se torna um duplo proprietário: da força de trabalho, adquirida pelo capitalista, e de um *capital humano* – quantidade de educação, treinamento, saúde –, adquirido por ele. De outra parte, o enfoque não só da educação, mas também da saúde pelo prisma do fator econômico leva à redução da concepção de educação, tanto na escola quanto fora dela, a fator da produção, como potencializadora do fator trabalho. Assim, a educação é reduzida à mera função técnica de formação de recursos humanos definida por critérios de mercado e das tecnologias educacionais, desenvolvendo-se a partir daí a perspectiva tecnicista da educação (Frigotto, 1986).

No início dos anos 1980, do total de trabalhadores em atividade nos estabelecimentos hospitalares no Brasil, aproximadamente 35% eram de nível superior e 65%, de nível médio e elementar.<sup>9</sup> Nesse último grupo, os trabalhadores de nível elementar – aqueles que haviam cursado somente as quatro primeiras séries do atual ensino fundamental – representavam quase 70% e, deles, a maioria era de atendentes de enfermagem. Os trabalhadores de nível elementar constituíam um contingente expressivo de trabalhadores incorporado aos serviços de saúde públicos e privados com precária ou nenhuma qualificação específica; ao mesmo tempo, no plano social, esses trabalhadores não possuíam identidade profissional. Ambos os problemas eram consequência de um modelo de assistência à saúde que privilegiava, e ainda privilegia, a mercantilização da saúde e a industrialização da doença (Lima, 2010).

Nesse contexto, o que se verifica é a intensa mobilização em torno da necessidade de qualificação profissional desse amplo contingente de trabalhadores que, já inseridos nos serviços de saúde, tinham formação profissional precária, baseada essencialmente nos treinamentos em serviço. Essa mobilização encontra-se na origem do Projeto Larga Escala,<sup>10</sup> responsável pela institucionalização da formação profissional em saúde, a partir de 1982, no âmbito das secretarias estaduais de Saúde, em articulação com o ensino supletivo,<sup>11</sup> que se transformou progressivamente na principal estratégia de formação dos trabalhadores técnicos em saúde, segundo os moldes da integração ensino/serviço. Esse projeto está na gênese da constituição de uma rede de escolas técnicas de saúde, atualmente denominada Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS), vinculadas, em sua maioria, às secretarias municipais e estaduais de Saúde dos diversos estados brasileiros e voltadas para a profissionalização

---

<sup>9</sup> O assim chamado nível elementar designava, na época, os trabalhadores que detinham o ensino primário (que significava a conclusão de quatro anos de escolaridade), que atualmente equivale ao primeiro segmento do ensino fundamental (atualmente constituído por cinco anos de escolaridade).

<sup>10</sup> O Projeto de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio e Elementar, mais conhecido como Projeto Larga Escala, foi instituído no início dos anos 1980, a partir da realização de um acordo de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde (MS), o Ministério da Educação e Cultura (MEC), o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas).

<sup>11</sup> Que naquela época era a forma como o ensino era ofertado à população jovem e adulta.

dos trabalhadores técnicos já inseridos nos serviços de saúde. Além disso, o Projeto Larga Escala servirá de referência, no final dos anos 1990, para a organização do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae) do Ministério da Saúde (MS), visando à formação dos trabalhadores técnicos já inseridos nos serviços de saúde, como abordaremos adiante.

Os anos 1980, portanto, marcam um momento de mudança nas políticas de saúde e educação, com a construção de novos caminhos e alternativas, na tentativa de alcançar, de um lado, um sistema público de saúde baseado nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, e, de outro, uma educação escolar pública, universal, laica, unitária e politécnica ou tecnológica. Em relação à formação dos trabalhadores técnicos em saúde, a perspectiva emanada da lei nº 8.080/1990, artigo 27, inciso I, era de que ela se integrasse e se organizasse no interior de “um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal”.

### **2.1.2 Dos anos 1990 à primeira década do novo século: saúde e educação em tempos neoliberais**

Se os anos 1980 foram marcados pela virada democrática no país – um período em que a emergente sociedade civil promoveu um processo de abertura *a partir de baixo* que culminou com a promulgação da nova Constituição Federal em 1988 e a conquista de importantes direitos sociais (Coutinho, 2006) – os anos 1990, entretanto, foram pautados pelas profundas mudanças no Estado brasileiro, incentivadas na crescente hegemonia da doutrina neoliberal e de suas principais metas, conforme o Consenso de Washington: abertura irrestrita da economia, desregulamentação comercial e financeira, desregulação do mercado de trabalho e enxugamento do Estado, com a privatização das empresas estatais e demissões em massa.

Trata-se de um processo concomitante ao avanço da “globalização” e da mudança no padrão de acumulação capitalista, que desde os anos 1980

passou a funcionar sob o imperativo da mundialização financeira (Chesnais, 1996). A globalização neoliberal se caracteriza pela violenta reconcentração de capital mediante a privatização do patrimônio público, o barateamento da força de trabalho e os subsídios ao capital, levando o sistema financeiro a ocupar um lugar hegemônico no processo de acumulação.

No plano das políticas sociais, assiste-se, no país, à privatização do financiamento e da produção de serviços, à precarização das políticas sociais públicas, com o corte dos gastos sociais, à focalização dos gastos nos grupos mais carentes e à descentralização em nível local. Essas medidas têm início com os governos de Fernando Collor de Mello (1990-1992) e de Itamar Franco (1993-1994),<sup>12</sup> aprofundam-se nos governos Fernando Henrique Cardoso (FHC) (1995-1998 e 1999-2002) e têm continuidade nos governos Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006 e 2007-2010).

Esgota-se nos anos 1990 o modelo de desenvolvimento calcado no projeto desenvolvimentista anterior, pautado no tradicional papel do Estado brasileiro de dinamizador e estrategista do desenvolvimento econômico, e passam a predominar as iniciativas em torno da reestruturação da aparelhagem estatal, visando torná-lo um *Estado gerencial* ou um *Estado necessário*, principalmente a partir do governo FHC. Com essa nova orientação visou-se gerenciar, antes de tudo, a transferência das empresas estatais e dos serviços públicos para o mercado e delegar à sociedade civil a execução de algumas políticas, enquanto o Estado implementava outras políticas, de natureza focal.

O período 1990-1994 foi de tensões políticas, de crise terminal do modelo desenvolvimentista e de crise de hegemonia burguesa no país. O Governo Collor de Mello não teve tempo de preparar o país para desempenhar o papel de economia financeira emergente. A era Collor no Brasil é a expressão de uma conjuntura mundial mais ampla na qual se verificam a deterioração das condições de vida das populações dos países dependentes, o aumento da pobreza e do desemprego em escala planetária e a diminuição das redes de proteção social. A possibilidade de acirramento dos conflitos sociais em decorrência dessas políticas foi determinante para que a questão da governabilidade dos países e o “combate à pobreza” passassem

---

<sup>12</sup> Após o *impeachment* de Fernando Collor de Mello, em 1992, o vice-presidente Itamar Franco assume a presidência da República, no período 1993-1994.

a fazer parte da agenda dos organismos internacionais, notadamente do Banco Mundial (BM), dentro de uma “nova ordem mundial”.

Apesar do mito de que o enxugamento do Estado levaria ao crescimento econômico e do emprego, e de que a privatização reduziria o endividamento público e ampliaria o gasto social, o que se verificou no período Collor foi o aprofundamento da recessão econômica, com quedas na produção, no emprego e no salário, e a desnacionalização da economia; correlativamente, ocorreu o refluxo dos movimentos social e sindical, o aumento do desemprego e da precarização do trabalho, o “caos da saúde” e o sucateamento dos serviços públicos.

No Governo Itamar Franco foi lançado o Plano Real, sob a condução do então ministro da Fazenda Fernando Henrique Cardoso. Com esse plano, FHC se habilitou diante da burguesia brasileira para conduzir a coalizão política capaz de restaurar o poder de classe e superar a crise de hegemonia no país, assim como dar sustentação ao programa de estabilização do FMI e viabilizar as reformas preconizadas pelo BM.

Em seus dois mandatos, de 1995 a 2002, FHC compôs com as forças internas que defendiam o modelo “norte-americano” ou o projeto neoliberal (Coutinho, 2006), ao mesmo tempo em que incorporou os postulados da terceira via sistematizados por Anthony Giddens: a radicalização da democracia, a construção da sociedade civil ativa e a concertação social. Por isso, alguns autores (Neves, 2005; Martins, 2005; e Melo e Braga, 2005) cunharam o termo *neoliberalismo da terceira via* para caracterizar essa nova etapa em que não existe nem o Estado de bem-estar social, nem o neoliberalismo radical, mas o Estado gerencial, ou Estado necessário.

Do ponto de vista econômico, mais do que um plano de estabilização, o Plano Real consolidou a inserção do Brasil no circuito internacional de valorização financeira, permitindo a atração de capitais externos de curto prazo por meio do controle do processo inflacionário, além de ter aberto espaço para aprofundar medidas anteriores, com a abertura econômica e financeira, e as privatizações de empresas e dos serviços públicos (Paulani, 2006).

Acompanhando a tendência internacional, a burguesia brasileira se internacionalizou, a fim de assegurar o seu poder, mas de forma subordi-

nada ao capital internacional. Ao mesmo tempo, internamente, as diversas frações burguesas construíram uma nova unidade, sem com isso eliminar as tensões internas no novo bloco de poder. A principal tensão ocorreu entre as frações industrial e financeira, na medida em que, de acordo com Boito Junior (1999), a primeira ficou numa posição secundária diante do capital financeiro. Essa unidade foi construída fundamentalmente em torno dos interesses da burguesia interna e do capital internacional na desregulamentação do mercado de trabalho no Brasil (terceirização, contrato de trabalho por tempo determinado etc.) e na redução dos salários e dos gastos e direitos sociais.

O período FHC foi caracterizado sobretudo, segundo Neves (2005), pelas iniciativas em torno da reestruturação do Estado nas suas funções econômicas e ético-políticas.

De produtor direto de bens e serviços, o Estado passou a coordenador de iniciativas privadas. A privatização se impôs como a principal política estatal. Na área social, a privatização, complementada por políticas de descentralização, fragmentação e focalização [...], constituiu-se em importante instrumento viabilizador das estratégias governamentais de coesão societal e da educação de uma nova cidadania, “ativa e responsável”, baseada na prestação pelos indivíduos e por grupos de “serviços sociais”. (Ibid., p. 92)

O governo FHC inaugurou, entre nós, o discurso da *governança*, produzido pela social-democracia inglesa sob o comando de Tony Blair, e o da *competição administrada*, conforme o modelo inglês mesclado com o modelo americano. Ambas as ideias estavam relacionadas com a reforma da aparelhagem estatal que começou a ser operacionalizada em seu primeiro mandato. A primeira, para justificar a redefinição do papel do Estado, que deixa de ser o responsável direto pela produção de bens e serviços para exercer as funções de regulação e coordenação das políticas econômicas e sociais, na medida em que transfere para o setor privado as atividades que podem ser controladas pelo mercado e descentraliza para os níveis estadual e municipal as funções executivas. A segunda, para viabilizar a transformação

dos serviços públicos em organizações públicas não estatais de tipo especial: as “organizações sociais”.

A fim de implantar a “modernização” e a privatização do setor público, o Plano diretor da reforma do aparelho do Estado (Brasil, Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1995) apresentou um modelo conceitual caracterizado por três formas de propriedade – pública, pública não estatal e privada – que se relacionam com quatro setores do aparelho do Estado, identificados como *núcleo estratégico*, *atividades exclusivas*, *serviços não exclusivos* e *produção de bens e serviços para o mercado*. Ao primeiro setor cabia a definição das leis, a formulação das políticas públicas e a cobrança dos resultados. De acordo com o modelo inglês, esse era o setor responsável pela formulação do sistema de *competição administrada*, que direciona a demanda, o financiamento – por meio de contratos de gestão com as instituições públicas e/ou privadas – e o terceiro elemento – também chamado “terceiro pagador” ou *sponsors* (patrocinadores) –, e regula a relação entre Estado, mercado e sociedade civil, vistos como setores independentes e separados.

Nessa perspectiva, o Estado só atuaria naquelas atividades consideradas exclusivas, isto é, naqueles setores que prestassem serviços que só o Estado poderia executar e que só ele tem poder de regulamentar, fiscalizar e fomentar – tais como a segurança pública, a cobrança e a fiscalização dos impostos, a previdência social básica, o subsídio à educação básica, a compra de serviços de saúde, entre outros. As atividades dos setores compreendidos como núcleo estratégico ou aquelas consideradas exclusivas, por serem eminentemente públicas, seriam administradas num misto de gestão burocrática e gerencial. O setor de produção de bens e serviços para o mercado correspondia às empresas estatais que se encontram no interior do aparelho de Estado, que seriam configuradas como atividades econômicas tipicamente voltadas para o lucro e logo privatizadas, guiando-se fundamentalmente pela administração gerencial.

Por fim, os serviços não exclusivos estavam relacionados diretamente às novas formas de privatização no setor saúde e educação – e, conseqüentemente, com o próprio desenvolvimento de uma *burguesia de serviços de saúde* e suas demandas de formação para o trabalho. Também denominados “serviços sociais competitivos”, referem-se aos setores em que o Estado

atua em “parceria” com organizações da sociedade civil, tais como os de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, meio ambiente, cultura e saúde. Nesse caso, a melhor forma de propriedade seria a “pública não estatal”, porque nem é propriedade estatal, dado que as instituições não exercem o poder de Estado, nem é propriedade privada, pois, como essas instituições oferecem serviços que envolvem direitos humanos fundamentais – como os de educação e saúde –, o Estado participa nelas com subsídios. E como são “competitivas”, a melhor forma de administração é a gerencial.

É com base nesse arcabouço conceitual e operacional, ainda em vigor, que podemos entender as mudanças operadas nas áreas de saúde e educação, e, particularmente, as relativas à formação dos trabalhadores técnicos em saúde. No que diz respeito ao setor saúde, a primeira questão a destacar é a restrição orçamentária a que foi submetido o gasto social, que, desde o Governo Collor, nega base fiscal à Seguridade Social,<sup>13</sup> política mais ampla à qual a área da saúde foi incorporada, a partir da Constituição Federal (1988). O debate sobre o desfinanciamento do SUS estava vinculado à desconstrução do conceito de seguridade social que começou a se operar naquele momento e à lógica de acumulação do capital baseada na reprodução ampliada do capital fictício, implantada de maneira definitiva com o primeiro Governo Fernando Henrique Cardoso. Em outras palavras, o déficit previdenciário e o desfinanciamento da saúde foram construídos como forma de submeter o orçamento da seguridade social à lógica da financeirização dos orçamentos públicos.

Em segundo lugar, as relações público/privado no interior do SUS também se reconfiguraram. Concomitantemente ao processo de desfinanciamento do SUS e de deterioração dos serviços públicos de saúde, observou-se um relativo deslocamento a favor da contratação de hospitais filantrópicos ou sem fins lucrativos, em detrimento dos hospitais privados credenciados. O privilegiamento dos hospitais filantrópicos, uma determinação constitucional, associou-se a medidas que conferiam isenção tributária

---

<sup>13</sup> A CF, em seu artigo 195, define a criação de receitas para financiar ações e benefícios das três áreas que compõem a seguridade social – Saúde, Previdência Social e Assistência Social –, e, nas suas disposições transitórias, destina 30% do total dessas receitas para a área de Saúde. O Governo Collor, assim como seus sucessores, não cumpriu esse dispositivo constitucional.

a essas instituições, tais como a isenção do Imposto sobre Serviços (ISS), da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), do Programa de Integração Social (PIS) e do Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (Pasep), do Imposto de Renda Pessoa Jurídica (IRPJ) e da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL). Entretanto, segundo Bahia (2008), tanto o bloqueio dos hospitais (privados, filantrópicos ou universitários), com as mudanças na natureza dos contratos, quanto o consentimento dos gestores públicos de não mudar a natureza dos mesmos, como previa a CF, ajudou a transformar os hospitais filantrópicos em “vendedores de serviços” para o SUS, tal qual os hospitais privados contratados.<sup>14</sup> Ao longo dos anos 1990, a legislação abrangeu três modalidades de apoio específicas para os hospitais filantrópicos:

- 1) a flexibilização dos percentuais obrigatórios de ocupação dos leitos para o atendimento universal, a qual condiciona a concessão do certificado de filantropia; 2) a abertura de linhas de crédito; 3) e o aporte adicional de recursos para o financiamento dos débitos com o governo e fornecedores. (Bahia, 2008, p. 149)

Os hospitais privados contratados também são beneficiados com políticas governamentais que permitem, por exemplo, o parcelamento dos seus débitos relativos às contribuições do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), tal qual aprovado pela lei nº 8.620, de 5 de janeiro de 1993. A partir de 1995, mas principalmente nos anos 2000, os estudos indicam que começou a se delinear, de forma mais sistêmica, a reestruturação dos hospitais privados e filantrópicos, particularmente aqueles cujo projeto era tornarem-se de primeira linha. Esse foi um movimento que acompanhou o processo de reestruturação produtiva das empresas industriais, assina-

---

<sup>14</sup> Em relação à natureza dos contratos, o artigo 199, § 1º, da CF, define que “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”. Isso significa, segundo a interpretação de Gonçalves (1998), que o setor privado teria de se submeter a contratos de serviços regidos pela lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, que trata das normas gerais para licitações e contratos administrativos, logo depois regulamentados pelo Ministério da Saúde, por meio das portarias nº 1.286, de 26 de outubro de 1993 e nº 944, de 12 de maio de 1994.

lando a tendência desses hospitais de inverter o sentido da verticalização em direção à horizontalização, com a formação de redes assistenciais e a “tercerização de serviços hospitalares”, incluindo da força de trabalho (Pires, 1998; e Lima, 2010). Segundo Pires (1998), as instituições privadas de saúde tendem a se aproximar da estrutura empresarial capitalista porque são pressionadas, pela concorrência, a se modernizar e a reduzir custos, de modo a ganhar mais pontos na disputa pela pequena fatia do mercado que pode consumir serviços de saúde caros.

A reestruturação produtiva dos hospitais envolveu tanto a incorporação de novas tecnologias materiais quanto novas formas de organização do trabalho. A assistência médica complementar<sup>15</sup> – isto é, o segmento de planos e seguros privados de saúde – também foi reestruturando as suas ações empresariais, ao mesmo tempo em que o Estado elaborou políticas públicas de apoio a esse setor – que passou a competir com as instituições públicas –, particularmente, políticas baseadas em deduções e subsídios fiscais, os quais indiretamente vão financiar as empresas médicas e, conseqüentemente, contribuir para o aprofundamento e a cristalização da segmentação do sistema e dos provedores de serviços, segundo o *status* socioeconômico das demandas. Em 1991, a legislação passou a permitir o abatimento integral das despesas com planos e seguros de saúde no Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF), medida posteriormente reafirmada pela lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, durante o Governo FHC. Da mesma forma, o decreto nº 1.041, de 11 de janeiro de 1994, confirmado depois pela lei nº 9.249, de 26 de dezembro de 1995, permitiu a dedução integral, no Imposto de Renda de Pessoas Jurídicas (IRPJ), dos valores destinados ao pagamento de planos ou seguros de saúde tanto para os

<sup>15</sup> A “assistência médica complementar”, ou, simplesmente, “saúde complementar”, pressupõe a existência de um serviço público de caráter obrigatório que não impede a organização de seguros privados, a despeito da manutenção da contribuição para o seguro social público. A “assistência médica complementar” pressupõe a existência do setor público e de seu limite para o atendimento de determinadas demandas da população; as instituições privadas, portanto, complementam a cobertura de determinados serviços, dando preferência às entidades filantrópicas e às sem fins lucrativos, conforme estipulado na Constituição Federal (1988). De acordo com a perspectiva reformista dos anos 1980, isso ocorreria ao lado do investimento nos serviços públicos, dirigido à ampliação progressiva do atendimento das demandas e necessidades de saúde da população e à diminuição da sua dependência do mercado privado de saúde. Atualmente, a “saúde complementar” está conformada por quatro modalidades assistenciais: a medicina de grupo, as cooperativas médicas, os planos próprios das empresas e o seguro-saúde, com racionalidades distintas de estruturação, clientela e formas de financiamento.

empregados quanto para os dirigentes, considerando essas despesas como custos operacionais das empresas empregadoras.

Igualmente, foram sendo implementadas no plano federal, especificamente pela área econômica, e no plano estadual e municipal, pelas secretarias de Fazenda e Planejamento, políticas de apoio à privatização que resultariam em concessões de subsídios fiscais e no financiamento de planos de saúde para servidores públicos. Agregou-se a isso o vasto repertório de isenção de impostos às cooperativas médicas, como as isenções do ISS, da CSLL e da Cofins, concedidas ao longo dos anos 1990.

Finalmente, resta destacar o lançamento no Governo FHC do denominado Programa Nacional de Publicização, que justificou um amplo programa de privatização e de terceirização das instituições públicas, particularmente do setor saúde, tanto no nível federal quanto nos níveis estadual e municipal, com o argumento de que a gestão ou a gerência de unidades hospitalares pelo Estado, por não ser uma atividade exclusiva, podia ser transferida à “iniciativa privada sem fins lucrativos”.

A “publicização” aprovada oficialmente no legislativo federal como lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998 – ou Lei das Organizações Sociais (OS) –, ainda em vigor, consubstanciou os interesses da burguesia de serviços, de maneira geral, e da *burguesia dos serviços de saúde*, em particular. Com essa lei, a “flexibilização” do SUS foi posta em execução, em primeiro lugar, por ela permitir a mudança da natureza jurídica das instituições públicas de direito público para instituições de direito privado, ou seja, ao ser extinta, a instituição pública foi substituída na forma de fundação ou associação civil. Em segundo lugar, as organizações sociais – como cooperativas de médicos, associações de médicos, entidades filantrópicas sem fins lucrativos, entidades civis de prestação de serviços médicos etc. – são qualificadas livremente pelo ministro do órgão supervisor ou regulador do setor de atividade correspondente e pelo então Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (Mare). Não estava prevista a licitação de “concorrentes”, o que teoricamente caberia ao modelo de *competição administrada*, nem se previam garantias reais para a execução dos serviços, abrindo espaço assim para favorecimentos de toda espécie, a depender da influência política dos “concorrentes”.

Para ser habilitada como OS, a instituição teoricamente deve ser “sem fins lucrativos” e cumprir determinados requisitos formais, além de se submeter a um contrato de gestão que especifica o programa de trabalho proposto pela OS, as metas a serem atingidas, os prazos de execução, os critérios de avaliação de desempenho e os indicadores de qualidade e produtividade. Declarada como entidade de interesse social e utilidade pública, torna-se “parceira” do Poder Público. Nessa condição, pode receber verbas públicas, tem permissão para usar o patrimônio público – com a concessão de bem imóvel, bens móveis e equipamentos –, e o erário público pode ceder a ela servidores públicos com ônus. O poder público concede autonomia para contratar funcionários sem concurso público, autoriza a obtenção de recursos de fontes extraorçamentárias – por exemplo, por meio da venda de serviços e da celebração de convênios com planos privados de saúde e seguros-saúde – e a realizar compras sem licitação. Além disso, o fundo público de saúde pode ser administrado por uma fundação que contrata diversos prestadores para a execução dos serviços previstos no contrato de gestão, ou pode ser administrado diretamente por uma associação civil, sem restrição da aplicação de seus recursos no mercado financeiro.

Constata-se, portanto, que o Programa Nacional de Publicização propiciou, na segunda metade dos anos 1990, um intenso processo de privatização e terceirização dos serviços de saúde. No município de São Paulo, com a aprovação da lei municipal nº 11.866/1995, Paulo Maluf criou o Plano de Atendimento à Saúde (PAS), transferindo todas as unidades hospitalares para cooperativas médicas, que assumiram a direção, a execução e a prestação de serviços públicos de saúde à população. No mesmo ano, o estado de Tocantins, pela lei estadual nº 762/1995, foi autorizado a celebrar convênio com os municípios, entidades filantrópicas e associações sem fins lucrativos com o objetivo de “promover a descentralização das ações de serviço de saúde, conforme diretrizes do SUS”. Em 1997, o Poder Executivo do estado do Rio de Janeiro também foi autorizado, por lei estadual, a mudar a forma de gestão dos hospitais públicos, estando prevista, no entanto, licitação dos concorrentes. Nesse mesmo ano, o estado da Bahia instituiu o Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais, que vedava a cessão de servidores da administração pública direta, autárquica e fundacional às OS, mas autorizava a contratação de servidores por elas.

Ainda em 1997, o estado de Roraima instituiu o Plano de Assistência Integral à Saúde (Pais), com o objetivo de instituir um novo modelo de gestão da saúde pública, isto é, uma forma empresarial de gerir os serviços estaduais, por meio da Cooperativa dos Profissionais de Saúde de Nível Superior (Gonçalves, 1998).

No entanto, a implementação das organizações sociais foi apenas uma das modalidades de privatização dos serviços públicos. Concomitantemente a essa iniciativa, foram criadas entidades de direito privado, paralelas aos hospitais, como as fundações privadas de apoio, com ampla autonomia para a captação e o gerenciamento de recursos financeiros. A terceirização atingiu também: a gerência de unidades hospitalares públicas, com a transferência da gerência dos hospitais estatais para entes privados, lucrativos ou não lucrativos; as atividades assistenciais e/ou dos serviços especializados do hospital, substituindo-se o servidor público por prestadores privados organizados em cooperativas de profissionais de saúde; as áreas de limpeza, manutenção e segurança; setores como os de hemoterapia e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; a força de trabalho – por meio da instituição de cooperativas, fundações e organizações não governamentais (ONGs) como formas de contratação, flexibilização e gestão de pessoal, como no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e no Programa Saúde da Família (PSF).<sup>16</sup> Muitas dessas terceirizações usurparam direitos trabalhistas e sociais. Por último, houve a implantação de consórcios intermunicipais, organizados na forma de pessoa jurídica de caráter privado (Machado, 2001; Pereira, 2004; e Ribeiro e Costa, 2001).

Esse processo, associado à contratação do setor privado filantrópico e aos subsídios fiscais para o mercado de planos e seguros privados de saúde, foi configurando o que podemos denominar de “universalização do privado” no interior do SUS. Em 1998, o mercado de planos e de seguros-saúde já abrangia 25% da população, ou 37 milhões de clientes, dos quais aproximadamente 5 milhões de servidores públicos, civis e militares, com uma arrecadação estimada de cerca 16 bilhões de reais, quantia equivalente ao orçamento do Ministério da Saúde, na época, de 17,5 bilhões de reais (Bahia, 2008).

---

<sup>16</sup> A partir de 1994, o Pacs foi incorporado ao PSF; mais tarde, esse último passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF).

Nesse processo de privatização do Estado e, conseqüentemente, da conversão dos direitos em serviços, a educação também é afetada. Após a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) em 1996, iniciou-se a reforma estrutural e conceitual do ensino médio e da educação profissional.<sup>17</sup> A partir do decreto nº 2.208/1997, a formação profissional passou a ser tratada como um sistema de ensino independente e complementar à educação básica. Mais especificamente, ao ser aprovada, essa legislação reiterou o dualismo no ensino médio, ao determinar que a formação profissional de nível técnico teria uma organização própria e independente da organização desse grau de ensino, abolindo-se, com isso, a possibilidade de integração entre ambas e permitindo-se a oferta da primeira apenas sob a forma concomitante e/ou sequencial<sup>18</sup> ao ensino médio. O referido decreto organiza, ainda, a formação profissional em três níveis: básico, técnico e tecnológico. Com a abertura para a criação de cursos básicos, que não estavam sujeitos à regulamentação curricular, a legislação permitiu a rápida expansão do mercado educativo dos “cursos walita”, tal qual exposto anteriormente, para atender necessidades pontuais do mercado de trabalho.<sup>19</sup>

Após a reforma estrutural, operou-se a reforma conceitual, baseada no modelo de competências, por meio das *Diretrizes curriculares nacionais*

<sup>17</sup> Para fins deste trabalho, privilegiaremos a discussão sobre as reformas do ensino médio e da educação profissional. Para uma discussão mais ampla das reformas educacionais conduzidas pelos governos FHC e Lula da Silva, consultar Neves e Pronko, 2008.

<sup>18</sup> Ambas as formas continuaram em vigor após a aprovação, no governo Lula da Silva, do decreto nº 5.154, de 23 de julho de 2004 que volta a permitir a integração do ensino médio à educação profissional. Portanto, existem atualmente três formas de organização da educação profissional: integrada, concomitante e subsequente. A forma integrada é dirigida aos concluintes do ensino fundamental que realizam, numa mesma instituição escolar, tanto o ensino médio quanto a educação profissional, e prevê, portanto, uma única matrícula. A forma concomitante destina-se aos concluintes do ensino fundamental ou àqueles que estejam cursando o ensino médio, e a articulação com a educação profissional pode ocorrer na mesma instituição ou em instituição distinta, e pressupõe a existência de matrículas distintas para cada curso. A forma subsequente é oferecida somente àqueles que já tenham concluído o ensino médio.

<sup>19</sup> O nível básico refere-se aos cursos de curta duração, destinados a qualificar, requalificar e reprofissionalizar trabalhadores em geral, jovens e adultos, independentemente de sua escolarização anterior. O nível técnico abrange cursos de qualificação profissional ou de habilitação profissional. No primeiro caso, exige-se, na matrícula, a conclusão do ensino fundamental, sendo conferido ao final do curso um certificado de qualificação profissional. No segundo caso, exige-se que o aluno esteja cursando ou já tenha concluído o ensino médio, sendo conferido a ele diploma de técnico. O nível tecnológico compreende os cursos técnicos de nível superior que se destinam aos egressos do ensino médio e técnico. Com o decreto nº 5.154/2004, abole-se o nível básico, mantendo os níveis técnico e tecnológico.

*do ensino médio* – parecer CNE/CEB nº 15/1998 e resolução CNE/CEB nº 3/1998 (Brasil, Ministério da Educação, 1998a e 1998b) – e, posteriormente, das *Diretrizes curriculares nacionais da educação profissional* – parecer CNE/CEB nº 16/1999 e resolução CNE/CEB nº 4/1999 (Brasil, Ministério da Educação, 1999a e 1999b). A noção de competência se difundiu no Brasil nos anos 1990, associada à apologia da “sociedade do conhecimento” ou da “sociedade pós-industrial”, extensamente veiculada pelos organismos internacionais, principalmente o Banco Mundial. Para o BM, “conhecimento é desenvolvimento”. Isso porque,

[...] nas últimas décadas se teria verificado uma alteração substantiva nas bases materiais e organizacionais da produção em nível global, passando-se de economias baseadas no trabalho para economias baseadas no conhecimento. [...] Portanto, ele constitui o grande diferencial entre riqueza e pobreza, seja dos indivíduos, seja das nações. Nas palavras do Banco [Mundial], “os países – e as pessoas – pobres são diferentes dos ricos não só porque têm menos capital, mas porque têm menos conhecimento”. (Neves e Pronko, 2008, p. 151)

Segundo Frigotto (2009), a noção de “sociedade do conhecimento” é uma metamorfose da teoria do “capital humano”, ressignificada agora para um contexto marcado por desigualdade, acirramento da competição intercapitalista, desemprego estrutural, desregulamentação do mercado de trabalho e flexibilidade dos postos de trabalho e dos trabalhadores. Assim como aquela teoria mascara as relações de poder e dominação entre os países e no interior deles, a noção de “sociedade do conhecimento” vai incidir diretamente na definição das políticas educacionais, por meio das noções de competência, formação flexível e polivalente, empregabilidade, entre outras, que acabam por atribuir aos indivíduos a responsabilidade por seu desemprego ou subemprego. Para esse autor, as

[...] políticas de educação escolar e de formação técnico-profissional que se consolidaram na hegemonia neoliberal buscaram, não sem contradições, a produção das qualificações necessárias

ao funcionamento da economia nos setores restritos que exigem trabalho complexo, o alargamento da formação para o trabalho simples e a formação de quadros para a elaboração e a disseminação da pedagogia da hegemonia. Trata-se de produzir o pacote de competências adequadas à formação do “cidadão produtivo”, ajustado técnica e socialmente às demandas do capital. Um cidadão que acredite que a ele não compete ser sujeito político. (Frigotto, 2006, p. 266)

A noção de competências nasce, portanto, no contexto de crise e de redefinição do modo de acumulação capitalista capitaneada pela esfera financeira, passando a determinar o processo educativo escolar numa perspectiva pragmática, adaptativa e individualizante, posto que fundamentada na psicologia condutivista e na sociologia funcionalista. Ambas as abordagens, segundo Ramos (2007c), contribuíram para consolidar uma visão do ser humano como uma entidade programável e adaptável às circunstâncias.

Diferentemente do conceito de qualificação,<sup>20</sup> que se consolidou como conceito-chave para a classificação dos empregos como decorrência da sua multidimensionalidade social e coletiva, as competências “aparecem destacando os atributos individuais do trabalhador” e “são apresentadas como propriedades instáveis dentro e fora do exercício do trabalho” (Ramos, 2009, p. 300). Nesse sentido, o desemprego e as diversas formas de trabalho precário passam a ser explicadas pela falta de competência(s) do trabalhador, e a sua empregabilidade, ou não, é uma responsabilidade individual. Para o trabalhador conseguir um emprego – “ser empregável” e competitivo – ou para se manter no mesmo, deve permanentemente dar “provas de sua adequação ao posto de trabalho e de seu direito a uma promoção”. Já no interior da escola, as competências deslocam o “ensino centrado em saberes disciplinares para um ensino definido pela produção de competências verificáveis em situações e tarefas específicas [...]” (Ramos, 2009, p. 301), associadas às noções de saber, saber-fazer e saber-ser.<sup>21</sup>

<sup>20</sup> Para uma discussão sobre o conceito de qualificação como relação social e o deslocamento conceitual operado pela noção de competências, ver Ramos, 2002, p. 37-69.

<sup>21</sup> Para uma análise das noções de saber, saber-fazer e saber-ser, de sua relação com as quatro necessidades de aprendizagem divulgadas pela Unesco – aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser – e de como se essas noções se expressaram nas *Diretrizes curriculares nacionais do ensino médio*, após a reforma educacional, ver Ramos, 2002, capítulo 3.

Analisando as *Diretrizes curriculares nacionais da educação profissional* elaboradas pelo Ministério da Educação (MEC), Ramos (2002) observa que o “princípio ordenador da educação profissional de nível técnico é o desenvolvimento de competências profissionais para a laborabilidade”, definidas nas diretrizes como a “capacidade de articular, mobilizar e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho” (ibid., p. 144). A autora ressalta ainda a visão apologética das tecnologias e dos efeitos dessas e da reorganização industrial sobre o trabalho e a educação que perpassa tanto as diretrizes do ensino médio quanto as da educação profissional. Essa visão determinista justifica a necessidade de revisão dos currículos, procurando criar maior capacidade de raciocínio, autonomia intelectual, pensamento crítico, iniciativa própria, espírito empreendedor e capacidade de visualização e de resolução de problemas.

A pedagogia das competências, portanto, visa tornar a escola produtora de competências para o mercado. Ela não tem compromisso com a formação de sujeitos políticos, e sim com a formação de um indivíduo, que vai ao mercado medir a sua carteira de competências com outros indivíduos. O conhecimento que interessa é o conhecimento útil, e não aquele que é resultado de um esforço social, historicamente construído e determinado, visando compreender a realidade para analisá-la e transformá-la.

Esse contexto neoliberal também foi adverso para a formação dos trabalhadores técnicos de saúde, principalmente em instituições públicas. Em primeiro lugar, a Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde não conseguiu se consolidar como espaço de formação profissional, em razão da asfixia financeira a que foram submetidos os estados e municípios brasileiros. Além disso, a maioria dessas escolas não conseguiu se constituir como unidade orçamentária e de lotação de pessoal, com autonomia administrativa e financeira. Consequentemente, eram escassas as possibilidades de construir um projeto próprio, e a falta de recursos financeiros e de autonomia a que estavam submetidas, gerou um impasse entre satisfazer as demandas para a realização de ações de formação dos trabalhadores técnicos de saúde já engajados nos serviços ou contemplar as novas

demandas de formação, decorrentes da implantação de novas ações e programas de saúde.

Em segundo lugar, a perspectiva de que a formação dos trabalhadores técnicos em saúde fosse integrada e organizada no interior de “um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino”, conforme a lei nº 8.080/1990, não se realizou. Da mesma forma, o mandato constitucional que definiu a atribuição do SUS para “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” também não foi regulamentado. Isso ocorreu à revelia das propostas aprovadas nas Conferências Nacionais de Saúde realizadas nesse período, que, sem negarem as iniciativas voltadas para a profissionalização e/ou a requalificação dos trabalhadores de saúde já inseridos nos serviços, apontam para uma perspectiva mais ampla de construção de um sistema de formação em saúde comprometido com as mudanças no modo de produzir saúde.

Tomando como referência o levantamento acerca das conferências realizado por Ceccim, Armani e Rocha (2002)<sup>22</sup> no que diz respeito à formação de recursos humanos em saúde, na IX CNS, realizada em 1992, no auge do processo de discussão do *impeachment* de Fernando Collor de Mello, deliberou-se sobre a necessidade de assegurar uma política de formação que se articulasse com os órgãos formadores, assim como de garantir a imediata regulamentação dessa atribuição.

Na X CNS, realizada em 1996, no primeiro mandato de FHC, entre os princípios aprovados para a construção de um Plano de Ordenamento da Capacitação, Formação, Educação Continuada e Reciclagem de Recursos Humanos em Saúde (Ceccim, Armani e Rocha, 2002, p. 376), destacam-se: a) o fortalecimento dos vínculos com as universidades, visando à mudança na formação dos trabalhadores em saúde, em todos os níveis de ensino, na perspectiva da Atenção Integral à Saúde; b) o estímulo ao uso

---

<sup>22</sup> Os autores buscam identificar as interseções entre gestão em saúde e formação dos trabalhadores para o SUS, por meio do levantamento de informações constantes na legislação do SUS e nas Conferências Nacionais de Saúde realizadas de 1986 a 2000, ou seja, da VII CNS a XI CNS. A XII CNS e a XIII CNS foram realizadas, respectivamente, em 2003 e 2007. Para os propósitos da discussão em torno da ordenação da formação dos trabalhadores de saúde e da necessidade de reconfiguração dessa mesma formação tendo em vista o fortalecimento do SUS, consideramos o levantamento dos autores suficiente.

das unidades e serviços do SUS como espaço prioritário para a formação, com supervisão pelas unidades de ensino e de serviço; c) a criação de novos cursos de níveis médio e superior na área de saúde, de acordo com as necessidades do SUS, identificadas com base em critérios epidemiológicos e na manifestação dos Conselhos de Saúde; e d) a qualificação dos cursos profissionalizantes de nível médio para a área de saúde, com fiscalização rigorosa e fechamento dos que não têm condições de funcionamento. Além disso, recomendou-se que os gestores do SUS, com o apoio das agências de fomento à pesquisa, participassem de projetos de avaliação das instituições formadoras em saúde, bem como da implantação e da manutenção técnica e financeira de centros formadores de trabalhadores em saúde, autônomos, com atuação integrada aos conselhos estaduais e municipais de Saúde e às secretarias de Educação e universidades (Ceccim, Armani e Rocha, 2002, p. 376).

Na XI CNS, realizada em 2000, destaca-se a aprovação da proposição de que, para garantir o fortalecimento dos princípios do SUS, seu caráter público, a integralidade, a equidade e a humanização do atendimento,

[...] os novos trabalhadores do setor público de saúde deverão ter formação adequada para o novo modelo de atenção à saúde preconizado e aos antigos em atuação na rede deve ser assegurado um programa de educação continuada através de escolas técnicas e de escolas de saúde pública dos estados. (Apud Ceccim, Armani e Rocha, 2002, p. 379)

Além disso, a XI CNS aprovou a necessidade de recursos financeiros para a formação dos trabalhadores de saúde – definindo um perfil profissional apropriado às necessidades locais – e, mais do que isso, defendeu a proposta de assegurar um mínimo de 1% do orçamento da saúde para a capacitação de trabalhadores, em cada esfera de governo, aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde. Nessa conferência, foi reiterada novamente a necessidade de regulamentação do artigo 200 da CF e de revisão das estruturas curriculares dos cursos, enriquecendo-os com debates sobre a política de saúde, legislação em saúde, trabalho em saúde e saúde cole-

tiva. Finalmente, destacam-se duas recomendações que foram aprovadas tendo em vista a formação dos trabalhadores de saúde e a regulação da formação:

[...] que os Conselhos de Saúde e de Educação criem critérios rígidos que regulem a criação de novas instituições formadoras, a abertura de cursos e a ampliação de vagas na área de saúde e, dentre eles, seja considerada a necessidade social de cada região, em cumprimento à lei nº 8.080/1990, artigo 6º, parágrafo III, que diz estar no campo de atuação do SUS a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde. (Apud Ceccim, Armani e Rocha, 2002, p. 379)

Garantir uma escola integrada com o serviço de saúde com gestão democrática e horizontalizada, partilhada com o SUS, que problematize as questões de saúde de sua região, seu país e seu mundo e que atue na proposição de mudanças com e para a sociedade, por meio, por exemplo, da extensão. Garantir uma escola que seja orientada para o ser humano, que produza um profissional qualificado e crítico do ponto de vista técnico-científico, humano e ético, atuante e comprometido socialmente com a luta pela saúde de seu povo. Garantir uma escola que também produza conhecimento (pesquisa) para o sistema de saúde. (Ibid., p. 380)

Portanto, as Conferências Nacionais de Saúde não deixaram de indicar, em primeiro lugar, a necessidade de uma formação ampliada dos trabalhadores de saúde, engajada técnica e politicamente com a construção do SUS universal, integral e equitativo. Em segundo lugar, ressaltaram também a necessária autonomia e o financiamento das escolas técnicas de saúde vinculadas à esfera pública, inclusive definindo percentual mínimo obrigatório. Por último, reforçaram a necessidade de ordenação da formação em saúde de acordo com as necessidades da população e do SUS, em razão das mudanças que se operavam na dinâmica populacional e do avanço na (re)organização do próprio sistema.

Ao contrário dessas perspectivas, verifica-se, na segunda metade dos anos 1990, a explosão dos cursos básicos em todas as áreas e especialmente na área de saúde, sob a égide do extinto decreto nº 2.208/1997, detectada por ocasião do I Censo da Educação Profissional, realizado no país em 1999. Com a função de qualificar, requalificar e reprofissionalizar os trabalhadores em geral, jovens e adultos, independentemente de escolarização anterior, em face das mudanças na organização do trabalho e da incorporação de novas tecnologias que então começa a ocorrer de forma mais sistêmica em todos os setores, esses cursos básicos serviram para alimentar a expansão do mercado educativo de cursos rápidos, estimulado por políticas públicas de criação de um mercado de formação, como o foi o Plano Nacional de Qualificação do Trabalhador (Planfor) do Ministério do Trabalho e Emprego (TEM), e com recursos do Fundo do Amparo ao Trabalhador (FAT).<sup>23</sup>

Em 2001, o censo da educação básica passou a incorporar os dados da educação profissional técnica e, a partir de então, é possível constatar o caráter eminentemente privado dos cursos técnicos, de maneira geral, e dos cursos técnicos de saúde, em particular. Nesse ano, o censo escolar contabilizou 2.334 estabelecimentos que atuavam na educação profissional em todas as áreas da economia (agropecuária e pesca, indústria, comércio e serviços). Desse universo, 785 estabelecimentos (ou 33,6%), com grande concentração na região Sudeste do país (ou 70,4%), ofereciam cursos de educação profissional de nível técnico em saúde. Esse censo mostrou também que, desses 785 estabelecimentos, 80,6% estavam vinculados ao setor privado, um dado que não teve alteração importante ao longo da primeira década deste século (Lima et al., 2003).

É nesse contexto, pautado pelo neoliberalismo da terceira via, pela construção do Estado gerencial, pela financeirização da economia, pela exacerbação da competitividade entre os hospitais privados e por mudanças qualitativas que vinham se operando no trabalho em saúde, que, em 1999, começou a ser organizado o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem, para ser desenvolvido originalmente no período 2000-2003. O seu foco na área de enfermagem deveu-se ao grande

---

<sup>23</sup> Para uma abordagem específica do Planfor, ver Cea, 2003.

contingente de atendentes de enfermagem ainda em atuação nos serviços de saúde, públicos e privados, e, como dito anteriormente, ao fato de ter expirado, em 1996, o prazo legal concedido pela Lei do Exercício Profissional de Enfermagem para não haver, a partir daquele ano, nenhum profissional ilegal exercendo a profissão.

Financiado com recursos do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) (185 milhões de dólares), do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho, por meio do FAT, (185 milhões de dólares), com o valor total de 370 milhões de dólares, o Profae foi um projeto ambicioso de formação profissional em saúde no âmbito nacional. Prevendo a requalificação de 250 mil trabalhadores sem qualificação formal e a escolarização de 105 mil sem ensino fundamental completo, principalmente atendentes de enfermagem, ganhou repercussão internacional por sua concepção, seu formato de organização e pelos resultados alcançados (Lima, 2010).

Pensado inicialmente como um projeto de requalificação dos atendentes em auxiliares de enfermagem, o Profae assumiria também a tarefa de requalificar os auxiliares de enfermagem em técnicos de enfermagem. Com isso, respondia às pressões e demandas de diversos setores da sociedade civil, como as da corporação de enfermagem – Conselho Federal de Enfermagem, Associação Brasileira de Enfermagem e Sindicatos de Enfermagem –, bem como as dos hospitais públicos e privados, que demandavam força de trabalho mais qualificada, notadamente de técnicos de enfermagem.

Esse foi um desdobramento direto da experiência do Projeto Larga Escala, e utilizou as mesmas estratégias de integração ensino/serviço, descentralização dos cursos para os municípios brasileiros e articulação com o ensino supletivo, dentro do quadro referencial da modalidade de Educação de Jovens e Adultos. Com o Profae, o setor saúde assumiu a tarefa de ordenar a formação de auxiliares de enfermagem, acionando diversos dispositivos de regulação e normatização da formação profissional – ao lado da Câmara de Educação Básica (CEB) do Conselho Nacional de Educação (CNE) e do Ministério da Saúde –, bem como de apoio à RET-SUS.

A sua concepção foi baseada fundamentalmente na perspectiva de construir a capacidade de *governança* do Ministério da Saúde e, correlativamente,

a das instâncias subnacionais – secretarias estaduais e municipais de Saúde – a fim de que elas exerçam as funções de regulação e coordenação das políticas de formação dos trabalhadores técnicos de saúde, de maneira geral, e dos auxiliares de enfermagem, em particular. Sua arquitetura de operacionalização envolveu uma complexa rede de instituições públicas e, na sua maioria, privadas, que foram organizadas como agências regionais, operadoras e executoras da formação profissional em todo o território nacional, por meio de processos licitatórios, critérios de elegibilidade das instituições e avaliação das propostas pedagógicas segundo pré-requisitos estabelecidos, entre outros aspectos (Lima, 2010).<sup>24</sup>

Nesse sentido, o Profae foi um exemplo bem-sucedido da organização da *competição administrada* no interior do Ministério da Saúde. Assim como a proposta de reforma do Estado aprovada e encaminhada pelo extinto Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (Mare), sob o comando de Bresser-Pereira, o Profae foi organizado de forma a se transformar de um sistema de financiamento baseado na oferta de serviços educacionais em outro, baseado na demanda de serviços. Isto é, a formação profissional dos auxiliares de enfermagem e dos técnicos de enfermagem não seria executada pelas escolas técnicas do SUS (ETSUS), mas segundo o sistema de concorrência entre essas escolas e as escolas privadas.

E essa é uma grande diferença entre o Profae e o Projeto Larga Escala. Nesse último, a principal estratégia para a formação dos trabalhadores técnicos de saúde foi a de buscar o financiamento público, ou seja, o compromisso ou a responsabilidade financeira das secretarias estaduais/municipais de Saúde com a oferta de formação profissional diretamente pelo Estado, por meio das ETSUS. No final dos anos 1980, o Projeto Larga Escala inclusive tentou articular, com o Ministério da Educação, a abertura de uma rede de escolas técnicas de saúde nos âmbitos federal,

---

<sup>24</sup> As agências regionais eram responsáveis pela supervisão e pelo monitoramento dos cursos do Profae. Também prestavam apoio técnico às escolas e às operadoras. As operadoras eram responsáveis pela administração contábil e financeira dos recursos. Poderiam também ser executoras, desde que fossem instituições de ensino credenciadas pelo sistema educacional ou se associassem a outros serviços educacionais para a prestação de serviços. As executoras eram responsáveis pelos cursos de qualificação profissional ou de escolarização (complementação do ensino fundamental). Entretanto, o subcomponente de escolarização, na maioria dos estados, foi viabilizado por meio de convênios com as secretarias estaduais de Educação. Para maiores detalhes sobre a organização, o funcionamento e os resultados do Profae, ver Brasil, Ministério da Saúde, 2008.

estadual e municipal, que malogrou com a gestão Collor (Brasil, Ministério da Educação, 1989). Com o Profae, no entanto, a lógica da *competição administrada* dos serviços educacionais colocou as ETSUS como integrantes de um sistema de oferta, competindo indistintamente com as escolas privadas, com base nas demandas do Ministério da Saúde e no arcabouço conceitual do “público não estatal”. Desse último ponto de vista, a natureza pública ou privada das ações de saúde e, especificamente, da formação profissional é irrelevante, o que “interessa é fazer” que o “cliente” fique satisfeito.

O Profae, portanto, seguiu a tendência da política governamental de flexibilização do SUS. Para o Mare, a modernização era sinônimo de terceirização, privatização e competitividade, e não de elaboração de uma agenda pública que, preservando o caráter estatal, público e estratégico das ETSUS, avançasse na estratégia, definida pelo antigo Projeto Larga Escala, de torná-las um investimento do Estado, transformando-as em unidades orçamentárias e financeiras.

Porém, o Profae também estava sendo construído numa conjuntura de reforma educacional, como assinalado. Nesse sentido, não só incorporou a concepção de educação baseada na noção de competência que, a partir da segunda metade dos anos 1990, passou a determinar os conteúdos do ensino médio e da formação profissional no Brasil, como contribuiu para a difusão dessa concepção, com a criação e a operacionalização do sistema de certificação de competências (SCC) do Profae, voltado para o auxiliar de enfermagem. Segundo Ramos (2007a), toda a mobilização em torno dessa abordagem fez dela a principal difusora da pedagogia das competências em nosso meio e contribuiu para que a área da saúde incorporasse, mais do que outras áreas, essa diretriz.

Alguns estudos, porém, não permitem dizer que a equipe do Profae tenha incorporado a noção de competências de maneira acrítica e mecânica, tal qual formulada nas *Diretrizes curriculares nacionais da educação profissional* do MEC. A criação do SCC do Profae desencadeou, no interior do projeto, a busca de uma alternativa contrária à perspectiva funcionalista e condutivista de definição das competências profissionais e um processo de recontextualização das bases legais da educação profissional dos

trabalhadores técnicos de saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 2000; Marques, 2001; Torrez, 2001; e Lima, 2010).

Por outro lado, a maioria das instituições contratadas pelo Profae – agências regionais, operadoras e executoras – era do setor privado. Em 2004, entre as executoras, 68% eram privadas e 32%, públicas. Das instituições públicas, 12% eram ETSUS e 20% outras escolas públicas. Das instituições privadas, 10% eram do Sistema S (leia-se Senac) e 58% de outras escolas privadas (Brasil, Ministério da Saúde, 2008). Como a opção política do Profae foi produzir um grande impacto em âmbito nacional em termos de profissionalização na área de enfermagem, o resultado não poderia ser diferente. Ao ser aberta a concorrência pública, a maioria das propostas só poderia ser de escolas privadas, pois eram elas que detinham a maior capacidade instalada no país, como vimos acima. Nesse sentido, o Profae não só contribuiu para redefinir a relação trabalho/educação na área de saúde sob a lógica das competências, como também induziu o fortalecimento do mercado educativo no setor.

O Profae cumpriu um papel político importante ao tornar pública a problemática dos atendentes de enfermagem e contribuir para a requalificação desses como auxiliares de enfermagem. Para aqueles que já atuavam nos serviços de saúde, a posse do certificado de qualificação eliminou a ilegalidade de sua atuação e abriu a possibilidade de reconhecimento profissional nos órgãos da categoria. Por outra parte, sedimentou a escolarização regular dos auxiliares de enfermagem e aumentou o contingente de técnicos médios no mercado de trabalho setorial para o exercício do trabalho complexo na área de enfermagem, tendo em vista as mudanças na base técnica da produção e os novos modelos de gestão do trabalho.

Entretanto, o Profae foi, antes de tudo, um projeto circunstancial e emergencial, com foco apenas na área de enfermagem, financiado parcialmente com recursos externos e sob certas condicionalidades. Sua ação esteve voltada principalmente para a qualificação e a habilitação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem que atuavam nos serviços de saúde públicos e privados não chegando a se configurar como uma política de ordenação da formação profissional em saúde que visasse, entre outras questões, à “qualificação dos cursos profissionalizantes de nível médio para

a área de saúde, com fiscalização rigorosa e fechamento dos que não têm condições de funcionamento” (Ceccim, Armani e Rocha, 2002, p. 377), tal qual aprovado na X CNS, em 1996.

Nos governos Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006 e 2007-2010), a criação do Programa de Formação na Área de Educação Profissional em Saúde (Profaps) ampliou esse modelo de formação para outras áreas profissionais, mas não se configurou como política de ordenação que buscasse avançar na concepção e na forma de organização, no país, da formação profissional em saúde, processo que deveria ser concomitante e/ou consequência de iniciativas que visassem à mudança do modelo de atenção à saúde então vigente, de base flexneriana. Ao contrário, nesse período, não foi revertida a pedagogia baseada na noção de competências, a Estratégia Saúde da Família (ESF) não se transformou num elemento capaz de redefinir o modelo de saúde e o arcabouço conceitual do “público não estatal” também foi mantido.

Concomitantemente, o que se observa é uma intensa mobilização das instituições privadas de saúde, por intermédio da Confederação Nacional de Saúde (CNSa),<sup>25</sup> que se organizaram para viabilizar a constituição do Serviço Nacional de Aprendizagem da Saúde (Senass) e do Serviço Social da Saúde (SESS), com o apoio do Ministério da Saúde. Desde 2001, tramita no Senado Federal o projeto de lei do Senado (PLS) nº 131/2001, que cria o que vinha sendo denominado de “Sistema S da Saúde”. Caso aprovado, viabilizará o acesso e o controle do fundo público proveniente do imposto de 2,5% sobre a folha de pagamento de todos os estabelecimentos de saúde – atualmente controlado pela Confederação Nacional do Comércio (CNC), com estimativa prevista de arrecadação de recursos da ordem de 250 milhões de reais para 2010 (Confederação Nacional de Saúde, s.d.).

A tendência é a de que, entre os cursos organizados segundo o futuro “Sistema S da Saúde”, sejam privilegiados aqueles que potencializem a realização da cadeia de valor dos empreendimentos privados, particularmente, os de graduação tecnológica, seguindo-se a mesma trajetória que se vem

<sup>25</sup> A Confederação Nacional de Saúde, criada em 1994, é a entidade sindical patronal de terceiro grau. Ela representa os interesses de todos os prestadores privados de saúde no país – hospitais, clínicas e serviços de diagnóstico, imagem e fisioterapia (lucrativos e filantrópicos) – e as operadoras de planos de saúde.

verificando no Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Lima, 2010; e Neves e Pronko, 2008). Entretanto, essa tendência não parece significar o abandono das ações de treinamento e capacitação em serviço para todos os trabalhadores de saúde, inclusive os trabalhadores técnicos.

Em síntese, a discussão sobre a formação profissional dos trabalhadores técnicos de saúde nas duas últimas décadas indica que estamos diante de novos e grandes desafios. Pode-se dizer que não existe, no Brasil, uma política de formação profissional em saúde, mas uma política de formação profissional aplicada à saúde e regida de acordo com os critérios do mercado. Paradoxalmente, o SUS se transformou num vasto mercado para os empresários da educação, tendo se tornado um grande empregador, mas sem nenhuma atuação que permita rever o conteúdo e a forma como vem se dando a formação técnica de novos trabalhadores.

Nesse sentido, o fato de as instituições privadas dominarem o mercado de ensino é apenas parte de um problema que envolve a dimensão ético-política dessa mesma formação. A lógica privada, que ao longo desse período foi sendo incorporada pelas instituições públicas, não é solidária com a construção de um SUS público e universal, nem com um modelo de atenção baseado na atenção integral à saúde e que busque reverter a concepção flexneriana hegemônica, preocupada com as necessidades do mercado da saúde, isto é, com o lucro.

Esse percurso histórico inicial informa a análise quantitativa e qualitativa sobre as instituições de formação de trabalhadores técnicos em saúde realizada a seguir, quando se detalham algumas das tendências apontadas para o período de realização da pesquisa.

## **2.2 A formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Brasil em perspectiva quantitativa**

A análise quantitativa das instituições de formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil se propôs a identificar as subáreas de formação em saúde, o número de cursos (tipos e modalidades) e os estabeleci-

mentos ofertantes de educação profissional em saúde no Brasil, com base nos dados do Cadastro Nacional de Cursos de Educação Profissional de Nível Técnico (CNCT) e de um questionário especialmente elaborado para a pesquisa, encaminhado para o conjunto dos estabelecimentos de ensino.

Após um atraso de três décadas (Lima et al., 2003), o Brasil começou a estruturar uma base de dados sobre essa modalidade de ensino em 2001, ainda com uma série de limites e restrições. A partir desse ano, o Censo Escolar – realizado anualmente pelo Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), do Ministério da Educação – passou a agregar informações sobre a educação profissional em geral e, particularmente, sobre a educação no setor saúde.<sup>26</sup> Além do Censo Escolar, e para dar cumprimento à resolução CNE/CEB nº 4/1999, que instituiu as *Diretrizes curriculares nacionais para a educação profissional de nível técnico*, o Ministério da Educação organizou, em caráter experimental, o Cadastro Nacional de Cursos de Educação Profissional de Nível Técnico,<sup>27</sup> com a finalidade de tornar disponíveis os planos de curso<sup>28</sup> e as informações sobre as escolas de todo o país, bem como de permitir a fiscalização pelo aluno do cumprimento do plano escolar. A própria unidade escolar é responsável pelo cadastro do curso no MEC, desde que o mesmo tenha sido aprovado pelos Conselhos Estaduais de Educação ou pelas Secretarias Estaduais de Educação, não sendo de caráter obrigatório o seu preenchimento. Porém, para que o curso técnico tenha validade no território nacional, a escola e o curso devem constar do CNCT.

<sup>26</sup> Desde 2002, o Observatório dos Técnicos em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, integrante da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Ministério da Saúde, vem realizando estudos com base nessa fonte de informação. Para maiores detalhes sobre a base de dados, seus limites e os estudos realizados, ver Lima et al., 2002; Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2003; Lima et al., 2003, e Lima et al., 2004.

<sup>27</sup> O artigo 13 da resolução CNE/CEB nº 4/1999 dispõe sobre a organização do Cadastro Nacional de Cursos de Educação Profissional de Nível Técnico, para seu registro e divulgação em âmbito nacional. Somente são inseridos no cadastro nacional os planos de cursos aprovados pelos órgãos competentes dos respectivos sistemas de ensino estaduais.

<sup>28</sup> Segundo o artigo 10 da resolução CNE/CEB nº 4/1999, os planos de curso devem ser coerentes com os respectivos projetos pedagógicos e submetidos à aprovação dos órgãos competentes dos sistemas de ensino, contendo justificativa e objetivos; requisitos de acesso; perfil profissional de conclusão; organização curricular; critérios de aproveitamento de conhecimentos e experiências anteriores; critérios de avaliação; instalações e equipamentos; pessoal docente e técnico; e certificados e diplomas.

Optou-se, nesta pesquisa, pela utilização do CNCT justamente pelo fato de os cursos nele cadastrados terem validade nacional e pela possibilidade de cotejo de suas informações com as do Censo Escolar, já utilizadas em outros estudos do Observatório dos Técnicos de Saúde, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV).<sup>29</sup> Entretanto, cabe ressaltar que o cadastro tem alguns limites, pois, ainda que seja possível identificar as instituições e os cursos cadastrados, não há informações relativas ao número de vagas, matrículas e concluintes, ou seja, não há dados sobre os alunos como os que o censo escolar fornece. Nesse sentido, consideramos o CNCT um instrumento precário para servir de referência, por exemplo, para o cálculo da cobertura da educação profissional técnica no país, seja porque é um instrumento em caráter experimental, seja porque o cadastramento das escolas é um ato voluntário da instituição de ensino, sem caráter obrigatório. Essa mesma crítica também pode ser dirigida ao Sistema Nacional de Informações da Educação Profissional e Tecnológica (Sistec), recentemente estruturado pelo MEC em substituição ao CNCT.

Considerando essas limitações, a análise quantitativa desta pesquisa sobre as instituições de formação de trabalhadores técnicos em saúde cotejou dois conjuntos de informações: os dados correspondentes aos 1.636 estabelecimentos escolares registrados no CNCT que oferecem cursos de educação profissional em saúde; e as informações provenientes dos estabelecimentos de ensino de todas as regiões do país, que responderam a um questionário elaborado com o objetivo de aprofundar determina-

---

<sup>29</sup> Em agosto de 2007, através do ofício circular Dpai/Setec/MEC nº 91/2007, o CNCT foi oficialmente desativado. Entretanto, desde o primeiro semestre de 2007, o acesso ao sistema era intermitente: ora estava acessível, ora estava fora do ar. O levantamento foi realizado no período de maio e junho de 2007, mediante consulta ao sistema, no endereço eletrônico <http://www.mec.gov.br/setec/CNCT>. A partir de 2009, o CNCT foi substituído pelo Sistema Nacional de Informações da Educação Profissional e Tecnológica (Sistec), de acordo com a resolução CNE/CEB nº 3, de 3 de setembro de 2009. Esse sistema visa não apenas dar validade nacional aos diplomas, como também formar um banco de dados sobre os cursos técnicos existentes no país. Caso a escola que oferece ensino técnico de nível médio também ofereça cursos de formação inicial e continuada, o Sistec apresentará os dados referentes aos cursos e aos alunos dessa última oferta de ensino. Segundo o MEC, todas as unidades de ensino credenciadas que oferecem cursos técnicos de nível médio, independentemente da sua categoria administrativa – pública ou privada, incluindo aquelas referidas no artigo 240 da CF de 1988, isto é, as vinculadas ao sistema sindical –, do sistema de ensino – federal, estadual ou municipal – e do seu nível de autonomia, devem se cadastrar no Sistec. Para mais informações, ver: <http://sitesistec.mec.gov.br/>.

das questões não contempladas no CNCT.<sup>30</sup> Dessa análise, privilegiamos quatro aspectos principais, que materializam, em números, as tendências históricas mencionadas acima: a concentração regional dos estabelecimentos de ensino, o caráter privado do ensino técnico em saúde no Brasil, a centralidade da oferta dos cursos de enfermagem e a predominância da pedagogia das competências como concepção de formação.

### 2.2.1 Concentração regional dos estabelecimentos de ensino

Até o primeiro semestre de 2007, haviam sido registrados, no CNCT, como mencionado anteriormente, 1.636 estabelecimentos de ensino que ofereciam cursos de educação profissional em saúde no país, podendo uma mesma instituição oferecer cursos técnicos de diferentes subáreas de formação. Na sua maioria, esses estabelecimentos estavam localizados na região Sudeste (56,48%); e, se considerarmos o eixo Sudeste-Sul, observamos que aí se concentravam 74,94% desses cursos. A região com menor número de estabelecimentos cadastrados foi a região Norte (5,44%), seguida das regiões Centro-Oeste (5,93%) e Nordeste (13,51%).

Região	Valor	%
Norte	89	5,44%
Nordeste	221	13,51%
Sudeste	924	56,48%
Sul	302	18,46%
Centro-Oeste	97	5,93%
Não localizado	3	0,18%
<b>Total</b>	<b>1.636</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborada com base em dados do *Cadastro Nacional de Cursos de Educação Profissional de Nível Técnico* (Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, [s.d.]).

<sup>30</sup> O questionário, encaminhado pelo correio para as 1.636 instituições identificadas na primeira fase, era autopreenchível e estava acompanhado de envelope selado para a resposta. Obteve-se um retorno de 27,6% – aproximadamente um terço do conjunto de estabelecimentos cadastrados –, totalizando 452 instituições respondentes, o que foi considerado satisfatório.

Esses dados confirmam o resultado dos levantamentos anteriores, realizados com base no Censo Escolar, qual seja, o da grande concentração dos estabelecimentos de ensino na região Sudeste (Lima et al., 2003 e 2004). Essa concentração pode ser melhor entendida quando relacionamos esses dados ao desenvolvimento do mercado de trabalho em saúde. Em 1999 e 2002, a região Sudeste detinha, respectivamente, 50,6% e 48,2% dos postos de trabalho do país (Vieira et al., 2003); os dados de 2005 revelam que ela detém também 47,2% dos empregos em saúde. Essa realidade revela que continua existindo uma desigualdade tanto na distribuição dos estabelecimentos de ensino quanto dos postos de trabalho em saúde entre as regiões brasileiras. Contudo, os dados acima sugerem a ocorrência de uma tendência, a ser confirmada em uma série de tempo mais longa, de desconcentração dos postos de trabalho para outras regiões, o que se pode verificar também na formação técnica em saúde ao longo do tempo, pois parece haver uma relação entre a abertura de estabelecimentos de saúde e/ou o aumento de postos de trabalho e a abertura de escolas, com um aumento da oferta de cursos na área.

A maioria dos estabelecimentos cadastrados é do setor privado (87,04%) conforme se pode ver na tabela abaixo.

<b>Tabela 2. Estabelecimentos de ensino no Brasil que oferecem cursos técnicos em saúde, segundo dependência administrativa.</b>			
<b>Dependência administrativa</b>	<b>Nível</b>	<b>Número de estabelecimentos</b>	<b>%</b>
Pública	Federal	46	2,81%
	Estadual	143	8,74%
	Municipal	23	1,41%
<b>Total pública</b>		<b>212</b>	<b>12,96%</b>
Privada	Empresarial	1.069	65,34%
	Confessional	6	0,37%
	Filantrópica	92	5,62%
	Comunitária	27	1,65%
	Sistema S	230	14,06%
<b>Total privada</b>		<b>1.424</b>	<b>87,04%</b>
<b>Total</b>		<b>1.636</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborada com base em dados do *Cadastro Nacional de Cursos de Educação Profissional de Nível Técnico* (Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, [s.d.]).

Nesse setor, os estabelecimentos privados empresariais eram maioria no país (65,34%), seguidos de um importante número de instituições do Sistema S (principalmente do Senac) presentes em todas as regiões brasileiras, mas principalmente na região Centro-Oeste (39,18%).

Uma possível hipótese para esse expressivo número de instituições do Senac nessa região pode ser a expansão do agronegócio, que gera uma demanda sobre o sistema de saúde e, conseqüentemente, a necessidade de formação técnica por esse sistema, que tende a funcionar mais organicamente com as necessidades do mercado de trabalho.

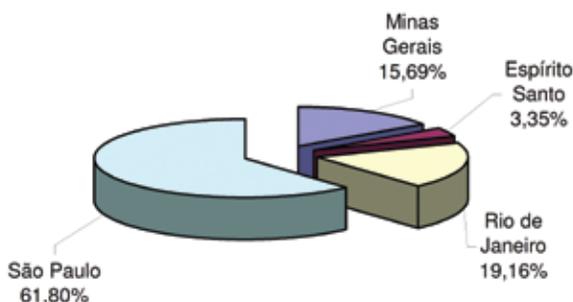
Em relação ao vínculo administrativo dos estabelecimentos públicos, em todas as regiões brasileiras predominavam os estabelecimentos estaduais. As únicas regiões com presença importante de instituições federais eram Nordeste e Sul. O número de estabelecimentos municipais era escasso em todas as regiões, exceto no Sudeste. Esse último dado é muito distinto do que ocorre com os estabelecimentos de saúde, uma vez que estão subordinados majoritariamente à esfera municipal, responsável, após o processo de descentralização verificado a partir dos anos 1990, pela execução das ações de saúde. No setor educacional, a responsabilidade constitucional pela organização e oferta do ensino médio é do setor público estadual. Como a habilitação profissional exige a conclusão desse nível de ensino, isso explica a concentração da oferta nos estabelecimentos subordinados a essa esfera de governo. Isso não impede que, atendida a sua responsabilidade constitucional – educação infantil e fundamental –, os governos municipais também atuem nessa modalidade de ensino.

**Tabela 3. Distribuição dos estabelecimentos de ensino no Brasil que oferecem cursos técnicos em saúde, segundo unidades da Federação.**

<b>Unidades da Federação</b>	<b>Estabelecimentos cadastrados</b>	<b>Unidades da Federação</b>	<b>Estabelecimentos cadastrados</b>
Rondônia	0,79%	Sergipe	1,16%
Acre	0,12%	Bahia	5,56%
Amazonas	0,79%	Minas Gerais	8,86%
Roraima	0,37%	Espírito Santo	1,89%
Pará	1,71%	Rio de Janeiro	10,82%
Amapá	0,43%	São Paulo	34,90%
Tocantins	1,22%	Paraná	4,89%
Maranhão	0,06%	Santa Catarina	6,11%
Piauí	0,06%	Rio Grande do Sul	7,46%
Ceará	2,08%	Mato Grosso do Sul	1,53%
Rio Grande do Norte	0,79%	Mato Grosso	2,08%
Paraíba	1,89%	Goiás	2,14%
Pernambuco	1,41%	Distrito Federal	0,18%
Alagoas	0,49%	Não Localizada	0,18%
<b>Brasil</b>			<b>100%</b>

Fonte: Elaborada com base em dados do *Cadastro Nacional de Cursos de Educação Profissional de Nível Técnico* (Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, [s.d.]).

Entre os estados brasileiros, o estado de São Paulo concentrava 34,90% dos estabelecimentos cadastrados. Quando se considera somente a região Sudeste, São Paulo representava 61,80% da oferta de estabelecimentos, vindo a seguir Rio de Janeiro (19,15%), Minas Gerais (15,70%) e Espírito Santo (3,35%). Em 2002, São Paulo concentrava quase a metade (45,93%) dos estabelecimentos de ensino técnico em saúde na região, superando o número de estabelecimentos dos estados do Rio de Janeiro e Minas Gerais juntos (Lima et al., 2004). De fato, o censo escolar vem mostrando que esse estado é o que concentra a maior capacidade instalada dessa modalidade de ensino no país.

**Gráfico 1. Distribuição dos estabelecimentos de ensino que oferecem cursos técnicos em saúde na região Sudeste – Brasil**

Fonte: Elaborado com base em dados do *Cadastro Nacional de Cursos de Educação Profissional de Nível Técnico* (Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, [s.d.]).

### 2.2.2 O caráter privado do ensino técnico em saúde

No cadastro do CNCT, foram registrados um total de 5.021 cursos de educação profissional técnica em saúde, distribuído em cursos de especialização (10,64%), habilitação técnica (59,57%) e qualificação profissional (29,79%).<sup>31</sup>

Tipo de curso	nº	%
Especialização	534	10,64%
Habilitação	2.991	59,57%
Qualificação	1.496	29,79%
<b>Total</b>	<b>5.021</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborada com base em dados do *Cadastro Nacional de Cursos de Educação Profissional de Nível Técnico* (Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, [s.d.]).

<sup>31</sup> O curso de habilitação profissional, que confere o diploma de técnico, exige que o aluno esteja cursando ou já tenha concluído o ensino médio. O curso de qualificação exige que, na matrícula, o ensino fundamental tenha sido concluído; ao final do curso, é conferido certificado de qualificação profissional como auxiliar técnico. O curso de especialização técnica pode ser realizado após a conclusão da qualificação profissional e/ou da habilitação técnica.

Em todas as áreas predominavam os cursos de habilitação, que exigem o ensino médio, exceto nas áreas de estética, saúde comunitária e gestão em saúde, nas quais se verificou um maior número de cursos de qualificação profissional, com exigência do ensino fundamental. Como o interesse deste estudo são, especificamente, os cursos de habilitação, a análise a seguir enfatizará esse tipo de curso.

Considerando o total de 2.991 cursos de habilitação, 42,69% eram da área de enfermagem, vindo, a seguir, os cursos de segurança no trabalho (13,41%), saúde bucal (10,33%), radiologia e diagnóstico por imagem (7,66%), nutrição e dietética (4,91%) e biodiagnóstico (4,78%).

<b>Tabela 5. Cursos de habilitação técnica em saúde no Brasil, segundo subáreas de formação.</b>		
<b>Subáreas</b>	<b>Habilitação</b>	
	nº	%
Biodiagnóstico	143	4,78
Enfermagem	1277	42,69
Estética	75	2,51
Farmácia	124	4,15
Gestão em saúde	5	0,17
Hemoterapia	39	1,3
Nutrição e dietética	147	4,91
Radiologia e diagnóstico por imagem	229	7,66
Reabilitação	127	4,25
Saúde bucal	309	10,33
Saúde comunitária	8	0,27
Saúde visual	40	1,34
Segurança no trabalho	401	13,41
Terapias naturais	25	0,84
Veterinária	4	0,13
Vigilância sanitária	17	0,57
Outros cursos da área	21	0,7
<b>Total</b>	<b>2.991</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborada com base em dados do *Cadastro Nacional de Cursos de Educação Profissional de Nível Técnico* (Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, [s.d.]).

Essa ordem de distribuição era a mesma tanto no setor público quanto no privado, apresentando apenas pequena variação, pois, em termos relativos, o setor público tinha maior número de cursos de biodiagnóstico e de nutrição e dietética, e o setor privado, de saúde bucal e radiologia.

**Tabela 6. Distribuição dos cursos de habilitação técnica em saúde no Brasil, segundo dependência administrativa, por subáreas de formação.**

Subáreas	Dependência administrativa		Total/subáreas
	Pública	Privada	
Biodiagnóstico	8,40%	4,29%	<b>4,78%</b>
Enfermagem	45,38%	42,33%	<b>42,69%</b>
Estética	0,28%	2,81%	<b>2,51%</b>
Farmácia	2,80%	4,33%	<b>4,15%</b>
Gestão em saúde	1,40%	0%	<b>0,17%</b>
Hemoterapia	0%	1,48%	<b>1,30%</b>
Nutrição e dietética	8,12%	4,48%	<b>4,91%</b>
Radiologia e diagnóstico por imagem	3,36%	8,24%	<b>7,66%</b>
Reabilitação	1,12%	4,67%	<b>4,25%</b>
Saúde bucal	8,12%	10,63%	<b>10,33%</b>
Saúde comunitária	1,40%	0,11%	<b>0,27%</b>
Saúde visual	0,28%	1,48%	<b>1,34%</b>
Segurança no trabalho	14,01%	13,33%	<b>13,41%</b>
Terapias naturais	1,12%	0,80%	<b>0,84%</b>
Veterinária	0%	0,15%	<b>0,13%</b>
Vigilância sanitária	1,96%	0,38%	<b>0,57%</b>
Outros cursos da área	2,24%	0,49%	<b>0,70%</b>
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborada com base em dados do *Cadastro Nacional de Cursos de Educação Profissional de Nível Técnico* (Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, [s.d.]).

Porém, o que mais chama atenção é o caráter privado da formação técnica em saúde. Do total de cursos cadastrados no país, 11,94% eram do setor público e 88,06%, do setor privado.

<b>Tabela 7. Cursos de habilitação técnica em saúde no Brasil, segundo dependência administrativa.</b>			
<b>Subáreas</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>	<b>Total</b>
Biodiagnóstico	20,98%	79,02%	100%
Enfermagem	12,69%	87,31%	100%
Estética	1,33%	98,67%	100%
Farmácia	8,06%	91,94%	100%
Gestão em saúde	100%	0%	100%
Hemoterapia	0%	100%	100%
Nutrição e dietética	19,73%	80,27%	100%
Radiologia e diagnóstico por imagem	5,24%	94,76%	100%
Reabilitação	3,15%	96,85%	100%
Saúde bucal	9,39%	90,61%	100%
Saúde comunitária	62,50%	37,50%	100%
Saúde visual	2,50%	97,50%	100%
Segurança no trabalho	12,47%	87,53%	100%
Terapias naturais	16%	84%	100%
Veterinária	0%	100%	100%
Vigilância sanitária	41,18%	58,82%	100%
Outros cursos da área	38,10%	61,90%	100%
<b>Total</b>	<b>11,94%</b>	<b>88,06%</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborada com base em dados do *Cadastro Nacional de Cursos de Educação Profissional de Nível Técnico* (Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, [s.d.]).

Exceto nas áreas de saúde comunitária e gestão em saúde, o setor privado predominava em todas as subáreas, mesmo na vigilância sanitária (58,82%), área tipicamente de interesse do setor público por seu caráter de polícia, o que talvez possa indicar o sub-registro das instituições públicas. Não há registro de oferta de cursos de hemoterapia e de veterinária pelo setor público, toda a oferta era da iniciativa privada. O Censo Escolar no período 2001-2005<sup>32</sup> também revela essa intensa participação do setor privado na oferta de cursos técnicos na área de saúde, configurando um importante “mercado educativo”.

<sup>32</sup> Essa informação foi retirada do *Banco de dados da educação profissional em saúde* (BEPSSaúde), da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (s.d.).

Nos últimos anos tem havido intenso processo de abertura de cursos nessa área, com o aumento da oferta ocorrendo majoritariamente no setor privado. Parece que esse processo acompanhou as mudanças no mercado de trabalho: à medida que o emprego industrial diminui, existe uma tendência de aumento de postos de trabalho na área de serviços como um todo. Entretanto, deve-se considerar que determinadas profissões/ocupações – como as das áreas de enfermagem, saúde bucal, vigilância sanitária e os agentes comunitários de saúde<sup>33</sup> – conformam um grupo fortemente relacionado às políticas públicas de aumento de cobertura do setor saúde, particularmente pela implementação da Estratégia Saúde da Família, o que demanda a ampliação da oferta de formação técnica nessas áreas, principalmente enfermagem e saúde bucal. De todo modo, mesmo considerando que a oferta pública tenha aumentado, o investimento do setor público ainda é pequeno, particularmente na Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde, na sua maioria vinculadas aos governos estaduais.

No setor público, a maior oferta de cursos era na esfera estadual (8,16%), exceto em relação ao curso de estética, oferecido apenas por uma escola federal. No interior do setor privado, o componente privado empresarial predominava na maioria das áreas, exceto nas áreas de estética, hemoterapia e reabilitação, visto que a maioria desses cursos haviam sido registrados pelo Sistema S (Senac), e era pouco expressiva a participação dos outros componentes do setor privado (confessional, filantrópica e comunitária) em todas as subáreas.

Segundo as grandes regiões brasileiras, a oferta de cursos de habilitação técnica acompanha a concentração dos estabelecimentos, ou seja, todas as subáreas estão concentradas na região Sudeste (62,05%), seguida das regiões Sul (17,08%), Nordeste (10,97%), Centro-Oeste (5,65%) e Norte

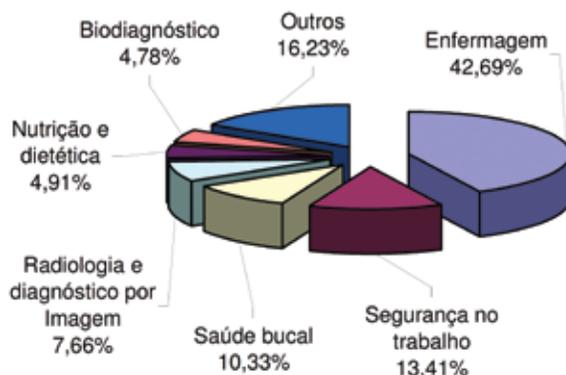
<sup>33</sup> O decreto nº 3.189/99 fixou as diretrizes para o exercício profissional do agente comunitário de saúde; a lei nº 10.507/2002 tornou essa ocupação uma profissão legalmente constituída; e o parecer CNE/CEB nº 19/2004 regulamentou a habilitação técnica dessa profissão em três módulos: um primeiro módulo sem exigência mínima de escolaridade; um segundo módulo com exigência mínima de conclusão do ensino fundamental; e um terceiro módulo que prevê a conclusão do ensino médio quando da conclusão do ensino técnico, possibilitando, assim, a obtenção do diploma de técnico pelos concluintes. Entretanto, a expansão da oferta de formação tem-se limitado apenas aos cursos de qualificação profissional ou aos dois primeiros módulos, não contemplando ainda a formação de técnicos agentes comunitários de saúde, o que se evidencia pelo pequeno número de estabelecimentos cadastrados no CNTC que oferecem cursos na área de saúde comunitária.

(4,25%). A única subárea em que não aparecem cursos na região Sudeste é a de saúde comunitária.

<b>Tabela 8. Cursos de habilitação técnica em saúde no Brasil, segundo subáreas de formação, por grandes regiões.</b>						
<b>Subáreas</b>	<b>Norte</b>	<b>Nordeste</b>	<b>Sudeste</b>	<b>Sul</b>	<b>Centro-Oeste</b>	<b>Total</b>
Biodiagnóstico	4,90%	14,69%	63,64%	10,49%	6,29%	100%
Enfermagem	5,56%	13,39%	60,53%	15,35%	5,17%	100%
Estética	2,67%	5,33%	69,33%	16%	6,67%	100%
Farmácia	1,61%	7,26%	79,84%	8,87%	2,42%	100%
Gestão em saúde	0%	20%	60%	20%	0%	100%
Hemoterapia	0%	0%	100%	0%	0%	100%
Nutrição e dietética	2,04%	6,12%	81,63%	8,84%	1,36%	100%
Radiologia e diagnóstico por imagem	4,37%	13,54%	58,08%	18,78%	5,24%	100%
Reabilitação	0%	3,94%	64,57%	19,69%	11,81%	100%
Saúde bucal	4,85%	10,03%	59,55%	21,04%	4,53%	100%
Saúde comunitária	25%	37,50%	0%	37,50%	0%	100%
Saúde visual	0%	25%	40%	25%	10%	100%
Segurança no trabalho	3,49%	6,98%	55,36%	26,18%	7,98%	100%
Terapias naturais	0%	8%	76%	8%	8%	100%
Veterinária	0%	0%	100%	0%	0%	100%
Vigilância sanitária	5,88%	11,76%	35,29%	23,53%	23,53%	100%
Outros cursos da área	0%	4,76%	61,90%	28,57%	4,76%	100%
<b>Total</b>	<b>4.25%</b>	<b>10.97%</b>	<b>62.05%</b>	<b>17.08%</b>	<b>5.65%</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborada com base em dados do *Cadastro Nacional de Cursos de Educação Profissional de Nível Técnico* (Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, [s.d.]).

Com pequenas variações entre as regiões, a oferta de cursos segue a mesma ordem de importância: enfermagem, segurança no trabalho, saúde bucal e radiologia.

**Gráfico 2. Cursos de Habilitação Técnica em Saúde segundo subáreas de formação no Brasil**

Fonte: Elaborada com base em dados do *Cadastro Nacional de Cursos de Educação Profissional de Nível Técnico* (Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, [s.d.]).

Das instituições que responderam ao questionário, os cursos seguem a mesma ordem, ou seja, do total de 1.244 cursos, 76,05% são de habilitação técnica, 14,87% de qualificação profissional e 9,08% são de especialização técnica.

**Tabela 9. Distribuição dos cursos de educação profissional em saúde no Brasil, oferecidos pelas instituições respondentes.**

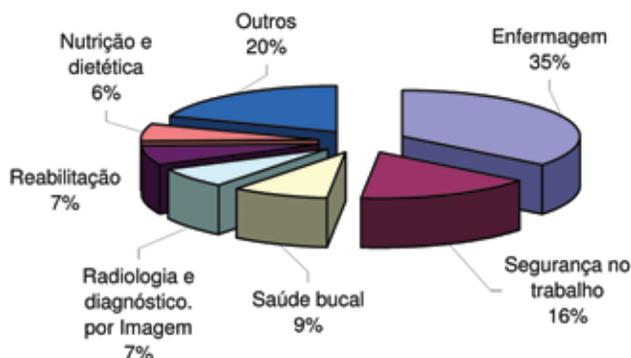
Tipo de curso	nº	%
Especialização	113	9,08%
Habilitação	946	76,05%
Qualificação	185	14,87%
<b>Total</b>	<b>1.244</b>	<b>100%</b>

Do total de 946 cursos de habilitação, 85,94% estavam vinculados ao setor privado e 14,06%, ao setor público.

O maior quantitativo era o de enfermagem, que representava 35,62% dos cursos no país, vindo a seguir os cursos nas áreas de segurança no trabalho (15,96%), saúde bucal (8,88%), radiologia (7,29%), reabilitação (6,66%) e nutrição e dietética (6,03%).

<b>Tabela 10. Distribuição dos cursos de habilitação técnica em saúde das instituições respondentes, segundo dependência administrativa.</b>			
<b>Subáreas</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>	<b>Total</b>
Biodiagnóstico	17,02%	82,98%	100%
Educação física	-	-	-
Enfermagem	16,91%	83,09%	100%
Equipamentos biomédicos	-	-	-
Estética	0%	100%	100%
Farmácia	6,38%	93,62%	100%
Gestão em saúde	50%	50%	100%
Hemoterapia	40%	60%	100%
Nutrição e dietética	22,81%	77,19%	100%
Radiologia e diagnóstico por imagem	10,14%	89,86%	100%
Reabilitação	0%	100%	100%
Saúde bucal	17,86%	82,14%	100%
Saúde comunitária	66,67%	33,33%	100%
Saúde visual	0%	100%	100%
Segurança no trabalho	12,58%	87,42%	100%
Terapias naturais	0%	100%	100%
Veterinária	0%	100%	100%
Vigilância sanitária	60%	40%	100%
Outros cursos da área	14,29%	85,71%	100%
<b>Total</b>	<b>14,06%</b>	<b>85,94%</b>	<b>100%</b>

**Gráfico 3. Cursos de Habilitação Técnica em Saúde oferecidos pelas instituições respondentes segundo subáreas de formação**



No setor público, as cinco primeiras subáreas são enfermagem (42,86%), segurança no trabalho (14,29%), saúde bucal (11,28%), nutrição e dietética (9,77%) e biodiagnóstico (6,02%); no setor privado são enfermagem (34,44%), segurança do trabalho (16,24%), saúde bucal (8,49%), reabilitação (7,75%) e radiologia (7,63%).

**Tabela 11. Cursos de habilitação técnica em saúde oferecidos pelas instituições respondentes, segundo subáreas de formação e dependência administrativa.**

Subáreas	Dependência administrativa		Total/subáreas
	Pública	Privada	
Biodiagnóstico	6,02%	4,80%	4,97%
Educação física	0,00%	0,00%	0,00%
Enfermagem	42,86%	34,44%	35,62%
Equipamentos biomédicos	0,00%	0,00%	0,00%
Estética	0,00%	4,80%	4,12%
Farmácia	2,26%	5,41%	4,97%
Gestão em saúde	0,75%	0,12%	0,21%
Hemoterapia	1,50%	0,37%	0,53%
Nutrição e dietética	9,77%	5,41%	6,03%
Radiologia e diagnóstico por imagem	5,26%	7,63%	7,29%
Reabilitação	0,00%	7,75%	6,66%
Saúde bucal	11,28%	8,49%	8,88%
Saúde comunitária	3,01%	0,25%	0,63%
Saúde cidual	0,00%	2,21%	1,90%
Segurança no trabalho	14,29%	16,24%	15,96%
Terapias naturais	0,00%	0,98%	0,85%
Veterinária	0,00%	0,12%	0,11%
Vigilância sanitária	2,26%	0,25%	0,53%
Outros cursos da área	0,75%	0,74%	0,74%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

A maior parte dos cursos do setor público estava vinculada aos governos estaduais, visto que, como destacado anteriormente, este ente federativo é responsável por este nível de ensino. Do total de cursos de habilitação técnica do setor privado (813 cursos), 47,36% eram do setor

privado-empresarial, enquanto o Sistema S representava 29,49% da oferta, com importante participação nas áreas de estética, reabilitação, saúde visual e gestão em saúde.

**Tabela 12. Distribuição dos estabelecimentos de ensino respondentes que oferecem cursos técnicos em saúde, segundo dependência administrativa.**

<b>Dependência administrativa</b>	<b>Nível</b>	<b>Número de estabelecimentos</b>	<b>%</b>
Pública	Federal	17	1,80%
	Estadual	106	11,21%
	Municipal	10	1,06%
<b>Total pública</b>		<b>133</b>	<b>14,06%</b>
Privada	Empresarial	448	47,36%
	Confissional	0	0,00%
	Filantrópica	63	6,66%
	Comunitária	23	2,43%
	Sistema S	279	29,49%
<b>Total privada</b>		<b>813</b>	<b>85,94%</b>
<b>Total</b>		<b>946</b>	<b>100%</b>

Na distribuição segundo as grandes regiões, a maioria dos cursos ficou concentrada na região Sudeste (59,73%), seguida das regiões Sul (19,24%), Nordeste (9,09%), Norte (6,24%) e Centro-Oeste (5,71%).

**Tabela 13. Estabelecimentos de ensino respondentes que oferecem cursos técnicos em saúde, segundo grandes regiões.**

<b>Região</b>	<b>Número de estabelecimentos</b>	<b>%</b>
Norte	59	6,24%
Nordeste	86	9,09%
Sudeste	565	59,73%
Sul	182	19,24%
Centro-Oeste	54	5,71%
<b>Total</b>	<b>946</b>	<b>100%</b>

### 2.2.3 A centralidade dos cursos de enfermagem

Em todos os tipos de cursos (habilitação, qualificação e especialização), o maior número de cursos oferecidos era da área de enfermagem. Eles representavam 48,18% do total de cursos cadastrados no país e a maioria dos cursos de habilitação técnica (42,69%), qualificação profissional (50,40%) e especialização técnica (72,66%).

**Tabela 14. Distribuição dos cursos da subárea de enfermagem no Brasil, por tipo de curso.**

Tipo de curso	Enfermagem	Outros	Total
Especialização	72,66%	27,33%	100%
Habilitação	42,69%	57,32%	100%
Qualificação	50,40%	49,60%	100%
<b>Total</b>	<b>48,18%</b>	<b>51,83%</b>	<b>100%</b>

Tanto no setor público (45,38%), em todos os níveis de governo, quanto no setor privado (42,33%), em todos os seus componentes (privado empresarial, confessional, filantrópico, comunitário e Sistema S), esse era o curso com o maior número de cadastros.

A oferta dos cursos de habilitação técnica em enfermagem é predominantemente privada (87,31%) e, em todas as cinco grandes regiões brasileiras, esse era o principal curso oferecido, sobretudo nas regiões Norte (55,91%) e Nordeste (52,13%).

**Tabela 15. Cursos de habilitação técnica em enfermagem no Brasil, por grandes regiões.**

Região	Enfermagem	Outros
Norte	55,91%	44,09%
Nordeste	52,13%	47,87%
Sudeste	41,65%	58,35%
Sul	38,36%	61,64%
Centro-Oeste	39,05%	60,95%
<b>Total</b>	<b>42,69%</b>	<b>57,31%</b>

Isso não significa que a oferta de cursos de enfermagem nessas regiões fosse suficiente. Ao contrário, essa concentração parece ser decorrente da baixa oferta de cursos de habilitação técnica em outras subáreas – por exemplo, nas de hemoterapia, reabilitação e saúde visual.

O grande número de cursos técnicos na área de enfermagem já era esperado, dado que, historicamente, essa categoria constitui o maior contingente de trabalhadores nos serviços de saúde, depois dos médicos. A tendência, inclusive, é de aumento da oferta de cursos de habilitação técnica nessa área, pois, conforme determina a resolução nº 276/2003 do Cofen, os auxiliares de enfermagem serão inscritos no Conselho Federal de Enfermagem apenas em caráter provisório e por até cinco anos após a data de inscrição. Após esse prazo, todos devem apresentar a conclusão do curso técnico de enfermagem. Agrega-se a isso o fato de que o mercado de trabalho em saúde, principalmente do setor privado, privilegia a contratação de técnicos e não a de auxiliares de enfermagem.

De acordo com os dados da pesquisa do IBGE de 2005 sobre assistência médico-sanitária (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2006), do total de 563.089 postos de trabalho ocupados por trabalhadores técnicos de enfermagem (auxiliares e técnicos de enfermagem), 71,35% (ou 401.753) correspondiam a auxiliares de enfermagem. Desses, 81,10% tinham o ensino médio completo, ou seja, existia uma demanda potencial dos trabalhadores da área já empregados em serviços de saúde por cursos de habilitação. Depois da região Sudeste (156.394 postos), a maior demanda por formação estava nas regiões Nordeste e Sul, com 86.692 e 42.821 postos de trabalho de auxiliares com ensino médio completo, respectivamente.

Esses dados nos permitem pressupor que houve a ampliação da oferta de cursos de complementação profissional nessa área. Porém, deve-se ressaltar que, em razão das vicissitudes dos planos de cargos e salários, deter um diploma de técnico de enfermagem não significa para esses trabalhadores progressão na escala salarial, ou mesmo mudança de categoria. Na verdade, seria interessante verificar quantos trabalhadores dentro desse contingente de auxiliares de enfermagem com ensino médio completo já detêm o diploma de técnico, mas não ocupam esse posto de trabalho. De outra parte, pressupondo que exista uma demanda real de formação de téc-

nicos de enfermagem, isso não elide a necessidade de investimento público para a formação técnica em outras subáreas, particularmente tendo em vista as políticas públicas nas áreas de saúde bucal e saúde comunitária, bem como em áreas estratégicas, como as de hemoterapia e biodiagnóstico. O controle da qualidade do sangue, a produção de hemoderivados, o controle do câncer uterino e de próstata e os exames diagnósticos de modo geral são iniciativas que ainda esperam ações mais concretas do poder público. Isso pode ser reflexo da baixa prioridade de formação técnica pelo setor público nessas subáreas, principalmente nas regiões Norte e Centro-Oeste, mas também Nordeste.

#### **2.2.4 A predominância da pedagogia das competências**

O questionário enviado aos estabelecimentos constantes do CNCT que ofereciam cursos técnicos em saúde continha um bloco de questões abertas, buscando caracterizar preliminarmente o ensino oferecido pelas instituições. Os estabelecimentos foram indagados sobre: a) a autonomia em termos pedagógico, administrativo, orçamentário e financeiro; b) se tinham (ou não) projeto político pedagógico (PPP) e coordenação pedagógica; c) o modelo de currículo desenvolvido: disciplinar, modular, por projetos e outros; d) o formato de cursos oferecidos: integrado, concomitante, subsequente; e) a orientação curricular: por competências, conteúdos de ensino, por projeto e outros; f) os espaços de formação utilizados: sala de aula, laboratórios, serviços de saúde e outros; e, finalmente, g) as estratégias utilizadas pelo estabelecimento para a definição da oferta de cursos, com base em uma lista com seis alternativas predefinidas.

Para a maioria das questões, as respostas não eram excludentes, isto é, cada questão admitia múltiplas respostas. Portanto, uma mesma instituição podia ter currículos orientados pela noção de competências, privilegiar conteúdos de ensino e/ou concebê-lo por projetos. Assim sendo, não cabe dizer que um determinado número de instituições privilegiava a noção de competências, mas sim salientar o número/percentual de ocorrências dessa diretriz teórico-metodológica nas respostas das instituições.

Tomou-se como referência, para a análise, o total de 452 instituições que responderam ao questionário. Destas, 82,3% (ou 372) eram estabelecimentos privados e 17,7% (ou 80), públicos. De forma predominante, os estabelecimentos públicos responderam que detinham autonomia pedagógica (83,75%) e administrativa (60%), sendo pequena a ocorrência de autonomia orçamentária e financeira no setor público. Porém, quando se desagregaram os dados por níveis de governo, verificou-se que as instituições federais detinham maior autonomia nesses dois últimos itens, o que poderia indicar maior liberdade na execução do orçamento, própria de uma unidade orçamentária. As escolas da RET-SUS, por exemplo, na sua maioria vinculadas aos governos estaduais, como assinalado anteriormente, não têm orçamento próprio, pois não são consideradas unidades autônomas; ao contrário, estão subordinadas de forma geral aos setores de recursos humanos das secretarias de Saúde. Comparado com o setor público, o setor privado detinha maior autonomia em todos os itens, exceto o Sistema S, que, do ponto de vista orçamentário e financeiro, tinha um nível de autonomia até menor do que o das instituições públicas federais, segundo os respondentes.

**Tabela 16. Estabelecimentos respondentes que oferecem cursos técnicos em saúde, segundo dependência administrativa e grau de autonomia.**

Dependência administrativa	Número de estabelecimentos	Autonomia			
		Pedagógica	Administrativa	Orçamentária	Financeira
Federal	17	88,24%	82,35%	47,06%	47,06%
Estadual	56	82,14%	55,36%	19,64%	25,00%
Municipal	7	85,71%	42,86%	14,29%	14,29%
<b>Total pública</b>	<b>80</b>	<b>83,75%</b>	<b>60,00%</b>	<b>25,00%</b>	<b>28,75%</b>
Empresarial	220	97,27%	95,45%	88,18%	87,27%
Confessional	0	–	–	–	–
Filantrópica	41	97,56%	92,68%	63,41%	53,66%
Comunitária	14	100,00%	64,29%	57,14%	42,86%
Sistema S	97	87,63%	89,69%	43,30%	40,21%
<b>Total privada</b>	<b>372</b>	<b>94,89%</b>	<b>92,47%</b>	<b>72,58%</b>	<b>69,62%</b>
<b>Total</b>	<b>452</b>	<b>93%</b>	<b>86,73%</b>	<b>64,16%</b>	<b>62,39%</b>

Fonte: Elaborada com base em dados do *Cadastro Nacional de Cursos de Educação Profissional de Nível Técnico* (Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, s.d.).

Do ponto de vista do modelo curricular, no setor público predominava a organização dos cursos por módulos (82,50%), principalmente nos estabelecimentos estaduais e municipais, tipo de organização curricular que passou a ser privilegiada pelos estabelecimentos de ensino, a partir da aprovação do decreto nº 2.208/1997, como forma de aligeirar a formação profissional em todas as áreas, e que provocou maior fragmentação do conteúdo curricular. Nos estabelecimentos federais, existia maior diversidade de organização: privilegiavam-se tanto os módulos (64,71%) quanto a forma disciplinar (58,82%), o que indica uma tendência menos instrumental do conhecimento escolar, na medida em que a organização por disciplinas pressupõe o acesso dos estudantes aos conhecimentos sistematizados historicamente. Entretanto, esse também é um tipo de organização que pode estar baseado numa prática pedagógica que privilegie a mera transmissão de conteúdos, de maneira fragmentada e abstrata.

No setor privado, a tendência predominante também era a organização modular (86,29%). Quando se analisam os seus componentes, verifica-se que o setor filantrópico também organizava cursos sob a forma disciplinar (46,34%) seguido pelo componente privado empresarial (35,45%), porém menos que as instituições federais, conforme indicado acima. Tanto no setor público quanto no privado é baixa a ocorrência de organização curricular por projetos, exceto no Sistema S que, além da forma modular (91,75%), privilegia também esse formato (50,52%).

Os resultados acima podem ser melhor compreendidos quando analisados em conjunto com os resultados da questão sobre a concepção (organização) curricular, na medida em que tanto no setor público (86,25%) quanto no privado (86,29%) a concepção predominante era a de competências. As instituições públicas federais, apesar de operarem com a noção de competências (76,47%), privilegiavam também a organização por “conteúdos de ensino” (47,06%). Esse resultado parece coerente com o fato de essas instituições organizarem os currículos tanto por módulos quanto por disciplinas, conforme mencionado acima. No setor privado, as escolas privadas particulares tinham maior frequência de “conteúdos de ensino” (40,91%), mas com menor peso do que nas escolas públicas federais.

<b>Tabela 17. Estabelecimentos respondentes que oferecem cursos técnicos em saúde, segundo dependência administrativa e modelo curricular.</b>					
<b>Dependência administrativa</b>	<b>Número de estabelecimentos</b>	<b>Modelo curricular*</b>			
		<b>Disciplinar</b>	<b>Modular</b>	<b>Por projetos</b>	<b>Outros</b>
Federal	17	58,82%	64,71%	5,88%	5,88%
Estadual	56	19,64%	85,71%	14,29%	16,07%
Municipal	7	0,00%	100,00%	14,29%	0,00%
<b>Total pública</b>	<b>80</b>	<b>26,25%</b>	<b>82,50%</b>	<b>12,50%</b>	<b>12,50%</b>
Empresarial	220	35,45%	85,00%	12,27%	3,18%
Confissional	0	–	–	–	–
Filantropica	41	46,34%	80,49%	17,07%	4,88%
Comunitária	14	28,57%	85,71%	7,14%	7,14%
Sistema S	97	19,59%	91,75%	50,52%	4,12%
<b>Total privada</b>	<b>372</b>	<b>32,26%</b>	<b>86,29%</b>	<b>22,58%</b>	<b>3,76%</b>
<b>Total</b>	<b>452</b>	<b>31,19%</b>	<b>85,62%</b>	<b>20,80%</b>	<b>5,31%</b>

\* Questão que admitia múltiplas respostas.

<b>Tabela 18. Estabelecimentos respondentes que oferecem cursos técnicos em saúde, segundo dependência administrativa e orientação curricular.</b>					
<b>Dependência administrativa</b>	<b>Número de estabelecimentos</b>	<b>Orientação curricular*</b>			
		<b>Competência</b>	<b>Conteúdo de ensino</b>	<b>Por projeto</b>	<b>Outros</b>
Federal	17	76,47%	47,06%	11,76%	–
Estadual	56	91,07%	19,64%	14,29%	10,71%
Municipal	7	71,43%	42,86%	14,29%	–
Total pública	80	86,25%	27,50%	13,75%	7,50%
Empresarial	220	82,27%	40,91%	10,00%	2,27%
Confissional	0	–	–	–	–
Filantropica	41	90,24%	34,15%	21,95%	7,32%
Comunitária	14	100,00%	35,71%	14,29%	–
Sistema S	97	91,75%	10,31%	5,15%	1,03%
Total privada	372	86,29%	31,99%	10,22%	2,42%
<b>Total</b>	<b>452</b>	<b>86%</b>	<b>31,19%</b>	<b>10,84%</b>	<b>3,32%</b>

\* Questão que admitia múltiplas respostas.

Em outras palavras, existia uma relação entre a organização modular dos cursos/currículos e a orientação teórico-metodológica das competências. Essa noção se tornou a orientação da educação profissional de maneira geral, e da saúde em particular, após a reforma estrutural dessa modalidade de ensino realizada pelo decreto nº 2.208/1997 – que a torna um subsistema de ensino independente e complementar à educação básica – abolido, em 2004, pelo decreto nº 5.154. Como assinalado anteriormente, em 1999, com as *Diretrizes curriculares nacionais da educação profissional* (parecer CNE/CEB nº 16/1999 e resolução CNE/CEB nº 4/1999), definiu-se a reforma conceitual baseada no modelo de competências, seguindo a lógica das *Diretrizes curriculares nacionais do ensino médio*, regulamentadas anteriormente (parecer CNE/CEB nº 15/1998 e resolução CNE/CEB nº 3/1998).

Entre as principais críticas dirigidas a essa concepção pedagógica, na ocasião, pode-se enumerar: a) o retrocesso que representou a separação entre o ensino médio e a educação profissional, por reforçar a dualidade educacional; b) a incoerência entre a defesa de uma formação sólida, completa e ampla dos trabalhadores diante da reestruturação produtiva, e a adoção de um modelo pedagógico baseado na fragmentação, expresso pela organização modular do ensino; c) a visão finalista das *Diretrizes curriculares* sobre as transformações em curso no trabalho industrial e nos serviços como algo acabado e irreversível, e não como um processo complexo e histórico, no qual tem peso importante o lugar que cada país ocupa na divisão internacional do trabalho; d) a ligação direta e imediata entre progresso técnico e qualificação, ou o determinismo tecnológico que enfatiza a necessidade de treinamentos e a produção de extensas listas de competências, requeridas dos “novos” trabalhadores, no âmbito das cognições, atitudes e comportamentos; e) a ênfase nas competências, uma noção imprecisa, originária do mundo da produção e de conotação individual, em detrimento da qualificação como construção e relação social, que entende que, para além da posse de saberes e habilidades específicas, a qualificação do trabalhador é determinada também pela condição de classe, de gênero, de etnia, geracional, pelo prestígio social de sua ocupação, pela capacidade de organização das corporações, pelos embates e disputas entre capital e trabalho e dos trabalhadores entre si, noção, enfim, que possui conotação coletiva.

Nesse contexto, como já discutimos inicialmente, a partir da segunda metade dos anos 1990, tanto o ensino médio quanto o ensino técnico foram impregnados pela noção de competências. A função da escola passou a ser, por um lado, desenvolver competências genéricas e flexíveis para os estudantes enfrentarem a instabilidade da vida (ensino médio) e, por outro, o desenvolvimento de competências adequadas à operação de processos automatizados (ensino técnico). Em ambos os casos, operou-se a substituição dos conhecimentos distribuídos em diversas disciplinas pelas competências, “por sua suposta capacidade de converter o currículo em um ensino integral, mesclando-se em problemas e projetos” (Ramos, 2005, p. 113) e por sua pretensa capacidade de estimular o agir dos trabalhadores diante dos imprevistos do processo de produção.

Portanto, os resultados mostram que essa noção era predominante na prática escolar, ainda mais considerando-se que a oferta dos cursos de educação profissional em saúde pelas 452 instituições que responderam ao questionário eram, principalmente, nos formatos concomitante e subsequente. Poucos eram os estabelecimentos que ofereciam cursos no formato integrado, isto é, ensino médio articulado com ensino técnico.

<b>Tabela 19. Estabelecimentos respondentes que oferecem cursos técnicos em saúde, segundo modalidade de ensino e dependência administrativa.</b>				
<b>Dependência administrativa</b>	<b>Número de estabelecimentos</b>	<b>Modalidade de ensino*</b>		
		<b>Integrado</b>	<b>Concomitante</b>	<b>Subsequente</b>
Pública	80	15,00%	101,25%	158,75%
Privada**	275	10,91%	132,73%	174,18%
Sistema S	97	0,00%	31,96%	105,15%
<b>Total</b>	<b>452</b>	<b>9,29%</b>	<b>105,53%</b>	<b>156,64%</b>

\* Uma mesma instituição de ensino pode oferecer mais de uma modalidade de ensino.

\*\* Nesta tabela, a categoria “Privada” inclui os estabelecimentos particulares, filantrópicos e comunitários, exceto o Sistema S, que está desagregado.

Em relação aos espaços de formação, a maioria das instituições responderam que contavam com salas de aulas e laboratórios. Entretanto, chama atenção o baixo percentual de utilização dos serviços de saúde, excetuando-se as escolas privadas comunitárias e o Sistema S, o que pode indicar ser precária a relação ensino/serviço.

**Tabela 20. Estabelecimentos respondentes que oferecem cursos técnicos em saúde, segundo dependência administrativa e espaços de formação.**

Dependência administrativa	Número de estabelecimentos	Sala de aula	Espaços de formação*		
			Laboratórios	Serviços	Outros
Federal	17	94,12%	94,12%	29,41%	35,29%
Estadual	56	96,43%	89,29%	46,43%	33,93%
Municipal	7	100,00%	85,71%	57,14%	42,86%
<b>Total pública</b>	<b>80</b>	<b>96,25%</b>	<b>90,00%</b>	<b>43,75%</b>	<b>35,00%</b>
Empresarial	220	99,09%	94,55%	24,55%	37,73%
Confessional	0	–	–	–	–
Filantrópica	41	97,56%	97,56%	31,71%	36,59%
Comunitária	14	100,00%	92,86%	78,57%	35,71%
Sistema S	97	94,85%	93,81%	52,58%	62,89%
Total privada	372	97,85%	94,62%	34,68%	44,09%
<b>Total</b>	<b>452</b>	<b>97,57%</b>	<b>93,81%</b>	<b>36,28%</b>	<b>42,48%</b>

\* Questão que admitia múltiplas respostas.

Finalmente, as estratégias para a definição da oferta de cursos eram múltiplas e variadas, mas, apesar da variação percentual, aquelas desenvolvidas pelas instituições públicas, privadas e do Sistema S seguem a mesma ordem de prioridades: 1) estudos e levantamentos de necessidades; 2) projeto político pedagógico; 3) atendimento de demandas dos gestores públicos e privados; 4) execução da política de saúde nos níveis federal/estadual/municipal; 5) disponibilidade de recursos humanos na sede da instituição; e outros. Entretanto, chama atenção o fato de o Sistema S ter um percentual superior (49,48%) de respostas positivas quanto à execução da política de saúde no nível federal/estadual/municipal em relação às instituições públicas (41,25%).

Desse ponto de vista, é importante lembrar que, na segunda metade dos anos 1990, o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial teve participação importante na definição das *Diretrizes curriculares da educação profissional em Saúde*, tendo participado ativamente, junto com o setor público, na oferta de cursos de enfermagem financiados pelo Profae – o que caracteriza a privatização do espaço público através dos serviços do capital definindo e executando as ações de saúde e de educação. O acompanhamento da

política pública e de formação em saúde associado com as oportunidades de financiamento público talvez explique essa posição estratégica.

<b>Tabela 21. Estabelecimentos respondentes que oferecem cursos técnicos em saúde, segundo estratégia de definição de cursos* e dependência administrativa.</b>				
<b>Estratégia de definição de cursos</b>	<b>Dependência administrativa</b>			
	<b>Pública</b>	<b>Privada</b>	<b>Sistema S</b>	<b>Total</b>
<b>Nº de estabelecimentos</b>	<b>80</b>	<b>275</b>	<b>97</b>	<b>452</b>
Estudos/levantamento de necessidades	77,50%	81,82%	92,78%	83,41%
Execução da política de saúde em nível federal/ estadual/municipal	41,25%	30,18%	49,48%	36,28%
Atendimento da demanda dos gestores (público/privado)	47,50%	44,73%	62,89%	49,12%
Disponibilidade de recursos humanos na sede da instituição	27,50%	24,73%	18,56%	23,89%
Projeto político pedagógico da instituição	51,25%	69,09%	73,20%	66,81%
Outros	17,50%	2,18%	12,37%	7,08%

\* Questão que admitia múltiplas respostas.

### **2.3 A formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Brasil em perspectiva qualitativa**

A perspectiva qualitativa na abordagem da formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Brasil baseou-se na análise de 34 entrevistas realizadas com profissionais (diretores e coordenadores pedagógicos) de instituições formadoras selecionadas,<sup>34</sup> com o objetivo de identificar as diretrizes teórico-metodológicas da organização e do desenvolvimento curricular da formação desses trabalhadores no país, bem como as dimensões da prática curricular não manifestáveis em fontes escritas, que se fazem revelar, normalmente, na interação entre entrevistados e pesquisadores.

<sup>34</sup> A seleção das instituições se realizou mediante uma escala hierarquizada de critérios definidos pela equipe ampliada de pesquisa em oficina específica. A maior parte das entrevistas foi realizada entre maio e agosto de 2008. Foram propositalmente excluídas dessa seleção as escolas técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS), por terem sido objeto, à mesma época, de um estudo específico coordenado Marise Ramos. Os resultados desse estudo foram publicados em Ramos, 2010.

Com isto, pressupõe-se a possibilidade de se captarem mediações mais específicas dessa prática – para além daquelas de caráter institucional – e que compreendem convicções conceituais e ideológicas, dúvidas e discordâncias dos sujeitos envolvidos, bem como conflitos enfrentados, acordos e escolhas realizadas e perspectivas mencionadas.

Apesar do reduzido número de entrevistas em relação ao universo das instituições identificadas no CNCT, consideramos que, pelo alto grau de convergência verificado entre as respostas, as análises desenvolvidas podem ser generalizadas, tendencialmente, para o conjunto das instituições formadoras do país, permitindo compreender quais diretrizes teórico-metodológicas embasam a formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Brasil.

### *2.3.1 Legislação educacional e organização curricular*

Como já debatido anteriormente, a partir da sanção da LDB (lei nº 9.394/1996) e da posterior separação entre ensino médio e educação profissional (decreto nº 2.208/1997), as normas e documentos reguladores da educação profissional reorientaram a prática pedagógica desenvolvida nas instituições de formação de técnicos, passando da transmissão de conteúdos disciplinares para uma prática voltada à construção de competências (Ramos, 2006). Assim, ainda que a educação profissional de nível técnico tenha continuado a pressupor a conclusão do ensino médio para diplomar em uma habilitação técnica específica, daí em diante, a formação profissional se configurou por meio de uma organização curricular própria.<sup>35</sup>

O decreto nº 2.208/1997, em seu artigo 8º, preconizava a modularização dos currículos,<sup>36</sup> embora mantivesse a estruturação disciplinar de

<sup>35</sup> O decreto nº 5.154, de 23 de julho de 2004, que revoga o decreto nº 2.208/1997, aprova a possibilidade de integração entre essa modalidade de ensino e a educação básica (esta é compreendida pela educação infantil, pelo ensino fundamental e pelo ensino médio).

<sup>36</sup> “Os módulos são conceituados como unidades pedagógicas autônomas e completas em si mesmas, compostas de conteúdos estabelecidos de acordo com o perfil profissional, que já qualificam para ocupações definidas e que, no seu conjunto, levam a uma habilitação plena de técnico de nível médio. Os módulos concluídos, portanto, darão ao aluno qualificado condições de se integrar na força de trabalho e também obter crédito para a certificação ou diploma de técnico de nível médio” (Brasil, Ministério da Educação, Exposição de motivos nº 35/1996, apud Ramos, 2001, p. 147).

base. Esta organização por módulos visa facilitar a flexibilização das propostas pedagógicas oferecidas para que, através de itinerários ou trajetos formativos autônomos, seja permitida a obtenção de certificações intermediárias (de qualificação profissional) e terminalidades diferenciadas, de acordo com as capacidades e possibilidades de cada indivíduo. Em nome da flexibilidade necessária ao atendimento das “demandas individuais, sociais, do mercado, das peculiaridades locais e regionais, da vocação e da capacidade institucional da escola”, o decreto previa a possibilidade de o estudante cursar os módulos em diversas instituições credenciadas, obtendo seu certificado de habilitação técnica na última instituição cursada, desde que o prazo de conclusão, do primeiro ao último módulo, não fosse superior a cinco anos.

Além da modularização, o decreto introduzia também a ideia de formação por competências, numa dupla vertente. Por um lado, estabelecia que, “para a elaboração das diretrizes curriculares para o ensino técnico, deverão ser realizados estudos de identificação do perfil de competências necessárias à atividade requerida, ouvidos os setores interessados, inclusive trabalhadores e empregadores” (art. 7). Por outro, previa a implementação da certificação por competências, permitindo ao estudante a solicitação de dispensa parcial ou total do conteúdo dos módulos, para a obtenção do diploma correspondente, mediante a prestação de exames específicos (art. 11).

Assim, a formação por competências vinha ao encontro da modularização dos currículos, contribuindo para a flexibilização da formação numa perspectiva de construção de itinerários individuais duplamente articulados à chamada “demanda do mercado (de trabalho)”: tanto pelo viés da avaliação individual na construção de itinerários formativos particulares quanto pela própria definição da oferta de cursos (na sua forma e no seu conteúdo). Não é excessivo salientar que esta maneira de configurar a educação profissional se aparta da educação integral do trabalhador, porque enfatiza a aquisição de certas habilidades e destrezas com vistas à sua inserção – subordinada e consentida – ao mercado de trabalho.

Essas orientações gerais para a organização curricular das instituições formadoras de nível técnico, definidas pelo referido decreto, adquirem maior concretude em documentos posteriores, destacadamente, no parecer

CNE/CEB nº 16/1999, que trata das *Diretrizes curriculares nacionais para a educação profissional de nível técnico*, e na resolução CNE/CEB nº 4/1999, que institui as mencionadas diretrizes. Segundo esse parecer, os princípios que definem a identidade e a especificidade da educação profissional de nível técnico se referem:

[...] ao desenvolvimento de competências para a laborabilidade, à flexibilidade, à interdisciplinaridade e à contextualização na organização curricular, à identidade dos perfis profissionais de conclusão, à atualização permanente dos cursos e seus currículos, e à autonomia da escola em seu projeto pedagógico. (Brasil, Ministério da Educação, 1999a, p. 33)

A definição de uma organização curricular própria constitui, a partir de então, uma prerrogativa das instituições formadoras, desenvolvida no âmbito da sua autonomia. Segundo o parecer CNE/CEB nº 16/1999:

A concepção curricular é prerrogativa e responsabilidade de cada escola e constitui meio pedagógico essencial para o alcance do perfil profissional de conclusão. [...] a organização curricular da escola deverá focar as competências profissionais gerais do técnico de uma ou mais áreas, acrescidas das competências profissionais específicas por habilitação, para cada perfil de conclusão pretendido, em função das demandas individuais, sociais, do mercado, das peculiaridades locais e regionais, da vocação e da capacidade institucional da escola. (Brasil, Ministério da Educação, 1999a, p. 41)

Para isso, cabe às escolas e às instituições de educação profissional a elaboração de um projeto pedagógico e dos respectivos planos de curso como instrumentos concretos para alcançar o perfil profissional desenhado e, ao mesmo tempo, obter o reconhecimento legal para o funcionamento da instituição.

Entretanto, em que pese essa autonomia institucional para a definição das suas concepções curriculares, a normativa traz orientações concretas no que se refere tanto à organização curricular mais geral quanto à abordagem metodológica específica a ser desenvolvida em sala de aula, como eixo estruturante do caráter dos cursos. Segundo Ramos, a elaboração dos planos de curso deverá realizar-se “mediante a transposição didática da matriz referencial de competência, adotando-se a organização curricular modular e uma abordagem metodológica baseada em projetos ou resoluções de problemas” (Ramos, 2002, p. 148 ).

Assim sendo, o perfil profissional de conclusão nos cursos de habilitação técnica seria a composição entre as competências básicas adquiridas durante a educação básica (ensino fundamental e médio), as competências profissionais gerais, correspondentes às áreas definidas pelo Conselho Nacional de Educação,<sup>37</sup> e as competências profissionais específicas, características de determinada habilitação (Ramos, 2002, p.149-150). Portanto, no âmbito da sua autonomia institucional, as instituições formadoras deveriam definir seus planos de curso de forma articulada aos documentos nacionais que orientam a organização curricular: as já citadas *Diretrizes curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico* e os *Referenciais curriculares nacionais* correspondentes à área profissional de atuação.<sup>38</sup>

Nesse contexto, a chamada “autonomia” das instituições que oferecem cursos técnicos de nível médio passa a ser um elemento-chave na política de educação profissional, tendo na organização curricular seu centro estratégico. Essas instituições, liberadas da regulação mais estreita que caracteriza o ensino médio regular, são orientadas a

---

<sup>37</sup> A Resolução CNE/CEB nº 4/1999 estabelece vinte áreas profissionais gerais, com suas respectivas cargas horárias mínimas para habilitação. São elas: agropecuária, artes, comércio, comunicação, construção civil, design, geomática, gestão, imagem pessoal, indústria, informática, lazer e desenvolvimento social, meio ambiente, mineração, química, recursos pesqueiros, saúde, telecomunicações, transportes, turismo e hospitalidade. Na área de saúde, a carga horária mínima estabelecida para as habilitações técnicas correspondentes foi fixada em 1.200 horas.

<sup>38</sup> No caso das instituições que oferecem habilitações técnicas em saúde, esses Referenciais curriculares nacionais desenvolvem matrizes de referência para doze subáreas: biodiagnóstico, enfermagem, estética, farmácia, hemoterapia, nutrição e dietética, radiologia e diagnóstico por imagem em saúde, reabilitação, saúde bucal, saúde visual, saúde e segurança no trabalho e vigilância sanitária.

[...] permanentemente, com maior versatilidade, rever e atualizar os seus currículos [...]. Cursos, programas e currículos poderão ser permanentemente estruturados, renovados e atualizados, segundo as emergentes e mutáveis demandas do mundo do trabalho, [possibilitando] o atendimento das necessidades dos trabalhadores na construção de seus itinerários individuais, que os conduzam a níveis mais elevados de competência para o trabalho. (Brasil, Ministério da Educação, 1999a, p. 29)

No caso de instituições que oferecem formação na área da saúde, os *Referenciais curriculares nacionais para a área de saúde*, desenvolvidos em 2000 pela Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica (Setec), do Ministério da Educação, estabelecem que:

O desenvolvimento conceitual, organizativo e operativo da saúde no Brasil, tendo como *referência doutrinária a Reforma Sanitária* – movimento oriundo da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que culminou com a reformulação do Sistema Nacional de Saúde vigente, a partir da institucionalização de um sistema unificado de saúde, o atual Sistema Único de Saúde (SUS), usado como estratégia para a reordenação setorial e institucional – e as *tendências do mercado de trabalho em saúde*, fornecem indicações gerais relevantes para a educação profissional especialmente voltada para o setor. (Brasil, Ministério da Educação, 2000b, p. 11; grifos nossos)

A partir desses instrumentos normativos, a autonomia se concretiza na exigência legal de elaboração de um projeto político pedagógico (PPP) e dos respectivos planos de curso das habilitações oferecidas por parte das instituições formadoras. Entretanto, a forma concreta que ela adquire no cotidiano destas instituições, pelo menos na área de saúde, revela mediações importantes para avaliar sua real densidade.

Buscando compreender tais mediações, organizamos a análise das entrevistas considerando a elaboração de projetos políticos pedagógicos e das propostas curriculares; a concepção, construção e avaliação dos planos

de curso; o perfil dos trabalhadores técnicos em saúde em formação; as concepções curriculares e a formação por competências; e os métodos de ensino, avaliação, pesquisa e estágio.

Neste processo de organização temática, observamos a recorrência de determinadas concepções – sobretudo, a formação por competências e a preparação para o mercado de trabalho. Optamos por explicitá-las, visto que elas evidenciam as formas dominantes de se compreender a formação de trabalhadores técnicos em saúde.

### ***2.3.2 As instituições formadoras como espaço autônomo de organização curricular: a elaboração de projetos políticos pedagógicos***

Stauffer (2007), ao pesquisar a instituição dos PPP na realidade brasileira, ressalta que é a partir da LDB, por meio de seus artigos 12, 13 e 14, que a gestão democrática nas escolas públicas é regulamentada. É com base nesse pressuposto que se institui o projeto político pedagógico como condição necessária para a geração das mudanças institucionais sob a responsabilidade técnica e política dos educadores, bem como um instrumento político de toda a comunidade escolar. Assim, ao trazer para a cena da pesquisa a discussão sobre o PPP, entende-se sua pertinência como instrumento que pode captar a dinâmica de cada escola, a forma como cada unidade escolar vai enfrentando seus desafios, vivenciando seus conflitos, repensando seu “modo de fazer, de pensar, de sentir, de valorar, de assegurar interesses comuns” (De Rossi, 2004, p. 85).

Nessa perspectiva, achamos pertinente indagar o significado que o PPP e seus similares<sup>39</sup> vêm adquirindo no interior das instituições educacionais. Para isso, é necessário compreender o que é o projeto político pedagógico, como ele é construído e o seu significado institucional. Com base na literatura educacional, Stauffer (2007) compila distintos autores.

---

<sup>39</sup> Em diversos países vem sendo destacada a importância de as escolas elaborarem seus projetos, os quais, de acordo com cada país, recebem denominações diferenciadas, apesar de terem a mesma essência. Assim, em Portugal, ele se denomina projeto educativo da escola (PEE); na Argentina, projeto educativo institucional (PEI); na Espanha, projeto educativo dos centros (PEC) etc. Para uma maior discussão sobre esta temática, ver De Rossi, 2004.

Inicialmente, o PPP de uma instituição formadora é compreendido como o documento que deve explicitar os fundamentos políticos e filosóficos caros à comunidade escolar, que, portanto, almeja desenvolvê-los por meio de sua prática. Nele estão expostos os valores, os princípios, os pressupostos epistemológicos e didático-metodológicos, pensando-se o processo vivido pela escola em sua totalidade (Veiga, 1998).

Diante da sua dimensão “projetiva”,<sup>40</sup> o projeto político pedagógico pode assumir diversas perspectivas. Assim, numa visão que chamaríamos de mais “pragmática”, o PPP pode ser entendido como um instrumento de trabalho que delinea o que vai ser feito, quando, de que maneira, por quem, para chegar aos resultados esperados (Neves, C., 1995). Para Veiga (1998), o projeto político pedagógico explicita os fundamentos teórico-metodológicos, os objetivos, o tipo de organização e as formas de implementação e avaliação da escola. Na concepção de Sousa e Corrêa (2002), ele possui uma intencionalidade explícita, visto que deve basear-se na discussão coletiva dos problemas da escola e na busca de soluções, através do compartilhamento das ações entre os vários segmentos escolares. De Rossi (2004), no entanto, ressalta que o PPP é um documento escrito que se constitui como um instrumento de articulação entre os fins e os meios; considerando o instituído (legislação, currículos, conteúdos, e métodos), é, ao mesmo tempo, instituinte da cultura escolar (De Rossi, 2004, p. 32-33). Pode-se concluir, portanto, como explicita Cavagnari (1998), que o PPP é o instrumento que orienta e permite operacionalizar a autonomia da escola.

Assim considerado, o PPP é um instrumento que confere organicidade ao trabalho educativo, compreendendo o pensar e o fazer da instituição formadora por meio de ações que combinem a reflexão e o fazer pedagógicos. Portanto, é um documento que implica uma permanente construção. Ao definir a intenção da escola, define também o tipo de trabalhador que pretende formar, suas características mais importantes e seu perfil profissional.

Tomando em conta esses elementos, buscou-se analisar, nas entrevistas realizadas, a forma como o PPP das instituições selecionadas foi

---

<sup>40</sup> No sentido etimológico do verbo “projetar”, isto é, “lançar-se para frente”: antever um futuro que seja distinto do presente.

concebido e elaborado; as concepções de formação de técnicos em saúde que estão presentes nelas; e a forma de apropriação dessas concepções pelo coletivo escolar. Cabe explicitar que todo o processo de análise se pautou pelo discurso proferido pelos dirigentes das instituições, e que, por diversos motivos, não foi possível ter acesso aos PPPs da maioria das escolas estudadas, razão pela qual não foram tomados em consideração para esta análise.<sup>41</sup>

### 2.3.2.1 Concepção e construção do PPP

Ao analisarmos as entrevistas, percebemos que o projeto político pedagógico é considerado por quase todos os entrevistados como um documento essencial para o funcionamento da escola. Segundo um dos dirigentes das instituições pesquisadas, o PPP “é um documento indispensável para qualquer processo que fideliza a escola. É no projeto político [pedagógico] que a gente amarra todas as ações” (NO-A). Para outro entrevistado:

O PPP define as matrizes, os conteúdos e as disciplinas que serão desenvolvidas e tem o currículo como base teórica, história, filosófica. Ali você vai trabalhar em cima de alguns autores que vão determinar quais os subsídios que você terá para desenvolver as disciplinas do PPP. (SE-G)

Observando as respostas dos dirigentes institucionais em relação à construção dos PPPs, podemos distinguir três grandes grupos: os que foram construídos por um profissional ou consultor especificamente contratado para esse fim; os que foram construídos somente com a participação dos coordenadores de curso e autoridades institucionais; e aqueles que contaram com a participação de toda a comunidade escolar, incluindo docentes, discentes e trabalhadores técnico-administrativos.

---

<sup>41</sup> Embora se trate de um documento público, o PPP de algumas instituições parece não estar disponível para outros olhares além dos estritamente necessários e oficiais. A necessidade de revisão ou o caráter inacabado do mesmo foram razões frequentemente levantadas pelos dirigentes institucionais para não facilitarem o acesso a esse documento.

Nos casos em que foram contratados consultores ou profissionais da área de educação, os entrevistados justificaram essa escolha pelo caráter de exigência que o documento assume, conforme descrito no artigo 12 da LDB. Os depoimentos desses dirigentes institucionais são eloquentes:

[...] nós sempre trazíamos profissionais da área para trocarmos ideias e começar a traçar o nosso projeto pedagógico, acompanhando até as exigências das leis que vieram, fazendo as modificações nesses últimos anos. (NO-B)

[...] contratamos uma profissional da área, uma pedagoga de alto gabarito daqui do estado, e a gente constituiu um projeto político pedagógico. (NO-D)

Temos [um PPP], mas no papel... Algumas pessoas foram contratadas especificamente para fazer. Eu particularmente não participei disso. Eu sabia da necessidade, até porque era uma exigência. Ele foi feito por um pedagogo [...]. (SE-J)

Nesses depoimentos, o PPP aparece como um documento que deve ser escrito por especialistas, principalmente pedagogos, visto que sua elaboração está além das capacidades da comunidade escolar, sobretudo de uma instituição de formação na área da saúde.<sup>42</sup> Nesses casos, parece haver uma relação de exterioridade entre o documento e a instituição de formação, como se o PPP não retratasse o objeto, a forma e o conteúdo de trabalho da mesma.

De outro lado, nos estabelecimentos cujos PPPs foram construídos pelos coordenadores de cursos e autoridades institucionais, as diretrizes curriculares da educação profissional editadas pelo MEC são citadas como base para a elaboração do documento em quase todas as respostas. Assim, os dirigentes destacam que:

---

<sup>42</sup> Diz uma dirigente institucional: “A gente se baseou em outros projetos, outras escolas, como é que elas haviam sido montadas, estavam estruturadas... Para ser franca, não posso especificar para você não, [o projeto] político pedagógico é mais da área de educação, e eu sou da área de saúde” (SE-C).

[O PPP foi] concebido junto com os professores, coordenadores de curso [...] logicamente baseado tanto nos referenciais da saúde quanto nos documentos do MEC, com suas habilidades e competências [...]. (SE-G)

[O PPP] sempre veio da diretoria de ensino. Não sei se é porque nosso relacionamento é antigo, então eles já me dão algumas coisas mastigadas e eu agradeço [...], não vou mentir para você. Mas a gente é muito bem orientado por eles e eu tento seguir tudo o que é imposto pelo MEC, colocado pelo MEC, pelo órgão máximo da educação. É isso o que eu entendo por projeto político pedagógico. (SE-H)

Embora a maior parte das instituições pesquisadas afirme possuir um PPP que teria como objetivo a orientação política estratégica da instituição, fornecendo os subsídios para a construção do cotidiano escolar, para algumas instituições, o projeto é tido como mero instrumento de adequação à legislação vigente, visando à necessidade de renovação da autorização para o funcionamento dos cursos técnicos oferecidos. Ou seja, ele é percebido eminentemente como um documento formal, sendo necessário por causa das normas legais que o exigem para cadastro nos respectivos Conselhos de Educação e para a certificação dos estudantes provenientes dos cursos oferecidos, além da possibilidade de, eventualmente, poder garantir recursos financeiros de algum dos programas federais. Dessa forma, podemos dizer que o PPP está inserido, fundamentalmente, na dinâmica pragmática destacada anteriormente.

Em ambos os grupos, os depoimentos ressaltam a limitação do PPP à sua dimensão pedagógica, em detrimento de sua dimensão política. Entretanto, como aponta Gadotti (1998), a dimensão política é inerente a qualquer projeto pedagógico porque é essa dimensão que define a direção que assume a instituição e os rumos da formação.

Um projeto político pedagógico não nega o instituído da escola que é a sua história, que é o conjunto dos seus currículos, dos seus métodos, o conjunto dos seus atores internos e externos e o seu

modo de vida. Um projeto sempre confronta esse instituído com o instituinte. [...] Não se constrói um projeto sem uma direção política, um norte, um rumo. Por isso todo projeto pedagógico da escola é também político. O projeto pedagógico da escola é, por isso mesmo, sempre um processo inconcluso, uma etapa em direção a uma finalidade que permanece como horizonte da escola. (Gadotti, 1998, p. 23)

A dimensão política aparece de forma mais evidente nos estabelecimentos onde o PPP foi construído com a participação de toda a comunidade escolar. Nesses casos, mais do que nos outros dois grupos citados acima, observamos que existe uma preocupação das instituições com a sua autonomia, sua identidade e sua estrutura. Assim o destacam os seus dirigentes:

Nós tivemos a possibilidade de saber que rumos a escola queria tomar, pedagogicamente, que tipo de filosofia teria, o que ela queria para ela dentro da nossa capital. Por meio de reuniões e debates [...], professores, técnicos e funcionários da escola, sempre aos sábados, tínhamos um momento para debater e tentar construir junto [o PPP] [...]. (NO-C)

[O processo de construção do PPP se deu] a partir de uma concepção que já havia sido instituída pela administração anterior. Houve toda uma discussão em torno dele, e a gente teve a direção, juntamente com os professores e os interessados – o corpo administrativo também participou ativamente – porque a gente teve de reformular também a estrutura da escola. (NO-F)

[O PPP] foi concebido logo no início da criação da escola e, a partir daí, sofreu algumas adequações e modificações para atender as novas áreas e o novo formato da educação proposta para o Brasil a partir da lei nº 9.394/1996. [...]. Todos os gestores da escola, nos seus locais específicos, na sua lotação específica, participaram, em discussões coletivas com os docentes e que contaram com a participação de discentes também. (NO-G)

Aqui o projeto político pedagógico sempre foi construído com muita participação dos professores e um pouco dos alunos e da direção, não é uma coisa que sai da cabeça só da direção. (SE-N)

Nesses casos, como aponta Gadotti (1998), o PPP pode instaurar um momento importante de renovação da instituição escolar, na medida em que as pessoas se envolvem em sua elaboração, buscando alicerçar-se no desenvolvimento de uma consciência crítica. Entendido assim, o PPP aparece como um processo, e não somente como produto. Nesse sentido, segundo Stauffer (2007), o processo educativo – que não se dá somente no interior da instituição formadora, apesar de esta ter a legitimidade para socializar o conhecimento construído historicamente pela sociedade, sendo assim, o *locus* por excelência no qual o processo de construção do conhecimento se dá de forma sistematizada – deve ser permanentemente reconstruído, pois esse projeto nunca está concluído, acabado, definido de uma vez e para sempre.

### **2.3.3 A estrutura das propostas curriculares: fragmentação versus integração?**

Ao realizarmos as entrevistas, partimos da indagação sobre o conceito de currículo para chegarmos ao processo concreto de organização curricular em cada instituição formadora. Compreendemos que a discussão sobre o currículo é relevante, pois este, conforme analisa Silva (2001), corporifica os nexos entre saber, poder e identidade, ganhando relevância nos processos de reestruturações e reformas educacionais. No currículo se concentram e se desdobram as lutas em torno dos diferentes significados sobre o social e o político. Assim, através deste instrumento, os diferentes grupos sociais expressam sua visão de mundo, seu projeto social.

Os embates em torno das políticas curriculares acabam autorizando certos grupos, desautorizando outros. Na peleja por legitimar-se são construídos seus objetos “epistemológicos” próprios, formando um mecanismo eficiente de instituição e constituição do “real”.

A política curricular, portanto, ao se transformar em currículo, afeta a sala de aula, incluindo/excluindo certos saberes e certos indivíduos; estabelece diferenças, constrói hierarquias e produz identidades. Por compreendermos o currículo nesta perspectiva, entendemos a pertinência de analisarmos como sua elaboração ocorre nos interior das instituições investigadas.

Assim, verificamos que, de uma maneira geral, o currículo foi compreendido pelos entrevistados como um caminho que norteia a formação discente. Uma parcela significativa dos entrevistados identifica currículo com plano de curso, lista de conteúdos, grade de atividades e/ou grade curricular, como se pode observar nos seguintes depoimentos:

O currículo nada mais é do que o conjunto de bases tecnológicas que referencia os planos de curso. Então, eles são trabalhados de forma técnica, baseados numa agenda científica... A partir de um conjunto bibliográfico publicado por autores renomados, nós então criamos a matriz curricular e, com ela, criamos cada base tecnológica, tendo em vista os conteúdos, as ementas e a metodologia composta com seus planos de curso; e, nesse mesmo plano de curso, colocamos os objetivos específicos, a metodologia, as ferramentas e a bibliografia para orientar os nossos professores na formulação dos seus planos de aula cotidianos. (CO-A)

[...] a grade curricular, por exemplo, eu acho que é onde está todo o eixo de funcionamento da escola, então ela tem de ser muito bem elaborada, muito bem estudada, [...]. Eu acho que é uma das coisas fundamentais na escola e que tem de ser muito bem trabalhada, a questão curricular, as diretrizes curriculares [...], todas as diretrizes que envolvem a questão do curso como um todo. (NE-A)

Currículo [...] é um conjunto [...] mínimo de atividades que a gente tem de seguir para poder formar minimamente um profissional. A gente tem de, pelo menos, dar o norte para a formação de um profissional [...]. (NE-B)

O currículo, para mim, são as disciplinas que vamos abordar no curso que estamos oferecendo. (SU-E)

As falas dos entrevistados nos dão algumas pistas que remetem para uma visão de currículo de caráter tradicional e tecnicista, havendo forte preocupação com uma formação mais instrumental e uma articulação direta e imediata entre formação profissional e mercado de trabalho.

Em alguns casos, a concepção curricular é mais ampla e inclui as relações interpessoais, as aprendizagens não prescritas, o ambiente institucional – enfim, “todo o trabalho desenvolvido dentro da escola”, como destaca o entrevistado abaixo:

De forma ampla, todo esse trabalho que a gente faz é o currículo da nossa escola... Porque o currículo da escola, ele é tudo... Todo o trabalho desenvolvido dentro da escola compõe o currículo escolar. Então toda essa organização que nós temos na questão de planejamento, plano de curso, de como organizar o PPP, de como discutir o regimento escolar, tudo isso é currículo [...]. É todo o nosso desempenho dentro da escola. (CO-B)

Algumas escolas citam, ainda, a existência de um currículo oculto:<sup>43</sup>

O currículo é um caminho de formação que tem uma via principal, na qual estariam os conhecimentos que o aluno realmente precisa dominar, mas que tem vias paralelas, que é o que eu chamo de currículo oculto: aquele aprendizado que não está sistematizado, mas que acontece em qualquer ambiente de educação. (SE-A)

---

<sup>43</sup> Silva (2001) define currículo oculto como aquele que, fazendo parte do ambiente escolar, não está explícito e legitimado pelo currículo oficial. O currículo oculto contribui para aprendizagens sociais relevantes, fazendo-nos refletir sobre a importância de se “saber ‘o que’ se aprende no currículo oculto e através de quais ‘meios’” (ibid., p. 78). De uma perspectiva crítica, o que se aprende no currículo oculto são valores, atitudes e comportamentos necessários para que os estudantes se ajustem ao modo de funcionamento da sociedade capitalista. De acordo com o autor, as relações sociais da escola, as relações entre professores e alunos, entre administração e alunos e entre alunos e alunos, e a forma de organização do espaço escolar são elementos que estruturam o currículo oculto.

Não foi possível observar nas entrevistas realizadas a especificidade das relações sociais instituídas nas escolas visitadas. Pudemos captar, no entanto, a referência recorrente ao mercado de trabalho em praticamente todas as entrevistas, consistindo num determinante fundamental do processo formativo. Essa constatação nos permite dimensionar a constituição de uma formação voltada para valores como eficiência e padronização de atividades que se aproxima de uma perspectiva tecnicista da educação – conforme discutido anteriormente –, associada com a pedagogia das competências.

Toda a preparação dele [o aluno] para atuar no atendimento do mercado vai ter de ser estabelecida pelo seu currículo, não o currículo no sentido estrito da palavra: o currículo escrito ou o *curriculum vitae*, mas aquilo que ele adquiriu de experiências, individuais e coletivas, ou dentro da área de saúde. É tanto a formação técnica quanto a formação pessoal dele. (NO-F)

[...] o currículo é, primeiramente, a alma do curso: ele tem de ser atualizado, [...] a gente tem de ter muita responsabilidade em montar o currículo, porque temos aquela “responsabilidade eterna” [...] de formar uma pessoa que vai para o mercado de trabalho preparada. (SE-H)

Em algumas poucas oportunidades, os entrevistados manifestaram a inexistência de uma reflexão específica a respeito do currículo.

Quanto à definição das propostas curriculares, a grande maioria dos entrevistados afirmou que elas são elaboradas pela própria instituição, geralmente de forma coletiva (incluindo, de forma variável, direção, coordenação técnica e docente e corpo docente), com base nos parâmetros curriculares nacionais, para atender a necessidades do mercado de trabalho, do perfil profissional e, em alguns casos, das características regionais:

O currículo é sugerido pela equipe de profissionais da área – então a gente sempre conta [...] com a participação de dentistas, de

técnicos também. O currículo foi sugerido a partir da consulta, da necessidade, do que era esperado desse profissional. O currículo foi construído sempre em cima dos referenciais do MEC e consultando os profissionais, para se saber o que se espera, qual o conhecimento que se espera daquele aluno. (CO-C)

Nós não nos preocupamos em construir o currículo. Não é isso que fundamenta a nossa preocupação. Todo projeto de curso, quando nasce, nós reunimos profissionais, identificamos a atividade profissional que precisa ser construída e pensamos juntos que competências e que conhecimentos essas pessoas precisam ter. Aplicamos uma metodologia com esse grupo de profissionais, ouvimos um grupo de pessoas e transportamos isso para um documento. Normalmente, visualizamos isso com uma planilha, algo assim. Depois disso, nós começamos a fazer a organização dessas competências e desses conhecimentos. Dessa organização nasce o currículo. [...] Depois, a gente transforma esse conjunto de competências da atividade profissional no currículo, analisado por vários profissionais da educação, e discutimos com outros profissionais que não participaram do primeiro projeto, para que eles analisem se realmente é isso que se quer no mercado de trabalho. Quando a gente tem claro que profissional nós queremos no mercado de trabalho, daí nós transformamos isso num currículo. (SU-F)

Em relação à organização das propostas curriculares, a maior parte das instituições as organizava por módulos. Porém, essa característica aparentemente geral se diversifica quando acompanhamos as falas dos depoentes. Em alguns casos, os módulos estavam compostos por disciplinas. Em outros, organizavam-se com base em blocos temáticos. E, em outros ainda, faziam parte de um itinerário formativo, com terminalidade intermediária:

Hoje, os nossos cursos técnicos estão organizados em uma estrutura de módulos. Então, num módulo, o aluno tem uma quantidade de carga horária tem determinadas disciplinas naquele módulo e mais uma carga horária de estágios, e ele complementa e fecha o

primeiro módulo. Então, se ele alcançou a média, acaba passando para o outro módulo. (SU-E)

Ele [o curso] é estruturado por módulos. Ao longo do curso todo, são sete módulos, intercalam-se módulos teóricos e práticos, módulos de estágio, e nós fizemos a opção por fazer bem picadinho assim, bem “setoriado”, porque cada módulo tem um sistema de avaliação próprio. (CO-D)

Nossa estrutura curricular é dividida em módulos com as bases tecnológicas, e é daí que a gente vai tirando as competências, gerando toda a formação, o desenvolvimento da estrutura do curso. (NO-A)

Seja qual for a estrutura escolhida, segundo os entrevistados, na maior parte das instituições ela era periodicamente avaliada, analisando-se, de forma variável, as dificuldades encontradas, as potencialidades não exploradas, a melhoria do processo de aprendizagem do educando, o desempenho do corpo docente, a pertinência das disciplinas e conteúdos trabalhados, sua adequação aos requerimentos do mercado de trabalho etc. A atividade de avaliação assumia, assim, diversas características:

[...] é feita [a avaliação] de uma forma assim informal, mas ela é feita porque é preciso ter em vista o mercado de trabalho lá fora. [...] Então, às vezes, você tem de fazer ajustes, sim. Não podemos considerar que essa proposta daqui a 3, 4 anos esteja nos servindo de forma integral. Os ajustes são necessários, sim. Então, o que a gente vê como resposta dos responsáveis pela administração dos hospitais é que os nossos estagiários são sempre muito bem-vindos, porque eles são estagiários que têm um preparo. A cidade tem outros cursos de técnicos em enfermagem, mas a gente ouve dos administradores dos hospitais que, se eles tiverem de dar uma prioridade, dão para o nosso estagiário e, depois, absorvem esse estagiário. Então, isso daí faz a gente perceber que esses ajustes, essas adequações que às vezes a gente faz, funcionam bem. Que

elas não estão deixando esse profissional fora do mercado. Ele está conseguindo a inserção. (SE-A)

Nós fazemos avaliação a cada semestre, porque nesse período o semestre transcorre sempre o módulo [...] a gente avalia a disciplina, o professor, o rendimento do aluno, enfim todas as ocorrências desse período. Daí, no 2º semestre, avaliamos o próximo módulo, e todas as disciplinas daquele período. O ponto mais importante das avaliações que eu percebo é que, como a gente trabalha com profissionais técnicos, então [...] as avaliações revelam a necessidade de sempre se estar trabalhando a metodologia com o professor, a didática, é essa a finalidade. Mas assim, reformulação de currículo nunca foi um ponto que chamou a atenção. O que mais me chama a atenção é trabalhar com o professor a metodologia, a didática, porque os profissionais não têm esse aspecto específico do ensino, por isso a necessidade de a gente estar mantendo a formação continuada com os professores. (CO-C)

A cada semestre, nas nossas assembleias técnico-pedagógicas, a gente resolve com os professores o que foi bem e o que não foi bem, o que tem que ser mudado, qual o perfil do aluno e se isso tem que ser alterado também, qual a demanda do mercado, o que o mercado pede hoje, para tentar manter o curso dinâmico e atual. (SE-H)

Em alguns casos, os entrevistados manifestaram que a avaliação dos currículos trouxe ganhos tanto para o processo de aprendizagem dos educandos quanto para a sua posterior inserção no mercado de trabalho. Um dos entrevistados, por exemplo, relatou a necessidade de implementar oficinas conduzidas por psicólogos para discutir a ansiedade gerada nos educandos por situações de sofrimento humano que ocorrem nos campos de estágio:

Porque a gente sentia muita ansiedade da turma, a gente tinha muito sofrimento na turma, [...] a gente não sabia o que fazer,

porque nós temos boas instalações, excelentes professores, conteúdos maravilhosos, mas isso a gente não estava resolvendo. Depois dessa mudança, foi fantástico, fantástico! (NE-B)

Essa avaliação é feita, em alguns casos, pela direção da instituição, pelos docentes e/ou pelos discentes, de forma mais ou menos sistematizada:

Como nós somos uma autarquia, não temos obrigatoriedade, mas a gente faz, faz para a própria avaliação do aluno. Sempre ao final de cada fase ou semestre, a gente faz uma avaliação, e os alunos fazem sugestões nessas avaliações e, na primeira oportunidade, a gente já faz as alterações. (SU-C)

Pudemos observar nas falas anteriores a recorrência da adequação dos processos pedagógicos ao mercado de trabalho, objeto central do discurso da pedagogia das competências. A reforma educacional brasileira adota esse modelo pedagógico na perspectiva de integrar a escola e o mundo do trabalho, restringindo a produção de conhecimentos àqueles que capacitam as pessoas para exercer atividades produtivas.

Segundo as prescrições dos documentos normativos, a flexibilidade, a integração e a descentralização dos processos de produção levam ao surgimento de um novo trabalhador que deve ser polivalente, multiqualificado, apto a lidar com situações inesperadas e que saiba trabalhar em equipe. Valoriza-se o caráter mais intelectualizado e menos prescritivo do trabalho, e exige-se a utilização de saberes cognitivos que estão além da dimensão estritamente técnica, mobilizando suas “competências” para isso.

Esses aspectos trazem em si a sua própria contradição. A adoção do modelo de competências busca dar conta da formação desse novo trabalhador, mas cabe a ele próprio a responsabilidade de atualizar e validar periodicamente seu conjunto de competências de modo a evitar o desemprego. A perspectiva individualizante do modelo das competências leva o trabalhador a limitar seus saberes à necessidade de empregabilidade, uma

vez que, nas perspectivas preconizadas pelo modelo, as relações de trabalho ocorrem de forma isolada, entre o indivíduo e a empresa, sem a mediação e a força da organização coletiva.

Nesse quadro, a formação dos trabalhadores técnicos em saúde se realiza, predominantemente, com base em uma concepção de educação cada vez mais imediatamente interessada nos “requerimentos” do processo produtivo e que se torna mais pragmática tanto na forma de transmitir os conhecimentos (pedagogia das competências) quanto no conteúdo da própria formação (ênfase nas técnicas e comportamentos adequados, com escassa referência aos fundamentos). Essa perspectiva, que perpassa os instrumentos curriculares, também se verifica, tendencialmente, na concepção, construção e avaliação dos planos de curso, assim como no processo de aprendizagem na sala de aula, como veremos nos itens a seguir.

### **2.3.3. | Concepção, construção e avaliação dos planos de curso**

Assim como a concepção de currículo, o plano de curso também é um dos componentes do PPP. Nele serão explicitados todos os meios de ensino – conteúdos, procedimentos e recursos – a serem utilizados no desenvolvimento dos cursos oferecidos, em razão dos objetivos pretendidos.

A resolução CNE/CEB nº 4/1999 estabelece, em seu artigo 10, que os planos de curso devem ser coerentes com os respectivos projetos pedagógicos, sendo submetidos à aprovação dos órgãos competentes – Conselhos Estaduais de Educação e Conselho Nacional de Educação.

O MEC fornece um modelo de documento para a elaboração de um plano de curso, que deve atender a determinados procedimentos e protocolos, enfatizando a necessidade de que os títulos especificados no plano sejam exatamente iguais aos títulos disponíveis no sistema do cadastro nacional. O documento deve conter, necessariamente, os seguintes itens: justificativa e objetivos; requisitos de acesso; perfil profissional de conclusão; organização curricular; critérios de aproveitamento de conhecimentos e experiências anteriores; critérios de avaliação; instalações e equipamentos; pessoal docente e técnico; e certificados e diplomas.

Quando indagadas sobre seus planos de curso, as instituições participantes da pesquisa mencionaram formas de elaboração semelhantes às realizadas no processo de construção do PPP, afirmando que os planos de curso, em sua maioria, são elaborados pelas coordenações dos cursos ou por técnicos da área, sem a participação do corpo docente, como se observa nos seguintes depoimentos:

Não existe conselho escolar, não existe conselho de classe, [...] existe, assim, uma autonomia total da coordenação-geral para fazer aquilo que ela entende que deve ser feito – tanto que o próprio plano de curso da escola, o anterior a este, não foi consultado, não foi conversado com os professores [...]. Foi um plano de curso feito exclusivamente com o coordenador da escola na época. (NO-A)

O plano de curso da área de enfermagem [...], existia uma enfermeira – na época ela era também funcionária da saúde estadual –, foi ela que nos ajudou a construir esse projeto e essa estrutura curricular e eu enveredei [por esse caminho] e fui estudar sobre a área de educação profissional, sobre a questão da saúde [...]. (NO-D)

Não me lembro de ter uma discussão pra definir essas coisas [...]. Essa definição de qual é a proposta desta escola veio um pouco de mim [...]. Hoje a filosofia humanista impera [...]. Eu coloquei aula de psicologia, de comportamento humano, de relacionamento humano, porque acho isso fundamental, embora na odontologia, na formação clássica do dentista, não tenha a menor importância. Então a gente tem aqui alguns conceitos administrativos que eu acho importantes. Então quem define isso acho que é a coordenação. (SE-J)

Essa estratégia de elaboração pode evidenciar um descompasso entre a coordenação e o corpo docente. Na análise de Connel (1995), a fragmentação entre os que formulam e os que executam o cotidiano pedagógico é

fruto da desqualificação do trabalho docente que se reflete no âmbito mais amplo das políticas públicas. Reverberando para o interior das instituições educativas, esta concepção sobre o trabalho docente tem como fio condutor a instituição da tecnocracia, em que o profissionalismo docente está subsumido, cada vez mais, a sistemas de controle indireto. Este cenário não é alheio às instituições educativas, como é possível observar na fala a seguir:

Foi uma novidade, até para os professores, quando nós os chamamos para reestruturar a matriz curricular; e quando eles olhavam [os planos de curso], falavam: “Olha, mas não é isso o que estou dando em sala de aula; não tem nada a ver. Quem fez isso?” Aí, começavam: “Foi o fulano de tal, e ele não chamou a gente para fazer nada disso!” (NO-A)<sup>44</sup>

Além disso, alguns relatos remetem à preocupação das escolas de estarem em consonância com as normas estabelecidas pelas mantenedoras e pelos órgãos reguladores da educação:

O plano de curso [elaborado pela própria escola] foi submetido à apreciação do Conselho de Educação. Tanto a educação quanto a enfermagem têm uma equipe que faz essa análise [...]. Mediante essa avaliação, essa análise, e da verificação *in loco*, eles dão o parecer final. (NO-B)

É uma decisão colegiada [...]. Eles [coordenadores dos cursos] são os especialistas, nós só temos a parte legal: a questão das horas, a questão do estágio, toda essa parte pedagógica [...], mas eles, como profissionais da área da saúde e como especialistas, são os que discutem e trazem para nós o subsídio [...]. Existem diretrizes que saem da nossa mantenedora. Então, a mantenedora nos passa as diretrizes, que são as políticas educacionais, e, dentro dessas diretrizes, nós trabalhamos os currículos nas unidades. (SE-G)

<sup>44</sup> No caso dessa escola, a coordenação de cursos relatou um processo de reestruturação da matriz curricular que, a partir de então, passou a contar com a participação do corpo docente.

Na minha área, nós temos plena liberdade de fazer o plano de curso. Acabei até de fazer um agora, de um ano. Nós mudamos completamente a grade do MEC, porque todos os cursos particulares que são abertos seguem a grade do MEC, e a grade do MEC segue alguém [...]. Todo ano está mudando alguma coisa, o que era 40 horas passou a ser 20 horas – a gente sempre está modificando, mas tem de ser de acordo com o que o MEC manda [...]. (SE-I)

Pudemos observar ainda que em algumas instituições, onde a integração dos conteúdos curriculares é algo mais recente, parece haver uma divisão do trabalho segundo os campos de conhecimento característicos. De um lado, o saber pedagógico, representado pela coordenação pedagógica; de outro, o saber da saúde, definido pela especificidade profissional do curso. Ou seja, na hora de definir o currículo, uns ficam com a “parte” da educação e outros, com a “parte” da saúde:

Não sou eu que monto o currículo; eu recebo ajuda da minha coordenadora, que é dentista – ela é bem integrada. Nós montamos juntas porque eu também me preocupo com a parte de organização, ética profissional... Enfim, a gente também tem um plano de curso, acredito eu, bem montadinho. (SE-H)

Então, eu, a dona da caixinha de saúde pública, e a outra, a médica cirúrgica, estamos revendo. A gente tem feito reuniões desde o final do ano passado para fazer de uma forma mais integralizada, assim, vendo o todo, e cada uma vai dando à sua matéria mais de uma forma [...]. (SE-C)

Nesses casos, o plano de curso surge por agregação de saberes específicos, tendendo a uma fragmentação (na compreensão do trabalho e do conhecimento) que, provavelmente, também se traduz no cotidiano da sala de aula.

O mercado de trabalho é outro componente levado em conta quando se pensa na elaboração do plano de curso: acompanhar suas tendências, observar suas demandas, considerar a incorporação de novas tecnologias é o que menciona outro dirigente:

[...] você vai colocar as matérias de acordo com o que é feito no mercado. Então nós olhamos o mercado, e quando eu digo mercado, falo da atuação do profissional. O que é que o técnico em patologia faz num laboratório? O que é feito num laboratório? O que é preciso que um aluno saiba para trabalhar num laboratório? Ele precisa saber primeiro o que é um laboratório; depois, precisa saber dos tipos de exame feitos num laboratório. Então ele vai aprender cada tipo de exame: como coletar esse material? Como coletar em casa? Ele vai trabalhar onde? Qual o maquinário utilizado no laboratório? Então o plano de curso é elaborado a partir da realidade dessas várias disciplinas, dessas várias propostas. (SE-M)

A presença do mercado de trabalho é uma recorrência determinante nos discursos dos dirigentes das instituições de formação de trabalhadores técnicos em saúde, como veremos a seguir.

#### ***2.3.4 O perfil dos trabalhadores técnicos em saúde na perspectiva das instituições formadoras***

Como refletíamos anteriormente, a mesma tendência de tomar o mercado de trabalho como referência para a elaboração do plano de curso é constatada em relação à construção do perfil do trabalhador que as instituições querem formar:

Nosso objetivo é que o nosso aluno saia daqui da escola apto a enfrentar o mercado de trabalho, a enfrentar a vida. Porque não adianta ele ter um monte de conhecimento, ser “um fera” na físi-

ca, mas não ter um [bom] relacionamento pessoal, não saber lidar com o outro, não saber respeitar [...] um profissional capacitado tecnicamente. (SE-M)

Tem de estar muito bem preparado para as mudanças, que são muito rápidas, no mercado, tanto em relação às novas tecnologias implementadas cotidianamente no mercado quanto no que diz respeito à relação entre o paciente e o trabalhador – no caso, o nosso técnico. Então, a gente tem de se adequar a todo momento. (NO-F)

Esses depoimentos revelam, portanto, a sintonia dos estabelecimentos com a resolução CNE/CEB nº 4/1999, citada anteriormente. Em seu artigo 4º, ela definiu os critérios para a organização e o planejamento de cursos: atendimento às demandas do mercado e conciliação entre as demandas identificadas com a vocação e a capacidade institucional da escola. A mesma resolução definiu também um mínimo de 1.200 horas para qualquer habilitação técnica da área de saúde, bem como listou vinte competências gerais que conformam o perfil de formação dos trabalhadores técnicos de saúde (Brasil, Ministério da Educação, 1999b).

Os conceitos de laborabilidade e flexibilidade são colocados como princípios norteadores da educação profissional de nível técnico, influenciando diretamente na definição do perfil do trabalhador e pressupondo uma almejada polivalência profissional, que se reflete na fala dos dirigentes institucionais entrevistados:

O que nós esperamos, no plano/perfil do profissional que vamos formar, é a versatilidade, a boa orientação do fundamento [...], que ele tenha condições de planejar, não só de chegar lá no campo de trabalho dele e aplicar injeção, porque não é só isso que um técnico faz. Ele precisa ter um diferencial, precisa participar do planejamento, precisa participar do todo e não ficar ali isolado, porque a gente sempre fala que o técnico é o peão do hospital. Ele mesmo vem para cá com um sonho de um trabalho, e nós

precisamos mudar essa concepção a respeito do que eles trazem de lá, [...] eles precisam ter um diferencial, [...] precisam mostrar que têm competência, não só para dar o medicamento, administrar o medicamento, ou para medir a pressão. Eles também têm de ter essa consciência de que precisam participar ativamente de todo o processo dentro do hospital [...]. (NO-A)

O modelo de competências para a laboralidade como princípio norteador enfatiza a mobilização dos saberes técnicos para o enfrentamento e a resolução dos problemas nos locais de trabalho, visando à maior produtividade com qualidade. Essas competências implicam, assim, não só (e não principalmente) o conhecimento, mas também habilidades e valores que as ponham em ato. Como analisado anteriormente, esta noção é o ressurgimento dos elementos básicos da teoria do capital humano, em que dimensões cognitivas (conhecimento abstrato), valores, atitudes, comportamentos, ou seja, uma miríade de características psicossociais e de participação com maior subordinação são exigidas do trabalhador – destituído de sua dimensão coletiva e reificado como indivíduo competitivo (Frigotto, 1995). Essa concepção também transparece nas entrevistas, quando se pergunta sobre o perfil do egresso:

[...] além do domínio das técnicas que lhe cabem, dentro desse nível de conhecimento, ele também deve ter a iniciativa, a capacidade de comunicação [...], tem também de saber criar oportunidades; não ficar só numa condição de dependência, de cumprir ordens, até porque, numa área de saúde, quando você lida com a vida, às vezes uma iniciativa não faz mal a ninguém [...]. O profissional tem de tomar decisões; então, ele precisa ser trabalhado nesse sentido. (SE-A)

[...] uma pessoa empreendedora. Uma pessoa crítica [...] que estará sempre trabalhando na área de saúde com o objetivo de melhorar a saúde. Que seja responsável, acima de tudo, que tenha responsabilidade, responsabilidade social também, porque aí a gente entra nas questões sociais, de saúde. (SE-B)

O conceito de laboralidade está intimamente ligado ao de empregabilidade, que pode ser definido como a capacidade do indivíduo de manter-se empregado, responsabilizando-o por sua inserção no mercado de trabalho e pela manutenção de seu posto de trabalho. Sendo assim, um dos objetivos da educação profissional passa a ser o de tornar o indivíduo “empregável”, ou seja, proporcionar a adaptação dos trabalhadores às instabilidades do mundo do trabalho. Compactuando com esta lógica, Francisco Cordão<sup>45</sup> afirma que:

O desenvolvimento de competência profissional deve proporcionar ao cidadão trabalhador melhores condições de laboralidade, de forma que esse trabalhador possa manter-se em contínua atividade produtiva e geradora de renda em contextos profissionais e socioeconômicos cambiantes e instáveis. Essa competência se traduz pelas condições de “navegabilidade” no mundo do trabalho, de mobilidade entre múltiplas atividades produtivas, o que se torna cada vez mais imprescindível, numa sociedade cada vez mais complexa e dinâmica em suas descobertas e transformações, onde as medidas micro e macro já estão sendo superadas pelas nano. (2002, p. 217)

O conceito de empregabilidade aparece nos depoimentos como um aspecto a ser valorizado pelas escolas em seus currículos. Nesse sentido, alguns entrevistados enfatizam que seus cursos proporcionam uma inserção direta do estudante no mercado de trabalho:

Na área de enfermagem, todo o nosso pessoal sai empregado; aqui na região existe uma demanda grande. Vão para o mercado de trabalho na área da saúde. Vão direto trabalhar. (SE-A)

---

<sup>45</sup> Consultor do Sistema S; relator das *Diretrizes curriculares nacionais para a educação profissional técnica de nível médio*, das *Diretrizes curriculares nacionais para a educação profissional tecnológica* e das *Diretrizes operacionais para a orientação da oferta de estágio supervisionado*; atualmente, preside a Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação.

Os depoimentos explicitam que, conforme as orientações da política de educação profissional e tecnológica do MEC, as necessidades do mercado e as possibilidades de laboralidade são centrais para o processo educativo, fortemente embasado na aquisição do conhecimento prático, instrumental, de forma a adaptá-lo e, ao mesmo tempo, tornar o trabalhador adaptável às condições existentes.

Verificamos ainda que poucos dirigentes entrevistados relacionam o perfil do trabalhador com as necessidades do SUS. Por outra parte, quando indagadas sobre o mercado de trabalho da localidade e/ou região, a maioria das instituições se refere ao mercado privado da saúde, sobretudo para algumas habilitações nas quais a demanda por técnicos se concentra fortemente nesse setor.

Em alguns casos, os entrevistados fazem menção à política de saúde aliada ao discurso da formação cidadã, mas é a formação técnica de caráter instrumental que prevalece na escolha dos conteúdos que serão enfatizados na formação do trabalhador. Mais uma vez, os depoimentos são eloquentes:

A gente tenta unir a parte do cidadão, temos essa preocupação, embora, vou confessar que, no decorrer do curso, na verdade, termina por se cair nessa parte técnica mesmo; a formação acaba se apegando mais à parte técnica, porque é muita responsabilidade você poder devolver o sorriso, a expressão de uma pessoa, e é isso que o dentista, junto com o protético, faz; porque, se o protético não for bem formado, com uma cabeça muito tranquila – porque o protético tem de ser tranquilo, isso a gente sempre fala, tem de ter paciência, aquilo precisa ficar perfeito porque vai para a boca de um ser humano, não é para um modelo, não é para um quadro, é para um ser humano... Então é preciso realmente, entre outras coisas, ter essa tranquilidade para poder trabalhar e programar. (SE-H)

[...] nós acabamos construindo também dois perfis de profissionais: um que é técnico, meramente técnico, aquele que é operativo, que vai para dentro das unidades de saúde, que vai para as uni-

dades hospitalares, estabelece aquela relação usuário/paciente [...]; e aquele que se constitui também enquanto militante da política de saúde. (NO-D)

[...] tem de ter uma visão mais holística, uma visão mais de cidadão, tanto que a gente dá muita ênfase às leis, a começar pelo capítulo da saúde na Constituição. Eu acredito que a parte técnica é importante, mas a gente começa a trabalhar isso muito depois de ele se formar aqui. O estágio posterior, a escola garante. Mas eles vão se formar agora em julho, e o estágio vai começar depois, porque aqui a gente trabalha muito o pensar deles, a gente quer um profissional pensante, a gente não quer um executor de tarefas [...], alguém que seja questionador e que possa ser incluído numa equipe, que se veja como parte de uma equipe [...]. (SE-C)

Pelo exposto, ao analisarmos as diretrizes que determinam a concepção e a construção do projeto político pedagógico, dos planos de curso e do perfil dos trabalhadores técnicos em saúde, fica explícito que as escolas vêm seguindo as orientações preconizadas pela política nacional de educação profissional e tecnológica, sem ir muito além do caráter prescritivo e normativo instituído pela legislação. Assim, a formação oferecida a esses trabalhadores, caracterizada principalmente pela instrumentalidade e pela fragmentação, acaba por comprometer a apropriação integral não só das técnicas necessárias ao trabalho em saúde, apresentadas muitas vezes de forma descolada de seus fundamentos científicos e sociais, como também, e principalmente, o desenvolvimento de um olhar crítico e reflexivo sobre o seu fazer social, sua inserção no sistema público de saúde e os determinantes sociais da sua atuação profissional.

### ***2.3.5 Concepções curriculares e a formação por competências: indefinições conceituais e implicações políticas***

Como já mencionado anteriormente, a formação por competências constitui uma orientação específica dos documentos das políticas que

incidem sobre a organização curricular dos cursos técnicos de nível médio e, também, na área de saúde. Entretanto, a noção de competência não tem uma definição unívoca, tendo sido, pelo contrário, objeto de extensos e controvertidos debates ao longo das últimas décadas. Esse fato é reconhecido no parecer nº 16/1999:

O conceito de competência vem recebendo diferentes significados, às vezes contraditórios e nem sempre suficientemente claros para orientar a prática pedagógica das escolas. Para os efeitos deste parecer, entende-se por competência profissional a capacidade de articular, mobilizar e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho. O conhecimento é entendido como o que muitos denominam simplesmente saber. A habilidade refere-se ao saber fazer relacionado com a prática do trabalho, transcendendo a mera ação motora. O valor se expressa no saber ser, na atitude relacionada com o julgamento da pertinência da ação, com a qualidade do trabalho, a ética do comportamento, a convivência participativa e solidária e outros atributos humanos, tais como a iniciativa e a criatividade. [...] O desempenho no trabalho pode ser utilizado para aferir e avaliar competências, entendidas como um saber operativo, dinâmico e flexível, capaz de guiar desempenhos num mundo do trabalho em constante mutação e permanente desenvolvimento. (Brasil, Ministério da Educação, 1999a, p. 40)

É com base nessa definição que a organização curricular passou a ser construída, pelas instituições formadoras, no âmbito de cada área específica. No caso da área de saúde, os próprios *Referenciais curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico* destacam que:

As competências, habilidades e bases tecnológicas são os elementos que embasam a organização dos currículos da educação profissional. As escolas terão autonomia na composição dos seus desenhos curriculares, desde que, seja qual for a configuração do

currículo, sejam contempladas todas as competências profissionais gerais do técnico de nível médio em saúde, constantes da resolução nº 4/1999 do CNE e arroladas no núcleo da área. (Brasil, Ministério da Educação, 2000b, p. 20)

Apesar de se pautarem nos documentos oficiais citados – pareceres nº 4/1999 e nº16/1999 – no que tange às competências, verifica-se que as instituições adaptam essa noção ao cotidiano dos cursos técnicos em saúde por meio de perspectivas as mais variadas. Indagados, então, sobre o conceito de competências, verificou-se que uma parte importante dos entrevistados relaciona a noção de competência aos conhecimentos e, sobretudo, às *habilidades* – principalmente, a de ser competente – que o discente deve adquirir ao longo do curso para o exercício profissional, com vistas a atender às necessidades do mercado de trabalho:

É o indivíduo adquirir todas as habilidades necessárias para o exercício de sua função de uma forma mais [...] satisfatória, adequada ao que o mercado quer, eficiente [...]. É você ter toda uma habilidade para você conseguir o exercício da sua função mesmo, de forma eficiente. (CO-E)

Competência é você saber fazer as coisas com segurança, com conhecimento, com informações necessárias, é estar atualizado dentro dos princípios técnicos, ético, legal [...]. O ser competente é trabalhar com segurança em todos os sentidos e com qualidade de trabalho. (SE-F)

Em alguns casos, os entrevistados não souberam definir o conceito de competência, mesmo quando declararam utilizar a avaliação por competências como eixo de organização curricular dos planos de curso das suas instituições:

Bom, talvez eu não consiga identificar de uma forma mais clara, mas talvez esse modelo de competência seja exatamente essa forma de trabalhar de forma mais efetiva. Antes, às vezes a pessoa fazia [de determinada maneira] porque aquilo foi ensinado daquela forma. Hoje não. Há um envolvimento, um entendimento da importância, da necessidade de se trabalhar dessa ou daquela forma. Eu acho que é mais dentro dessa forma mesmo de consciência. Eu acredito que seja isso. (SE-B)

Eu ainda não consegui me acostumar com essa avaliação por competências [...]. A verdade é que, com todo modelo que é implantado, e não sei de que forma [...] se dá essa implantação, a escola toda fica perdida. (NO-D)

Em outros casos, a definição do conceito obteve uma caracterização mais abrangente, incluindo três componentes básicos: conhecimentos, habilidades e valores.

O referencial nosso hoje é o itinerário formativo.<sup>46</sup> Com o itinerário formativo eu tenho ali desde a educação continuada até o nível superior. E, a partir desse itinerário, eu tenho os cursos que compõem os níveis, tem as ocupações com a descrição, com o perfil profissional. E a partir dali, eu tenho o que foi levantado em pesquisas, as ações. E a partir das ações, foram criadas as competências, com os conhecimentos, habilidades e valores. Foram traçados também os indicadores de desempenho, eficiência e eficácia para cada curso. [...] A partir dessas ações, vão ser desmembradas, para serem trabalhadas, as questões dos conhecimentos, das habilidades e dos valores. Quando se mobiliza tudo isso, você diz que tem a competência. Isso é a competência. [...] Quando a gente fala de competência, nós não estamos pensando só na habilidade. Tem a função do conhecimento. Então, eu tenho tudo ali, eu tenho os valores, tenho os conhecimentos, tenho as

<sup>46</sup> Segundo Ramos (2009, p. 269), o itinerário formativo refere-se à estrutura de formação escolar em cada país a partir do modo como se organizam os sistemas de formação profissional ou o modo de acesso à profissão.

habilidades. A preocupação da formação é a de um cidadão que tenha conhecimento dos seus direitos. [...] e a questão mesmo desses valores éticos, [...] porque não existe, não tem como fazer, não tem como formar um aluno sem que ele tenha consciência desses valores, que não aja eticamente. Isso é o tempo todo no curso muito cobrado e muito trabalhado para que seja realmente feito [...]. (SE-D)

Alguns entrevistados destacaram as dificuldades para a compreensão e a utilização do conceito, admitindo, em certos casos, a utilização meramente formal ou, inclusive, a simples substituição do antigo ensino por objetivos pelas atuais competências. Outros poucos entrevistados ainda declararam que suas instituições optaram por não aderir a essa conceitualização, continuando a trabalhar “por objetivos”.

A gente cumpre a lei. Trabalhamos com as competências que estão nos parâmetros curriculares do MEC. [...] Até hoje não houve uma definição muito clara do que seria competência e do que seria habilidade. Fez-se uma transposição dos objetivos gerais e dos objetivos específicos. A competência seria o que a pessoa deveria ser capaz de fazer. Nesse sentido, você tem de trabalhar para fazer ela aflorar. É um conceito bem polêmico. [...] Não houve mudança. De acordo com a interpretação que deram, só houve uma mudança de terminologia. Deixou de ser objetivo geral e específico e passou a ser competência profissional. (SE-A)

Esta dificuldade na definição do conceito é analisada por Ramos (2005): segundo a autora, as noções que são associadas às competências – saber, saber-fazer, objetivos – devem vir acompanhadas de uma explicitação das atividades ou tarefas que lhe darão materialidade e possibilidade de compreensão. Desta forma, há uma impossibilidade de defini-las por si mesmas, visto que são nas tarefas que as competências se materializam.

Quando confrontamos essas respostas com o processo de definição de competências como eixo da organização curricular, observamos que a

maior parte das instituições que aderem ao modelo de competências utiliza os parâmetros curriculares como principal referência para sua definição:

Elas [as competências] são definidas assim: nós nos baseamos no referencial curricular específico da área. A primeira base nossa é o referencial curricular, nós começamos por ele. (CO-B)

Em alguns casos, embora minoritários, foram citadas como referenciais as pesquisas de mercado e a consulta a especialistas, técnicos e/ou docentes. Em outros, aparece o perfil profissional como referência:

Novamente, a gente determina [a competência] pelo perfil profissional do egresso. [...] Perfil profissional, geral e específico, [...] exatamente considerando a necessidade, a demanda, a necessidade do mercado, as necessidades regionais. É necessário fazer a pergunta de qual é o profissional ideal para trabalhar em tal área. E nós fizemos isso, essa elaboração de competência, das competências junto com um professor de cada área. (CO-E)

Embora a apropriação do conceito de competência muitas vezes tenha se revelado incompleta, inadequada ou distorcida, para os entrevistados a adoção do novo discurso pedagógico produzia efeitos concretos no cotidiano dos estabelecimentos de educação profissional. Por um lado, sinalizam que sua implementação permitiu a formação de um profissional diferente: mais responsável, mais crítico, mais participativo, mais adequado ao mercado de trabalho ou com uma visão mais humanista. Por outro lado, algumas instituições identificaram mudanças operacionais importantes no novo sistema, seja na flexibilização e/ou na integração do currículo, seja na gestão do curso ou em uma melhor possibilidade de avaliação do educando, tornando-o mais seguro e adequado às exigências do mercado de trabalho.

Então essa questão de estar orientando o aluno, do perfil, assim, por competências, tem dado uma segurança maior para o nosso aluno: ele sai um profissional mais seguro [...]. Eles não vão inseguros, com medo do mercado, porque a gente procura trabalhar junto com o mercado. (CO-B)

Por outro lado, alguns entrevistados manifestaram que não houve impacto concreto na adoção desse modelo, ao passo que outros mencionaram suas dificuldades para lidar com ele, ou mesmo seu rechaço ao modelo. Segundo um dos dirigentes entrevistados:

Eu acho que não mudou nada. Na verdade, isso aí ficou para nós como uma questão *pro forma*, porque o aluno que a gente formava antes a gente continua formando hoje. (SE-K)

Em praticamente todas as entrevistas, foi possível observar que as implicações do modelo de competências na formação dizem respeito, principalmente, a duas dimensões principais: a da prática e aquela que poderíamos denominar “psicológica” ou comportamental. No caso da primeira, a introdução das competências reforçaria a capacidade do educando de estar apto para resolver problemas práticos, articulando e mobilizando os saberes trabalhados pela escola. Já no que diz respeito à dimensão comportamental, as competências consideradas mais fundamentais seriam aquelas relativas à compreensão do ser humano – que busca a humanização da relação profissional-usuário – e à compreensão do mundo no qual os alunos estão inseridos – de forma a se tornarem cidadãos empreendedores.

Assim, a definição de competência expressa pelos entrevistados ressaltou, principalmente, os aspectos psicológicos e a dimensão do fazer, sem necessariamente referenciar a dimensão conceitual. Ao mesmo tempo, a permanência no mercado de trabalho e a garantia da empregabilidade foram vistas como decorrência das competências adquiridas, validadas e constantemente atualizadas pelo sujeito em formação. As competências individuais dos trabalhadores, com destaque para os atributos psicológicos

e comportamentais, foram as mais valorizadas, em prol de um modelo de homem que tem na produtividade e na colaboração interindividual seu horizonte social. A ênfase na prática cotidiana, na eficiência e na humanização das relações interpessoais, revelada nas entrevistas, como foco da formação dos trabalhadores técnicos em saúde, contrasta fortemente com a quase total ausência de referências aos fundamentos e aos determinantes científicos e sociais do trabalho dos profissionais da saúde, e confirma, na prática cotidiana dessas instituições, as diretrizes gerais da política educacional das últimas décadas no que se refere à formação de “um novo homem coletivo”:

[...] um novo homem coletivo segundo os dois pilares básicos da ideologia burguesa contemporânea: do ponto de vista econômico, a formação de *um homem empreendedor*, que atribua a si a tarefa de contornar os graves problemas decorrentes das configurações contemporâneas da produção capitalista em nosso país, tais como desemprego, subemprego, redução salarial, perda de direitos trabalhistas e sociais; do ponto de vista ético-político, *um homem colaborador*, que atribua a si, individualmente ou em grupos, a resolução dos graves problemas da desigualdade social em nosso país, apresentando-se voluntariamente para, em níveis distintos de consciência, fazer a sua parte na consolidação da hegemonia burguesa, pela implementação de ações sociais de alívio à pobreza. (Neves, 2006, p. 96; grifos do original)

### 2.3.6 A formação dos trabalhadores técnicos em saúde na sala de aula: método de ensino, avaliação, pesquisa e estágio

Se o modelo de competências orienta, pelo menos do ponto de vista do discurso, a organização curricular, determinando alterações mais ou menos profundas na sua proposta (formal) de desenvolvimento, o relato sobre o trabalho na sala de aula revela, tendencialmente, a persistência de práticas pedagógicas tradicionais tanto no que diz respeito aos métodos de ensino quanto às formas de avaliação dos aprendizados. Nesses relatos,

destaca-se, também, um certo fetiche pelos recursos tecnológicos, como elementos dinamizadores do ensino que caracterizam, de forma quase unilateral, a modernização de conteúdos e abordagens, como se depreende dos seguintes depoimentos:

Então, estão previstas a teoria e a prática, sendo que a teoria, em sala, são aulas expositivas, com utilização de recursos, trabalhos, laboratório de informática. Os alunos têm, assim, dinâmica de grupo, utilizam dinâmica. Nós também temos laboratório de informática, onde são utilizados recursos didáticos, como *datashow*, retroprojeter, e, por incrível que pareça, esse curso também utiliza muito o projetor de *slides*, que é um equipamento que já está quase que estacionado. (CO-C)

[...] a gente vai desde a lousa até a projeção de multimídia e a transmissão ao vivo. A gente faz isso na prótese [...]. A gente vai do giz até a parte mais informatizada que existe hoje, com microcâmeras em todos os procedimentos. Nós temos todos esses recursos, internet direta para acessar. (SE-I)

Primeiro a gente trabalha muito com aulas, com o diálogo entre o professor e o aluno; são aulas expositivas, com recursos audiovisuais e de som, projetor de imagem, quadro branco, laboratório para as aulas práticas, todo esse contexto. (SU-E)

A autonomia do professor foi invocada, em muitos casos, para justificar a diversidade de “metodologias e formas de ensinar”, ou a falta de um direcionamento institucional unitário:

Os nossos métodos de ensino? Cada professor faz o seu. O plano não foi construído por eles, eles nunca tiveram acesso à documentação da escola [...]. Então, não adianta especificar um método, porque não existe método nenhum, cada um tem o seu aqui, e ele

difere muito do que está no plano de curso [...]. Aqui na escola, por causa dessa confusão, o professor ainda dá nota, e somos nós que, na secretaria, transferimos para conceitos. (NO-D)

Entretanto, algumas instituições se destacam do conjunto ao apontarem encaminhamentos metodológicos diferenciados que fomentam a participação dos discentes no processo de ensino-aprendizagem: metodologia “interacionista” ou dialógica, método baseado em problemas e projetos, abordagem interdisciplinar dos conteúdos, desenvolvimento de pesquisa e estudos de caso são os citados.

Trabalhamos muito com um aluno que tem a possibilidade de construir seu próprio conhecimento [...] com as atividades práticas, o treinamento e as atividades de pesquisa. (NO-C)

Não foi possível identificar uma associação mais consistente entre a escolha do método de ensino e os ideais educativos da escola. O docente parece ter autonomia para planejar e executar o seu plano de aulas, porém não fica claro como a escola acompanhava pedagogicamente esse processo. Dessa forma, as instituições pesquisadas parecem estar mais próximas de concepções tecnicistas e da necessidade de buscar técnicas mais eficientes na transmissão do conhecimento, embora um certo pragmatismo as faça deixar essas questões para o âmbito do “saber fazer” do docente.

Quanto às formas predominantes de avaliação das aprendizagens, verifica-se que a prova, seja ela escrita, oral ou prática, constituiu a opção mais utilizada. Em alguns casos, utilizaram-se também formulários de acompanhamento diário (ou periódico) dos estudantes (avaliação de atitudes e comportamentos), baseados na observação do professor.

A gente tem [...], como eu falei, alguns formulários, que foram formatados pela professora num conjunto, também. E a partir

dali é quase como uma observação diária, a professora vai anotando, à medida que o aluno vai evoluindo, ela vai construindo essa avaliação a cada aula, a cada momento de formação proposto ao aluno, tanto no laboratório quanto já no tempo do estágio ou quando está fazendo a parte teórica mesmo. A partir daí, a professora vai fazendo o preenchimento desses formulários, que têm questionamentos em relação a se o aluno alcançou, quase alcançou, já está quase lá e o que é que falta. (SU-A)

Alguns entrevistados declararam, ainda, que as formas de avaliação variam de acordo com a turma.

A gente tentou não ficar só na prova teórica, mas assim é o contexto. [...] [havia] o aluno que tinha o conhecimento, o aluno que tinha a habilidade e o que tinha a atitude. Aí, para poder avaliar, a gente foi usando métodos alternativos. O aluno que tinha a habilidade tinha de ter o conhecimento, e a gente tenta buscar dele o conhecimento, fazendo que ele pesquise mais, cobrando mais dele isso. O que tinha atitude e não tinha habilidade e nem o conhecimento, a gente ia ver isso. Enfim, era conforme a necessidade do grupo mesmo, e como o nosso grupo é pequeno, isso é fácil de fazer. Se fosse um grupo muito grande, o professor iria adotar o que todo mundo adota, que é uma prova teórica, uma prova prática. Mas nós não. A gente foi realmente adaptando conforme as necessidades, mas foi fácil de gerenciar, por conta de ser um grupo pequeno. A gente faz tudo, desde a prova teórica, a prova prática, a avaliação oral, trabalho de pesquisa de campo, projeto integrador, enfim, nesses pontos todos. (SU-C)

Em algumas instituições foi adotado o projeto ou trabalho de conclusão de curso como instância integradora das aprendizagens. Destaca-se o caso de uma rede de instituições que, tendo adotado integralmente o modelo de competências, aplica indicadores de desempenho como forma predominante de avaliação por meio de uma ficha onde são observadas:

[...] a questão da ética, da postura, do relacionamento interpessoal [...], porque não adianta você ter habilidade e teoria e saber fazer tudo e chegar todo dia atrasado, berrar, xingar. (SE-G)

Pôde-se perceber em mais duas escolas o uso de instrumentos que permitem algum tipo de avaliação dessa questão: a ficha de avaliação preenchida pelo “cliente”<sup>47</sup> atendido no estágio e o caderno de estágio, que lista as atividades realizadas pelos estudantes.

Barriga (1999) analisa que a forma de conceber a avaliação é uma conformação histórica que a transforma num instrumento de controle – do individual (adaptação social) a formas de controle social.

Observamos que, ao optarem majoritariamente pela prova escrita, as escolas acabam por escolher um método tradicional de avaliação, que, na análise de Estéban (2001), reduz a capacidade de configurá-la como um instrumento formativo, em que a avaliação se afasta da possibilidade de instaurar um julgamento sobre a aprendizagem do educando para servir como um instrumento que busca revelar o que este sabe, como vem organizando seu processo de elaboração de conhecimentos, quais as dificuldades e as potencialidades neste processo de conhecer que sempre são existentes e provisórias. Esta forma de compreender a avaliação configurou-a como um problema técnico, desvinculado da reflexão sobre seu papel social.

De forma coerente com o que foi apontado anteriormente em relação à definição de competências, a seleção dos conteúdos de ensino esteve pautada basicamente pelos referenciais curriculares oficiais do MEC e pelos “requerimentos” do mercado, dando-se maior ênfase aos conteúdos específicos de cada área. Quase todas as escolas relataram proporcionar, ao longo dos cursos, discussões e reflexões acerca do SUS e sobre o processo de trabalho em saúde.

Nosso enfoque maior é o SUS. O aluno tem de entender que esse é o melhor sistema que existe, e a gente faz que ele pesquise, que

---

<sup>47</sup> Expressão utilizada pelo instrumento de avaliação.

vá a campo, que conheça o Serviço de Vigilância Epidemiológica, que conheça a Vigilância Sanitária; ele faz estágio em unidades de saúde, acompanha o PSF, então ele está bem integrado para se defender, senão ele só vai no nosso discurso, e não é isso que a gente quer. A gente quer que o aluno tenha essa visão que o Sistema Único de Saúde tem. (SU-C)

No entanto, enquanto algumas instituições oferecem disciplinas ou blocos temáticos específicos para que o educando tenha um bom conhecimento do SUS, outras declararam trabalhar esses conteúdos ao longo do processo formativo. Nas falas dos entrevistados, verifica-se que o grau de aprofundamento e debate desses conteúdos é muito variável, com situações diferenciadas de instituição para instituição:

[...] só falta eu ser presa aqui, por causa do SUS [...] a gente trabalha o módulo I, que é, basicamente, SUS, SUS, SUS; entramos com os programas, em tudo. Então, a gente tem uma fundamentação toda [...]; eles aprendem tudo do SUS, tudo, tudo, o que eles devem fazer, a quem eles devem buscar. (NE-B)

[...] nós trazemos para dentro da instituição seminários internos, com a participação de trabalhadores do Sistema Único de Saúde e de trabalhadores de saúde para que haja uma troca de experiências, para mostrar o que espera o nosso aluno lá fora, o que ele vai encontrar lá fora. (NO-G)

Observamos que a reflexão sobre o SUS é compreendida, por algumas escolas, como mais um “filão” de mercado, e que a escolha de trabalhar com os seus conteúdos é também determinada pela oportunidade de gerar empregabilidade para os estudantes e não pelo fato de esse ser um conteúdo que, necessariamente, deve ser abordado em um curso técnico dessa área para que se possa contribuir no processo de configuração da saúde como um direito de toda a população:

Hoje, o nosso curso [...] tem uma ênfase maior na saúde pública, em função mesmo dos alunos, que estão sempre de olho em concursos públicos [...]. A área hospitalar paga bem menos. Então, o nosso curso acabou tendo de se adaptar também a essa exigência do mercado. Mas há preparação de alunos no hospital, tanto que, se você hoje visitar o hospital, uma grande parcela dos alunos é originária daqui. Mas ele [o curso] dá uma ênfase maior na área de saúde pública. Se olhar a carga horária, metade das aulas do último módulo é [dirigida à] saúde pública. (SE-C)

A maior parte dos entrevistados manifestou que, nas suas instituições, não se desenvolvem projetos de pesquisa. Em alguns casos, os professores participavam de alguma atividade assim caracterizada (às vezes, fora da instituição); em outros, atividades de “pesquisa” são solicitadas aos estudantes ao longo do curso.

Não, os professores [...], alguns têm essas atividades [de pesquisa], mas particular. Através da escola ou para a escola especificamente não. Os alunos sim. No sexto módulo, eles fazem um trabalho, como eu falei, que é mais voltado para a parte de desenvolvimento de competência; [...] um trabalho de observação voltado para a gestão em saúde, que também é um enfoque bastante amplo que a gente dá, porque, como há as saídas intermediárias como auxiliar de enfermagem, quando ele termina a parte de auxiliar e retorna para a parte teórica, para a formação como técnico, aí existe um enfoque maior na parte de gestão de unidade de saúde. Então, [...] nós escolhemos algumas instituições daqui do estado, e o aluno, durante todo o período do sexto e do sétimo módulos, tem um roteiro para seguir de análise, de observação, de como é a gestão nessa unidade. A gente sorteia uma instituição para cada grupo, aí esse grupo faz uma observação, um trabalho de pesquisa mesmo, do enfoque da gestão naquela unidade e faz pesquisa na comunidade, com as pessoas que utilizam aquela instituição, os funcionários, a equipe administrativa, faz um trabalho bastante grande, complexo. (CO-D)

A ideia de “pesquisa” parece estar associada tanto ao desenvolvimento de um possível trabalho de campo dos alunos quanto à busca de informação e a uma forma de “produção de conhecimento” muito ligada ao relato da prática.

Nós temos um projeto integrador e esse projeto integrador é um trabalho de pesquisa. Então, a gente sempre diz para eles: Vocês vão trabalhar na comunidade, mas vocês vão pesquisar, porque a gente vai transformar isso num artigo. O objetivo sempre é produzir um artigo. Então, eles sabem, eles aprendem a produzir um artigo e aprendem a pesquisar. A gente sempre estimula a pesquisa durante todo o curso. Eles não têm nada mastigado e reclamam bastante, que dá trabalho, mas percebem a diferença depois. (SU-C)

Em algumas poucas instituições constatou-se a intenção, pelo menos no plano do discurso, de implantar esse tipo de atividade de forma regular.

Tem sido maravilhoso [...] às vezes eu fico pensando o quanto a gente subestimou o técnico de enfermagem, por quanto tempo esses alunos perderam a chance de participar de uma pesquisa bem elaborada [...] então, eles seguem o protocolo comum: problema, justificativa, de forma simples [...]. A gente faz da apresentação da pesquisa um evento e tanto, então a gente faz no auditório, com *datashow*, todo mundo de branco, convida os professores, convida uma turma que está começando, então é, assim, um megaevento [...]. (NE-B)

De maneira geral, a pesquisa propriamente dita é entendida como uma atividade externa à escola ou à instituição de ensino. Nessa perspectiva, o conhecimento que a instituição formadora transmite é assimilado a um conjunto fechado e predeterminado, como um pacote de técnicas, entendendo-se o processo de ensino-aprendizagem como mero repasse e

reprodução, não cabendo nele, portanto, a possibilidade de criação, a busca de autonomia intelectual que implique uma inquietação com o mundo que rodeia o educando.

Um ponto destacado do desenvolvimento curricular das instituições consultadas é a operacionalização do estágio e a articulação entre teoria e prática. Geralmente, os estágios são desenvolvidos em parceria, mediante a celebração de convênios ou contratos com outras instituições (hospitais, laboratórios, clínicas, empresas etc.). No período de estágio, os estudantes são supervisionados por docentes, que podem ser especificamente contratados para isso ou pertencer ao quadro regular da instituição de formação. O estágio se desenvolve tanto em instituições públicas quanto privadas.

Então, o estágio curricular acontece, dependendo do módulo, da fase em que o aluno se encontra, nos hospitais, nos postos de saúde [...] por enquanto, em empresa não, só dentro dos hospitais, da maternidade, também. A própria escola faz um contrato com as instituições que vão fornecer o campo de estágio [...], e as professoras acompanham os alunos. Em média são cinco alunos por supervisor, por docente; na UTI, são dois. Então, eles fazem [estágio] a cada semestre; desde o primeiro módulo eles têm uma prática teórica que acontece na instituição e outra que já acontece dentro dos hospitais, da maternidade, dependendo do [...] eixo que tem aquele módulo. Às vezes é no hospital, às vezes é no posto de saúde ou na maternidade. (SU-A)

A carga horária do estágio curricular é de 600 horas. Ele tem o objetivo de levar o aluno a [estabelecer] uma inter-relação entre teoria e prática – o que ele aprendeu na teoria aqui, ele vai agora fazer na prática –, bem como capacitar o futuro profissional para o mercado de trabalho atual. E ele é dividido por disciplinas [...]. A gente tem um convênio com a Secretaria de Saúde aqui do município, e a gente encaminha os grupos, são grupos de 10 alunos; o aluno é acompanhado por um preceptor, professor da escola, e, dentro desse estágio, ele aplica, na prática, tudo o que ele aprendeu. (CO-A)

Alguns entrevistados relataram dificuldades para conseguirem espaços ou horários adequados para a realização do estágio. Em alguns poucos casos, não existe supervisão específica da instituição para esse tipo de atividade. A forma de articulação entre teoria e prática é variável: algumas escolas desenvolvem atividades teóricas e práticas de forma concomitante e outras as organizam de forma subsequente. Conhecer o processo de organização do estágio curricular nos instiga a pensar em como vem se desenvolvendo a relação entre teoria e prática: se esta se organiza de forma dicotômica ou propicia a reflexão de que o conhecimento é resultado das múltiplas relações que os seres humanos estabelecem entre si e com a natureza, no seu trabalho produtivo (Freitas, 1996). Em todos os casos, o estágio foi destacado como importante elemento da formação dos trabalhadores técnicos em saúde, seja para aprimorar as competências técnicas e comportamentais esperadas, seja para garantir a empregabilidade dos formandos.

\*\*\*

Se a abordagem histórica da configuração da saúde e da educação no Brasil nas últimas décadas nos permite concluir que não existe, no país, uma política de formação profissional em saúde, mas uma política de formação profissional aplicada à saúde e regida de acordo com os critérios do mercado, a análise das formas específicas que assume a formação de trabalhadores técnicos em saúde, em perspectiva quantitativa e qualitativa, nos leva a verificar a existência de um mercado de formação adaptado ao setor saúde, no qual se observa a predominância de um modelo baseado na pedagogia das competências e voltado para o mercado de trabalho, e que se distancia, assim, da perspectiva de uma formação integral desses trabalhadores. Além disso, esse modelo de formação se distancia também das políticas públicas de saúde na perspectiva de uma atenção integral, na medida em que forma principalmente para um mercado dominado pelo modelo hospitalar de atenção, não respondendo às necessidades de saúde da população em seu conjunto. A lógica que impera tanto nas

instituições formadoras públicas quanto nas privadas é predominantemente mercadológica na definição não só da oferta, mas também do modelo de formação. Complementarmente, tanto na educação profissional em saúde quanto nos próprios serviços de saúde predomina uma lógica privatizante, que tende a fragmentar, ao mesmo tempo, a formação do trabalhador e a atenção do usuário.

Este estudo mais detalhado da realidade brasileira nos instiga a compreender as especificidades históricas dos outros países que compõem o Mercosul para, futuramente, desenvolvermos estudos comparados sobre os países que compõem o bloco sub-regional. Uma primeira aproximação dessas realidades constitui o cerne do próximo capítulo.

## A FORMAÇÃO DE TRABALHADORES TÉCNICOS EM SAÚDE NOS PAÍSES DO MERCOSUL

### 3.1 Diversidades no Mercosul: uma aproximação aos países

Discutir o processo de plena integração no âmbito do Mercado Comum do Sul (Mercosul) coloca em tela a premência de se debruçar sobre a existência de profundas diversidades e diferenças entre os seus países membros. Resultado de processos históricos mais amplos, essas especificidades sociais – que por vezes se convertem em importantes assimetrias – trazem desafios relevantes para a discussão sobre a livre circulação de trabalhadores.

Souza, Oliveira e Gonçalves (2010) destacam que no contexto de criação do Tratado de Assunção, condicionado por uma visão liberal do processo de integração do Mercosul, o problema das assimetrias entre os países membros aparecia de forma marginal. Entretanto, os autores mostram que, a partir de 2003, houve uma inflexão na postura dos países, ao constatarem a presença dessa temática nas declarações conjuntas dos presidentes dos Estados membros. Teve início, inclusive, no âmbito do bloco, a elaboração de políticas para a compensação dessas assimetrias.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Decisões CMC n° 27/03 e CMC n° 45/2004 (criação do Fundo de Convergência Estrutural do Mercosul – Focem, regulamentado pelas decisões CMC n° 18/2005 e CMC n° 24/2005).

Pronko (2009) também destaca que esses processos de integração regional/supranacional necessitaram extrapolar o âmbito do econômico – com seus acordos alfandegários e comerciais –, indicando a urgência de se incluírem outros aspectos da vida nacional – tais como a saúde, a educação e a regulação do trabalho.

Nesse sentido, de forma a trazer alguns subsídios para uma compreensão inicial da situação socio sanitária dos países que compõem o bloco, bem como do modo de organização dos seus sistemas de saúde e educação, procuramos, neste capítulo, apresentar, de forma sucinta, algumas informações e dados estatísticos que corroboram o entendimento de que, para alcançar a plena integração na região, há que se buscar alternativas para a superação das assimetrias existentes.

Para tanto, este texto se organiza a partir da exposição de um panorama geral dos países estudados – Argentina, Bolívia, Paraguai, Uruguai e Venezuela<sup>2</sup> – com ênfase em alguns indicadores demográficos, sociais e econômicos. Posteriormente, é apresentada a organização dos respectivos sistemas de educação e de saúde, para, ao final, discutir-se o modo de estruturação da formação dos trabalhadores técnicos em saúde, salientando-se, nesse item, como está organizada a força de trabalho em saúde em cada um dos países pesquisados.

Sempre que necessário, o texto fará remissão à história de cada país, mas é importante salientar que o foco da análise se centrará nas mudanças sociais e políticas ocorridas a partir da década de 1990. Esse recorte se justifica na medida em que os países do bloco passaram a sofrer, a partir dessa época, de forma mais contundente, a instauração de políticas neoliberais que se configuraram por meio da reforma de Estado e dos programas de ajuste estrutural, preconizando-se a redução dos gastos públicos, a descentralização administrativa, a transmutação de direitos em “serviços” – sobretudo saúde e educação – e o seu repasse para os níveis provinciais e municipais – e a privatização dos serviços e do próprio Estado nacional

---

<sup>2</sup> Vale lembrar que os quatro membros plenos do Mercosul são Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai. Venezuela encontra-se em processo de adesão e Bolívia é um dos mais antigos países associados ao bloco. A exclusão do Brasil deste capítulo obedeceu à própria estruturação das atividades de pesquisa que, tendo sido sediada no país, conseguiu graus superiores de aprofundamento das questões em foco, expostas no capítulo precedente.

(O'Donnell, 2004). Os discursos oficiais instaurados na época pautaram-se na equidade; estabeleceram-se, portanto, programas contra a exclusão que delinearão políticas de assistência e de contenção da pobreza e do desemprego. A força dessas mudanças afetou, de forma diferenciada, as parcas conquistas anteriormente adquiridas, em cada país, sobretudo no campo dos direitos trabalhistas e do direito à educação e à saúde.

### **3.1.1 Perfil político-administrativo e sociodemográfico dos países**

Todos os países estudados têm regime republicano. A República Argentina é presidencialista, organizada de forma federativa, com eleições a cada quatro anos. Constitui-se de vinte e quatro jurisdições – vinte e três províncias e sua capital federal, a Cidade Autônoma de Buenos Aires – e possui, aproximadamente, 1.600 municípios. As províncias gozam de autonomia perante o governo central. O país é regido por uma Constituição desde 1853, tendo sido a última reformada no ano de 1994.

A República da Bolívia é unitária, de regime presidencialista. Realiza eleições a cada quatro anos e é regida pela Nova Constituição Política do Estado – aprovada por referendo popular no ano de 2009. É dividida politicamente em nove departamentos, 112 províncias e 327 municipalidades.

O Paraguai se constitui como república presidencialista, com eleições a cada cinco anos. Organiza-se em 17 departamentos, que, por sua vez, são divididos em 225 distritos. De acordo com o artigo 156 da Constituição em vigor (datada de 20 de agosto de 1992), essas unidades gozam de autonomia política, administrativa e normativa.

O Uruguai é uma democracia representativa, com eleições a cada cinco anos. O país se divide administrativamente em 19 departamentos, governados por uma junta departamental com 31 membros e um intendente. A atual Constituição da República Oriental do Uruguai foi promulgada em 1967 e sua última alteração ocorreu em 2004.

A República Bolivariana da Venezuela se institui sob o regime federal e presidencialista, regida por uma Constituição (aprovada em 15 de

dezembro de 1999), com eleições a cada seis anos. Apresenta uma divisão político territorial formada por 23 estados, um distrito capital – onde se encontra sua capital, Caracas –, dependências federais compostas por 311 ilhas, caios e islotes, e 335 municípios.

No que tange à superfície terrestre, a Argentina possui uma extensão territorial de 2.766.889 km<sup>2</sup>. É um país que limita com Chile, Bolívia, Paraguai, Brasil e Uruguai, totalizando 9.376 km fronteiriços.

A República da Bolívia está localizada na parte central da América do Sul; com uma extensão territorial de 1.098.581 km<sup>2</sup>, está limitada pelo Brasil, Argentina, Paraguai, Chile e Peru, e não tem saída para o mar. Sua localização geográfica confere ao país um papel integrador estratégico de vinculação entre as regiões do Atlântico e do Pacífico.<sup>3</sup> No território boliviano, consideram-se três zonas geográficas distintas: a região andina, que abarca 28% do território nacional e está situada a uma altitude entre 3.000 e 4.000 metros acima do nível do mar; a região subandina, que ocupa 13% do território e tem altitudes situadas entre 1.500 e 3.000 metros; e a região dos *llanos*, que representa 59% da superfície do país, com uma altitude mínima de 220 metros.

A República do Paraguai está localizada no centro-sul da América do Sul, limitada ao norte e a oeste pela Bolívia, a nordeste e a leste pelo Brasil, e ao sul e a oeste pela Argentina, e possui uma área de 406.752 km<sup>2</sup> (Organização das Nações Unidas, 2008). O rio Paraguai, que divide o país em duas regiões naturais claramente distintas, é a via comercial mais importante, uma vez que o país não possui saída para o mar. A região ocidental ou Chaco (compartilhada por Bolívia e Argentina), que abarca 60% do território nacional e três departamentos, é climática e topograficamente pouco favorável aos assentamentos populacionais. A região oriental possui 14 departamentos. Nela estão localizadas a capital Assunção e as principais cidades, onde se concentram as redes de serviços básicos do país.

A República Oriental do Uruguai faz fronteira a sudoeste com a Argentina e ao norte e a nordeste com o Brasil. A leste e ao sul, é banhada pelo oceano Atlântico e pelo rio da Prata. Segundo menor país da Améri-

<sup>3</sup> Na Guerra do Pacífico (1879), a Bolívia viu-se privada de 400 km de costa sobre o Oceano Pacífico, porção do território que foi reclamada pelo Chile.

ca do Sul,<sup>4</sup> sua superfície terrestre corresponde a 177.414 km<sup>2</sup> e sua área marítima é de 125.057 km<sup>2</sup>.

A Venezuela, que se situa ao norte da América do Sul, sobre a costa do mar do Caribe, tem uma superfície geográfica de 916.446 km<sup>2</sup>. Ao norte, nordeste e noroeste, limita-se com o mar do Caribe e o oceano Atlântico, fazendo fronteira com a República da Guiana a leste, com o Brasil ao sul e com a Colômbia ao sul e a oeste.

No que se refere à situação sociodemográfica, a Argentina apresentava, em 2009, uma população de 40.276.376 habitantes (dos quais 51% são mulheres) e uma densidade demográfica de 15 hab/km<sup>2</sup>. Sua população é eminentemente urbana – somente 7,79% dela vive na área rural (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010) – e apresenta uma taxa média anual de crescimento de 0,98%, Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), vem ocorrendo uma redução na taxa de fecundidade geral, que, de 3 filhos por mulher em 1990, passou para 2,5 em 2000 e para 2,3 em 2007 (Organización Mundial de la Salud, 2009). Da mesma forma, houve ligeira diminuição na taxa de mortalidade geral por 1.000 habitantes, que passou de 8,5 no período 1980-1985 para 7,9 de 2000-2005. Tais indicadores demonstram uma mudança na estrutura etária, com o aumento, na pirâmide populacional, das faixas mais envelhecidas, trazendo novas necessidades para a organização social do país.

A Bolívia tem uma população de 9.862.860 habitantes, sendo 66,08% deles residentes na área urbana. A população concentra-se em Santa Cruz, Cochabamba, El Alto e La Paz; entretanto, existe grande dispersão geográfica no país, o que se torna uma barreira ao acesso de bens e serviços. A distribuição da população com mais de 12 anos de acordo com a área de residência e a autoidentificação étnica mostra que, em 2007, 68,3% das pessoas que viviam na área rural e 40,9% das que viviam na área urbana se identificavam como indígenas (Instituto Nacional de Estadística de Bolivia, [s.d.]). Sua densidade populacional é de cerca de 9 hab/km<sup>2</sup>, com taxa média anual de crescimento de 1,76%. Segundo Espinoza Revollo (2006), nas últimas três décadas a Bolívia tem passado por um processo de acelerada urbanização, que ocorre de forma desigual no país. Conhecido

<sup>4</sup> Suriname é o menor país da América do Sul.

como “processo empobrecido de urbanização”, deriva da massiva migração da população rural para as áreas urbanas, na expectativa de melhores condições de vida. Nesse sentido, o espaço urbano transformou-se em local de reprodução das acentuadas iniquidades econômica, cultural, política e social, aumentando exponencialmente a exclusão social, a vulnerabilidade e a segregação.

O Paraguai é um dos países menos populosos do hemisfério sul, com 6.348.917 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010) e taxa média anual de crescimento da população de 1,79%. Sua densidade demográfica aproximada é de 16 hab/km<sup>2</sup>, mas a distribuição dessa população se dá de forma muito desigual no país: a região oriental possui densidade de 31,5 hab/km<sup>2</sup>, enquanto a densidade do Chaco é de 0,5 hab/km<sup>2</sup>. Já a densidade da capital Assunção é de 4.436,5 hab/km<sup>2</sup>, ou seja, são 519.076 habitantes distribuídos em 117 quilômetros, que equivalem a aproximadamente 0,03% da superfície do país (Organización Panamericana de la Salud, 2007). Sua população é predominantemente urbana, congregando-se nas cidades 60,9% da população e, no campo, 39,1%. Cabe ressaltar que, diferentemente dos demais países que integram o Mercosul, a população rural do Paraguai – assim como a da Bolívia – equivale a aproximadamente um quarto do total de habitantes. Em 2007, a distribuição populacional revelava uma população jovem: os menores de 15 anos representavam 35% do total e a população com mais de 65 anos, 7% do total. Em 2005, registrou-se uma taxa de mortalidade geral de 3,7 por mil habitantes, em comparação com os valores de 3,52 no quinquênio 2000-2004 e de 6,01 no quinquênio 1990-1994 (Organización Panamericana de la Salud, 2008). A taxa de fecundidade total em 2007 era de 3,1 filhos por mulher, com uma diminuição significativa do valor apresentado em 1990, de 4,5 filhos por mulher (Organización Mundial de la Salud, 2009).

De acordo com os indicadores do ano de 2009, a população uruguaia é de 3.360.854 habitantes, dos quais 51,7% são homens. A densidade demográfica é de 19 hab/km<sup>2</sup>, com 92,44% da população habitando a área urbana. A maior concentração populacional (41%) ocorre na capital, Montevideu. Em 2009, a taxa anual de crescimento demográfico foi de 0,28%. A taxa bruta de natalidade em 2007 foi de 15/1.000 habitantes,

enquanto a taxa bruta de mortalidade, no mesmo ano, foi de 9/1.000 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010). A taxa geral de fecundidade diminuiu de 2,5 filhos por mulher em 1996 para 2,1 filhos por mulher em 2004. As pessoas maiores de 60 anos constituem 7% da população, com uma taxa anual média de crescimento de 8,5/1.000 habitantes, superior à observada nos outros grupos etários, cuja média de crescimento é de 2,4/1.000 habitantes. Constata-se, assim, que o envelhecimento da população, acompanhado da diminuição da natalidade, constitui uma característica demográfica do país (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

A população venezuelana para o ano de 2009 foi estimada em 28.583.366 habitantes, e os homens correspondem a 50,2% dela. É uma população eminentemente urbana (93,76%), com uma densidade populacional de 32 hab/km<sup>2</sup>. No que tange à estrutura populacional, a taxa média anual de crescimento foi de 1,66% no ano de 2009. A taxa de natalidade no ano de 2007 foi estimada em 22/1.000 habitantes, enquanto a taxa bruta de mortalidade, no mesmo ano, foi de 5/1.000 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010). No ano de 2004, a Venezuela apresentava uma taxa global de fecundidade de 2,69 filhos por mulher. Essa situação produziu uma pirâmide populacional de base cada vez mais estreita (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

Segundo a Organización Panamericana de la Salud (2007), na América Latina e no Caribe há, aproximadamente, 50 milhões de indígenas, o que equivale a mais de 10% do total da população. Isso ocasiona ampla diversidade cultural, visto que os diferentes grupos étnicos – cerca de 400 – possuem idioma próprio, cosmovisão e organização social distintas, além de formas de organização econômica e modos de produção adaptados aos ecossistemas que habitam. De acordo com o documento, na Bolívia, mais de 40% da população é indígena, enquanto em países como Argentina, Brasil, Paraguai e Venezuela a população indígena representa menos de 5% do total. No caso da Argentina, de acordo com as informações do Instituto Nacional de Estadística y Censos (Indec), mais especificamente da *Encuesta complementaria de pueblos indígenas 2004-2005*, realizada com base nos resultados obtidos no *Censo nacional de población, hogares y viviendas* de

2001, 600.329 pessoas – o que equivale a 1,65% da população total – se reconhecem como pertencentes ou descendentes de povos indígenas, totalizando mais de vinte etnias (Instituto Nacional de Estadística y Censos, [s.d.]). Apesar de esses povos terem línguas próprias, o idioma oficial do país é o espanhol.

A Bolívia, como pontuamos anteriormente, é um dos países da América Latina com maior número de população indígena, seguido da Guatemala, Peru e Equador. A riqueza étnica e cultural é oriunda da existência de 35 povos indígenas, que se distribuem em todo o território nacional. Os povos mais representativos são os quéchuas e os aimarás,<sup>5</sup> encontrados na região amazônica boliviana, onde também vivem outros 27 povos indígenas, localizados sobretudo nos departamentos de Santa Cruz, Beni, Pando e norte de La Paz. Segundo o Ministerio de Educación (2004), na área urbana, o espanhol é o idioma materno predominante (80,2%) e cerca de 20% da população aprendeu a falar em algum idioma originário. Na área rural, o quéchua é o predominante (39,1%), seguido do espanhol (35,2%) e do aimará (22%).

O bilinguismo espanhol/língua originária está presente em 60% da população. Tal diversidade reflete a necessidade de serem levadas em conta, na formulação de políticas públicas, as dimensões étnicas e culturais, de forma a se garantir a efetiva inclusão e participação de toda a sociedade boliviana nos processos decisórios. Diante dessa preocupação, a Nova Constituição Política do Estado (Bolívia, 2009), em seu artigo 5º, destaca que são considerados idiomas oficiais o espanhol e todos os idiomas das nações e povos indígenas originários campesinos. Além disso, o governo plurinacional e os governos departamentais devem utilizar ao menos dois idiomas oficiais: o espanhol e outro a ser definido levando-se em conta o uso, a conveniência, as circunstâncias, as necessidades e as preferências da população residente no território em questão.

Apesar de representarem uma grande porcentagem populacional, os indígenas ocupam 67% dos empregos precários e 28% dos empregos semi-qualificados – somente 4% dos trabalhadores indígenas ocupam funções que exigem maior qualificação (Organización Panamericana de la Salud,

<sup>5</sup> Localizados principalmente nos departamentos de La Paz, Oruro, Potosí, Cochabamba e Chuquisaca.

2007). Ao se cruzarem duas variáveis – a de gênero e a de etnia –, percebe-se que a situação das mulheres indígenas bolivianas não é nada alentadora, visto sofrerem as consequências da pobreza e do analfabetismo. A título de exemplo, uma em cada quatro mulheres indígenas bolivianas maiores de 35 anos é analfabeta (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

A Constituição do Paraguai (1992) estabelece, em seu artigo 140, que o país é pluricultural e bilíngue, sendo o espanhol e o guarani os idiomas oficiais. A sociedade paraguaia caracteriza-se por ser multiétnica e multicultural: vinte etnias indígenas somam-se a numerosos enclaves etnoculturais de imigrantes. A população indígena está constituída pelas pessoas que se declaram pertencentes a uma etnia ou povo originário e se manifestam como membros de uma comunidade, núcleo de famílias ou bairro indígena, independentemente de utilizarem ou não sua língua de origem (Paraguai, Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos, 2008). O uso da língua nativa – sem distinção de idade, classe, sexo, origem etc. – é uma das características mais peculiares da nação paraguaia – o idioma guarani é usualmente falado na maioria dos lares (59,2%), apesar de, nas cidades, o espanhol ser o mais falado. Na área rural, o guarani é a língua predominante em 82,7% dos domicílios. Nesse contexto, o uso exclusivo do espanhol atinge apenas 6% da população. O censo da população indígena, realizado em 2002 (Organización Panamericana de la Salud, 2008), contabilizou 87.099 pessoas que se autorreferiam como indígenas, independentemente do idioma que falassem, número que correspondia a 1,7% da população do país. Desses indígenas, 31% encontram-se no Chaco, na zona rural, em áreas de difícil acesso, constituindo aglomerados que não contam com mais de 500 membros. A taxa de crescimento dessa população no ano de 2002 foi de 3,9%, valor duas vezes maior que a média anual da população. A falta de uma política específica para esse segmento populacional propicia que a maioria viva em situação de extrema pobreza.

O artigo 9º da Constituição venezuelana (Venezuela, 1999a) declara que o idioma oficial do país é o espanhol; já as línguas indígenas são consideradas, no mesmo artigo, como de uso oficial para os povos indígenas, devendo ser respeitadas em todo o território nacional, visto que são compreendidas como patrimônio cultural da nação e da humanidade. Os indígenas correspondem a

um total de 511.400 cidadãos (2,1% da população nacional), distribuídos em 32 povos com características próprias no que concerne à economia, à organização social, aos hábitos culturais, à língua, entre outros traços culturais.

### **3.1.2 Condições de saneamento**

Analisar o acesso à água e ao saneamento básico é uma questão primordial quando se preconiza a melhoria das condições de saúde da população, assim como o desenvolvimento de estratégias para a redução da pobreza. As sociedades latino-americanas reconhecem, desde seus ancestrais, a importância da água e do solo para a garantia do equilíbrio da vida humana.

O acesso à água e ao saneamento nos países da América Latina tem melhorado nas últimas décadas, mas apresenta ainda uma série de deficiências, sobretudo porque a cobertura nas áreas urbanas é maior do que nas rurais. Além disso, o custo da água potável tem aumentado em decorrência da demanda crescente, associada à decrescente acessibilidade às águas subterrâneas. Dessa forma, nas periferias urbanas, o tratamento das águas residuais tem representado um grande desafio e gerado iniquidades. Os países devem enfrentar o grande desafio ambiental relativo à poluição do ar, à degradação do solo, ao desmatamento, à degradação das encostas, à contaminação dos mares e ao alarmante impacto das mudanças climáticas (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

Ao se examinar cada país estudado, constata-se que as zonas rurais são as que mais sofrem com a falta de saneamento adequado. Não é excessivo lembrar que, nessas áreas, vive a maior parte dos indígenas, e que, portanto, as condições de vida dessas populações são ainda mais agravadas.

O documento *Salud en las Américas* (Organización Panamericana de la Salud, 2007) descreve que na Argentina, de acordo com o *Censo nacional de población, hogares y vivienda* de 2001, 96,6% da população utilizava água corrente da rede de abastecimento, sendo que, dessa porcentagem, 84,1% tinha acesso à água do sistema de abastecimento dentro de sua habitação e o restante (12,5%) tinha acesso à rede de abastecimento dentro de seu terreno. O referido documento indica que uma das preocupações existentes

é a falta de abastecimento de água com qualidade sanitária, que atinge não somente as zonas marginais, mas também áreas residenciais não atendidas pela rede pública de abastecimento de água e, inclusive, a área metropolitana da província de Buenos Aires.

O mesmo censo mostra que o saneamento básico também é um tema preocupante, visto que somente 47,2% das habitações recenseadas declararam contar com rede de água e esgoto. Assim, 24,2% das habitações possuem fossa séptica e sumidouro e o restante (27%) lança os dejetos em poços ou não possui rede de descarga de água.

Na Bolívia, segundo informações da OMS (World Health Organization, 2006), 96% dos domicílios da área urbana e 69% dos domicílios da área rural possuem acesso à água potável; e 54% dos domicílios da área urbana e 22% da área rural possuem acesso à rede sanitária.

No Paraguai, os principais resultados da *Encuesta permanente de hogares 2007* (Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos, 2008) mostram que, do total de 1.392.890 domicílios, 50,5% possuíam conexão domiciliar de água pela rede de abastecimento público. Na área urbana, o percentual era de 62,8% e na área rural, de 31,1%. No quintil mais rico da população, 60% dos domicílios estavam conectados à rede, ao passo que somente 35,1% dos 20% mais pobres estavam na mesma situação. Os maiores percentuais de cobertura localizavam-se em Assunção (97,2%). Soma-se a isso o fato de que na maioria das pequenas comunidades e na área rural a desinfecção da água de consumo é realizada de forma irregular ou não é realizada. No que diz respeito ao acesso à rede sanitária, a cobertura não apresentou avanços consideráveis, representando 8,6% das habitações em 2007. Da mesma forma, no acesso à rede de abastecimento de água, os percentuais mais altos de cobertura encontram-se no quintil mais rico (19,7%), e somente 2% dos domicílios do quintil mais pobre estão ligados à rede sanitária. A área urbana concentra os domicílios com acesso à rede (16% de cobertura), tendo Assunção 70,5% dos domicílios cobertos (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

O documento *Situación de la vivienda en Uruguay: informe de divulgación* (Instituto Nacional de Estadística de Uruguay, 2006) apresenta os seguintes

dados sobre a rede de água corrente: em Montevideu, existe uma cobertura de 99,5% e, nas cidades do interior, essa cobertura alcança 98% da população, totalizando uma média de 98,7% da população urbana – o que representa uma cobertura quase universal no acesso ao serviço de água corrente. No que se refere ao saneamento básico, essa cobertura se diferencia, pois em Montevideu o serviço alcança 84,1% da população, quando, no interior urbano, representa 45,9%, totalizando 63,3% de cobertura urbana. O documento destaca também que há habitações construídas com materiais de construção precários, o que acarreta carência num conjunto de serviços, particularmente no que tange à água encanada, ao banheiro com água corrente e ao saneamento, ocasionando impactos negativos na saúde da população. Na zona rural, 30% das habitações encontram-se em zonas que sofrem inundações, e 52% delas têm acesso à água com uma qualidade adequada para consumo. O acesso ao sistema de água encanada nas casas das zonas rurais também é muito variado, e 27,6% das habitações não têm sequer uma cisterna.

De acordo com a publicação *Salud en las Américas* (Organización Panamericana de la Salud, 2007), a cobertura da distribuição de água potável na Venezuela apresentou um aumento entre os anos de 1998 (86%) e 2004 (91%) nas zonas urbanas. Nas áreas rurais, das populações indígenas, e nas áreas não urbanizadas há um déficit maior desse serviço. Nas áreas urbanas, a qualidade da água potável é considerada satisfatória. Não obstante, nas áreas rurais, o controle do serviço de qualidade da água é duvidoso. No ano de 2003, segundo a publicação citada acima, 66% da população rural possuía água potável em seus domicílios. No que tange ao saneamento básico, 66% da população contava, em 2000, com esse serviço; em 2004, esse número aumentou para 77% da população. Ressalte-se que, novamente, são as zonas rurais, a população indígena e as áreas não urbanizadas que sofrem com a falta de uma rede de saneamento satisfatória. O investimento público regular anual no setor – água e saneamento – não superou 0,2% do produto interno bruto (PIB) entre os anos 2000 e 2005. Buscando reverter esse quadro, em 2001 foi lançado na Venezuela o Plan Nacional de Saneamiento, que propôs um investimento de 88,9 milhões de dólares para o setor, significando um aumento orçamentário de 26,7%.

### 3.1.3 Perfil econômico

A taxa de crescimento anual do PIB na América Latina, a partir do ano de 2000, apresentou mudanças significativas, mas com variações entre as nações. Nos países em que se concentra este estudo, entre os anos de 2000 a 2002, ocorreu brusca desaceleração na economia.

Argentina, Uruguai e Venezuela viram seu crescimento cair cerca de 10% ou mais nesse período, e enfrentaram sérias dificuldades econômicas, como o fechamento temporário de bancos, moratórias de pagamentos e desemprego em massa. (Organización Panamericana de la Salud, 2007, p. 33)

Após 2003, a América Latina mostra considerável recuperação, chegando a apresentar no quinquênio 2004-2008 um crescimento do PIB da ordem de 5,3% e uma queda de três pontos no nível de desemprego, de 11% em 2003 para 7,4% em 2008 (Comisión Económica para la América Latina y el Caribe, 2010).<sup>6</sup>

Realizando uma análise mais detalhada de cada país, a segunda metade da década de 1990 afetou profundamente a estrutura produtiva da Argentina, acarretando aumento do desemprego, da pobreza e da desigualdade social. O regime de convertibilidade,<sup>7</sup> que vigorou durante dez anos, se desvaneceu no ano de 2002, desvalorizando brutalmente o valor da moeda argentina. Assim, a renda anual *per capita* passou de 7.470 dólares no ano de 2000 para 3.580 dólares em 2004. No entanto, após a segunda metade da década de 2000, a situação veio se modificando e, em 2007, o país apresentou um PIB *per capita* de 6.636 dólares (United Nations, 2008), havendo uma taxa de crescimento em torno de 9% ao ano (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

De acordo com o Instituto Nacional de Estadística y Censos (2008), no primeiro semestre de 2006, 31,4% da população argentina vivia em situação de

<sup>6</sup> Tal retomada foi interrompida em 2009 em decorrência da crise global. Para mais informações, ver Comisión Económica para la América Latina y el Caribe, 2010.

<sup>7</sup> Regime monetário de paridade cambial peso-dólar, adotado em 1992.

pobreza, das quais 11,2% se encontrava em estado de indigência. A pobreza e a indigência estavam distribuídas de forma desigual, ocorrendo disparidades tanto entre as províncias como no interior destas, afetando a proteção dos direitos sociais e econômicos dos cidadãos argentinos. Estas desigualdades têm maior incidência nas regiões Noroeste e Nordeste (Organización Panamericana de la Salud, 2007). O índice de população subnutrida é menor que 5% (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010).

A produção da Bolívia, medida pelo PIB, apresentou uma desaceleração a partir de 1999, por causa da crise que afetou a maioria dos países latino-americanos. A taxa de crescimento anual do PIB passou de 4,5% em 1998 para 1,5% em 2001. Em 2003, a taxa foi de 2,3%, com um PIB *per capita* de 900 dólares; entretanto, constatou-se que os 20% mais ricos da população possuíam uma renda em média 13 vezes maior do que a dos 20% mais pobres. De 2002 em diante, o país retomou seu processo de crescimento, apresentando em 2006 uma taxa de crescimento de 4,67%, patamar próximo ao observado em 1997. Em 2007, o PIB cresceu 3,16%. Os serviços de administração pública, as atividades comerciais, os serviços de transporte e armazenamento, e a produção de petróleo e gás natural, nessa ordem, foram os setores que mais contribuíram para o aumento do PIB em 2007. Cabe ressaltar que a assimetria social e econômica entre os departamentos,<sup>8</sup> aliada à atual dinâmica de distribuição dos recursos fiscais – principalmente os provenientes dos hidrocarbonetos – dificultam o desenvolvimento humano mais equitativo do país, comprometendo o alcance das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), conforme indica Paz Arauco (2009). Em 2009, a incidência de pobreza moderada<sup>9</sup> alcançava o percentual de 50,6% da população e a de pobreza extrema,<sup>10</sup> 26,1% (Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas, 2010). Tais indicadores apresentam variações consideráveis no que diz respeito à área de residência: 68,6% da população que vivia na área rural era po-

<sup>8</sup> Assim, no que diz respeito ao PIB per capita para o ano de 2005, a cidade de Tarija apresentava o índice de 12.726 bolivianos (moeda nacional) e a cidade de Potosí, de 4.439 bolivianos.

<sup>9</sup> Percentual da população que se encontra abaixo da linha da pobreza (calculada a partir de uma renda mínima requerida para satisfazer as necessidades básicas).

<sup>10</sup> Percentual da população cuja renda total é tão baixa que, mesmo se destinada exclusivamente para cobrir os gastos com a alimentação, não chega a satisfazer os requerimentos nutricionais mínimos.

bre; desse percentual, 48,1% era extremamente pobre; na área urbana, 41,3% da população residente era pobre e 14,8% extremamente pobre. Relacionando-se esses indicadores com a condição étnica da população, observa-se a prevalência, tanto da pobreza moderada quanto da extrema, na população indígena, em todos os anos do período de 1999 a 2007. Paz Arauco (2009), ao analisar a taxa de redução da incidência da pobreza entre os anos de 1990 e 2001, constata que, em 1990, a taxa de indigência era de 48,8% e, em 2001, de 40,4%, significando uma redução anual constante de 1,7%. A taxa global de fecundidade na Bolívia é a maior entre os países da área andina: 3,5 filhos por mulher. Entretanto, observa-se uma redução geral da fecundidade, pois no período de 1995 a 2000, a média nacional era de 4,4 filhos por mulher (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

A partir de 1997, o Paraguai também passou por uma profunda recessão econômica que desencadeou, nos anos seguintes, um crescimento negativo do PIB. A taxa de crescimento anual passou de 3% em 1997 para -0,1% em 2002 (Organización Panamericana de la Salud, 2008). Entretanto, segundo dados da Divisão de Estatísticas das Nações Unidas (Organização das Nações Unidas, 2008), a partir de 2003, iniciou-se um processo de crescimento produtivo no país, chegando-se ao patamar de 6,4% em 2007, com um PIB *per capita* de 1.959 dólares (200% de aumento em relação ao ano de 2003). Em 2005, o percentual da população paraguaia que ganhava menos de 1 dólar por dia era de 9,3%, índice que representa uma diminuição de 52,5% em relação ao de 1998. Entretanto, tal variação positiva não se refletiu na melhoria das condições de vida da maioria da população, comprovando que a acumulação de riquezas em termos globais não garante a distribuição equitativa, e sim a concentração de riquezas em um pequeno grupo da população. Os dados presentes na *Encuesta permanente de hogares* (Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos, 2010) indicam que 1.175.000 pessoas, ou 18,8% da população, vivem em situação de extrema pobreza e 2.191.000 vivem em condições de pobreza não extrema (35,1% do total). Constata-se que tal padrão de crescimento econômico, aliado à diferença das oportunidades de acesso aos recursos produtivos e aos serviços entre os diferentes grupos sociais do campo e na cidade, acabam por gerar migrações forçadas.

Do ponto de vista econômico, até a década de 1960, o Uruguai era considerado “a Suíça da América do Sul”, por sua estabilidade política e seus altos índices sociais. Contudo, a partir da década seguinte, a sociedade uruguaia viveu um período de crise aguda, e as tensões sociais se intensificaram diante do crescimento da inflação e da queda salarial. Os anos de 1979 e 1980 foram os últimos em que se registrou crescimento e, entre 1982 e 1984, constatou-se um decréscimo no PIB da ordem de 17% (Cultelli e Tajam, 2005). A partir de 1985, mesmo com o restabelecimento da democracia, o declínio econômico e a instabilidade política persistiram, levando à emigração de muitos jovens.<sup>11</sup> Na década de 1990, apesar da retomada do crescimento econômico, concretizaram-se as reformas do Estado – sobretudo pelas reformas da seguridade social e educativa –, instituídas com o apoio dos organismos internacionais (ibid.).

A partir de 1999, a crise se intensificou. Em consequência, no ano de 2002, houve uma grande queda do PIB.<sup>12</sup> Assim, o PIB *per capita* oscilou de 6.043 dólares em 2000 para 3.309 dólares em 2003. Os salários reais caíram 26%, e a taxa de desemprego, que em 2000 era de 12,6%, elevou-se para 16,9% em 2002. Esses dois fatores – queda do PIB e aumento da taxa de desemprego –, ao lado do endividamento em dólares de parcelas da população, exacerbou a situação de pobreza do povo uruguaio. Em 2004, 32,1% da população chegou a viver abaixo da linha da pobreza. E a concentração se dava na população infantil – 56,5% das crianças entre 0 e 5 anos estavam nessa situação (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

Desde 2004, sob o governo da Frente Ampla, ocorreu uma mudança na situação econômica do país, elevando-se o PIB, em 2005, para 5.081 dólares; a taxa de desemprego também diminuiu para 12,2%. Atualmente, a Frente Ampla se mantém no governo, com a eleição, em novembro de 2009, de José Mujica, que assumiu seu mandato presidencial em fevereiro de 2010.

Assim como outros países latino-americanos, na década de 1990, a Venezuela se encontrava sob a influência de políticas econômicas de caráter

---

<sup>11</sup> A crise econômica levou jovens e adultos a emigrarem para outros países. De 1996 a 2004, emigraram 122 mil pessoas, número que representa a quinta parte do número médio de nascimentos totais anuais nesse período.

<sup>12</sup> O PIB, nessa época, é semelhante ao da crise dos anos 1980 – período da ditadura – e ao da crise de 1914 – Primeira Guerra Mundial.

recessivo, sobretudo por causa da aplicação das políticas do Consenso de Washington. Por meio da ajuda do Fundo Monetário Internacional (FMI), o presidente Rafael Caldera (1994-1999) lançou o programa Agenda Venezuela, que previa o incremento dos impostos, a suspensão dos controles de câmbio, a liberação das taxas de juros e o controle do gasto público. Com políticas assistencialistas e focalizadas, o país, em 1996, contava com 75,5% da população em situação de pobreza (o índice mais alto dos últimos trinta anos) – ou seja, 16,8 milhões de cidadãos, sendo 9,5 milhões em níveis de pobreza extrema. No ano de 1998, Hugo Chávez foi eleito democraticamente presidente da Venezuela, simbolizando a possibilidade de mudanças mais efetivas para a “refundação da República”. A partir de então, verificaram-se confrontos políticos agudos, sobretudo com a classe empresarial.<sup>13</sup> Apesar de alguns analistas considerarem as políticas econômicas dos primeiros anos de governo pouco radicais em relação ao discurso político veiculado por Chávez, salientando que algumas de suas estratégias coadunavam-se com políticas neoliberais (Lander, 2005), os empresários venezuelanos e os mercados financeiros deixaram de investir no país.

No ano de 2001, o nível de pobreza havia diminuído para 45,3% e a pobreza extrema havia decaído de 42,5% para 16,9%. Contudo, o fechamento de empresas e a paralisação de obras de infraestrutura refletiram-se nos indicadores de desemprego, afetando, conseqüentemente, o nível de pobreza, que, no ano de 2002, alçou a taxa de 55,3% da população total – ou seja, 13,9 milhões de pessoas pobres, das quais 6,9 milhões encontravam-se em pobreza extrema, representando 25% da população total.

Também na Argentina, com a aplicação brutal das políticas neoliberais, verificam-se, desde a década de 1970, graves conseqüências para a classe trabalhadora. Na década de 1990, o país enfrentou transformações ainda mais drásticas, com o aumento da taxa de desemprego, a flexibilidade nos modelos de contratação e o desaparecimento da estabilidade, que significou um período de precarização das condições de trabalho e de perda da garantia dos direitos dos trabalhadores. Desde o final do ano de 2006,

---

<sup>13</sup> No ano de 2002, houve uma tentativa frustrada de golpe de Estado, conduzido pelos setores conservadores do país, fato que expôs o conflito social que vive a Venezuela.

a taxa de desemprego apresenta diminuição, alcançando um patamar inferior a 10%: durante cinco trimestres consecutivos manteve-se em valores inferiores a 9% da população economicamente ativa (PEA) (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2008).

Ao se analisar a situação da população boliviana (Organización Panamericana de la Salud, 2002), a taxa de desemprego aberto decresceu cerca de 4% no ano de 1999. No entanto, há que se destacar que apenas 48% da população urbana é assalariada e goza de proteção e benefícios sociais. Como o desemprego afeta mais da metade da população, é frequente a submissão ao subemprego, a fim de se buscar responder às necessidades de sobrevivência. Comparando a situação de emprego entre homens e mulheres, no ano de 1999, 45% da população ocupada na zona urbana era feminina; contudo, somente 34% das mulheres ocupadas trabalhavam em condições de emprego dignas, enquanto 65% dos homens encontravam-se nessa situação. Destaque-se ainda, segundo dados do Instituto Nacional de Estadística da Bolívia (apud Organización Panamericana de la Salud, 2002), que as mulheres estão submetidas a relações trabalhistas mais precárias e com menores remunerações. Um documento mais recente (Organización Panamericana de la Salud, 2007) ressalta que, em 2003, o desemprego afetou mais as mulheres (5,9%) do que os homens (3,9%).

De acordo com a *Encuesta permanente de hogares* (Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos, 2007), no Paraguai, do total da PEA, 60,05% são do sexo masculino e 58,5% residem na área urbana. A população ocupada encontra-se dividida praticamente da mesma forma no que diz respeito ao sexo e ao local de residência: 60,8% é composta por homens e 57,1% do total localiza-se na área urbana. Em 2007, o desemprego aberto<sup>14</sup> apresentava um percentual de 5,6% do total da PEA, e o desemprego oculto,<sup>15</sup> de 3,2%, compondo um total de 253.257 pessoas desempregadas.<sup>16</sup>

<sup>14</sup> Pessoas que procuram emprego remunerado.

<sup>15</sup> Pessoas que, desencorajadas pelas condições do mercado de trabalho ou por razões circunstanciais, interromperam a procura, embora ainda queiram trabalhar.

<sup>16</sup> A referida pesquisa utiliza como valor de desemprego total a soma do desemprego aberto com a do desemprego oculto. Entretanto, utiliza também a denominação de população subocupada, que é composta pelos valores de população subocupada visível e não visível. Cabe ressaltar que essas taxas não são incorporadas ao total da taxa de desemprego. O total de população subocupada em 2007 era de 762.117, ou 26,48% da PEA.

Como destacado anteriormente, a taxa de desemprego no Uruguai oscilou de 12,6% em 2000 para 16,9% em 2002 (devido ao ciclo recessivo na economia), retornando ao patamar de 12,2% em 2005. A taxa de emprego urbano no país, no ano de 2004, foi de 62,9% para os homens e de 40,6% para as mulheres. É importante destacar que a taxa de emprego é inversamente proporcional ao nível de escolaridade, visto que as mulheres apresentam mais anos de escolaridade que os homens. A população feminina economicamente ativa de 15 anos ou mais representava, em 2009, 53,24% da população, enquanto o total da população economicamente ativa de 15 anos ou mais representava, no mesmo ano, 63,29% (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010).

De acordo com o documento *Cumpliendo las metas del milenio* (Venezuela, 2004), a taxa de desemprego na Venezuela registrou seu pior índice (15,3%) em 1999. Nos anos seguintes, esse indicador começou a apresentar uma melhora, entretanto, foi afetado negativamente pelos acontecimentos políticos anteriormente citados – fechamento de empresas, paralisação de obras de infraestrutura –, que se refletiram nos indicadores de desemprego. Em 2005, a taxa de ocupação foi de 91,1% da PEA – sendo 15,9% desses trabalhadores ocupados no setor público e 84,1%, no setor privado (Organización Panamericana de la Salud, 2007). O emprego informal alcançou a taxa de 47,6%. A taxa líquida de atividade – que se refere à capacidade de exercer atividades economicamente produtivas – representou, em 2001, 65,3% e, em 2004, 68,8%. Esse crescimento indica que a proporção de pessoas que podem vir a exercer atividades econômicas no país é cada vez maior. Dados mais recentes, relativos ao ano de 2009, mostram que a população de 15 anos ou mais em idade economicamente ativa correspondia a 67,03% da população (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010).

Ao se analisar o índice de desenvolvimento humano (IDH), os países com melhor situação, dentre os estudados, são a Argentina e o Uruguai. No relatório de 2009, que apresenta a análise de 2007, a Argentina figura como um país de IDH alto, 0,866, ocupando o 2º lugar na América Latina e o 49º lugar no mundo. O Uruguai, por sua vez, se situa como o 50º lugar do mundo, com um índice de 0,865. A Venezuela também está em

situação favorável, apresentando um IDH correspondente a 0,844 (58º lugar). Na Bolívia, esse mesmo índice aumentou 41% entre os anos de 1975 a 2006, e, em 2009, é de 0,729, situando-se em 113º lugar entre os 182 países avaliados – o segundo pior indicador da América do Sul. Considerando-se a América Latina e o Caribe, a Bolívia está à frente da Guiana (114º lugar), Guatemala (122º lugar), Nicarágua (124º lugar) e Haiti (149º lugar). Para o Paraguai, esse indicador também não é nada alentador, pois o país alcançou o 101º lugar entre os avaliados, com o valor de 0,761, ocupando a antepenúltima posição da América do Sul, à frente apenas da Bolívia e da Guiana (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2010).

No que se refere à expectativa de vida ao nascer, a Argentina e o Uruguai são os países que apresentam indicadores mais longevos. Na Argentina houve um aumento nos últimos 25 anos. No quinquênio 1980-1985, esse índice foi de 70,2 anos – 66,8 para os homens e 73,7 para as mulheres –, enquanto no quinquênio 2000-2005, a média alcançada foi de 74,3 anos – 70,6 para os homens e 78,1 para as mulheres (Organización Panamericana de la Salud, 2007). Segundo dados mais recentes, no ano de 2007, a esperança de vida ao nascer era de 75 anos (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010).

No Uruguai, a esperança de vida ao nascer é de, em média, 75,3 anos, com uma diferença de mais de sete anos entre sexos: 78,9 anos para as mulheres e 71,6 anos para os homens.

A Venezuela, por sua vez, também apresenta um índice satisfatório de expectativa de vida: em 2007, a esperança de vida se encontrava no patamar de 73,58 anos – 70,6 para os homens e 77,6 para as mulheres.

No Paraguai, a esperança de vida ao nascer no quinquênio 2000-2005 era de 70,76 anos, sendo 68,70 anos para os homens e 72,92 para as mulheres (Organización Panamericana de la Salud, 2008). De acordo com dados de 2007, esse índice aumentou para 72 anos (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010).

Entre os países pesquisados, a Bolívia tem o índice de expectativa de vida ao nascer mais baixo – 66,3 anos – entre os países da América do Sul (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010). Entretanto, observa-se uma melhora nesse indicador quando comparado com os valores de 2001 (63 anos) e de 2005 (64,9 anos) (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

Após a apresentação deste panorama mais geral, este texto se debruçará sobre a educação e a saúde de cada nação, introduzindo alguns dados comparativos. Delineará ainda, de forma sucinta, a organização dos sistemas educativos e de saúde dos países investigados.

### **3.2 A educação e a saúde nos países do Mercosul**

Objetiva-se no presente tópico discorrer brevemente sobre o sistema da educação e da saúde nos países estudados, a fim de delinear linhas comparativas que possibilitem compreender a formação dos trabalhadores técnicos em saúde. O texto enfocará as políticas instituídas a partir da década de 1990, sem eximir-se de retornar a aspectos históricos anteriores sempre que isso auxiliie no processo reflexivo que se deseja instaurar. Também é preciso esclarecer que, para melhor contribuir no entendimento das análises, sempre que necessário, serão apresentados dados de cada país, a fim de que o leitor possa acompanhar as especificidades nacionais. Ressalta-se, por fim, que o presente estudo se deteve na análise de documentos provenientes de diversas esferas governamentais, de publicações elaboradas por organismos internacionais – Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), OMS, Banco Mundial, Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), Organização das Nações Unidas (ONU) –, assim como em entrevistas realizadas com dirigentes nacionais de diferentes ministérios encarregados de definir e desenvolver políticas nacionais para a formação de trabalhadores técnicos em saúde.

Como início da reflexão aqui proposta, considera-se que a questão da igualdade de direitos é de extrema relevância para o processo de democratização do conhecimento sistematizado pela humanidade, assim como

para a garantia de uma atenção à saúde de qualidade. Ao ser traduzida em políticas públicas que contribuem para a melhoria da qualidade de vida da população, a igualdade de direitos impõe limites à desigualdade de acesso – que, historicamente, expõe a distância existente entre a igualdade jurídica e a desigualdade social, entre a titularidade formal de direitos e a insuficiência das políticas públicas na garantia da sua efetivação (Comisión Económica para la América Latina y el Caribe, 2008).

Diante dessa premissa, observou-se que o direito à educação e à saúde é uma constante nas leis que regem os países estudados. Não obstante, pode-se identificar uma diferença no que tange ao significado desse direito e, conseqüentemente, na responsabilidade do Estado em sua consolidação. Delinea-se, assim, a configuração de cidadanias diferenciadas, na medida em que são distintas as concepções sobre os Estados e as formas de governá-los. Como expõe Aristóteles (1991), sendo retomado por Canivez (1991), para cada tipo de Estado, um tipo de cidadania: “o cidadão não pode ser o mesmo em todas as formas de governo [...]. A definição do cidadão, portanto, é suscetível de maior ou menor extensão, conforme o gênero de governo” (ibid., p. 37).

É preciso salientar ainda que a conquista desses direitos é fruto de lutas coletivas e, enquanto uma dimensão política, proveniente da práxis humana, seus fins não são definidos de uma vez por todas (Bobbio, Matteucci e Pasquino, 2004). Assim, é possível constatar que no interior de um mesmo Estado-nação ocorrem, a partir dessas disputas, reconfigurações. No que tange aos países estudados, é possível esboçar alguns marcos históricos que influenciam essa disputa: as ditaduras vivenciadas nos países, as políticas neoliberais dos anos de 1990 e a retomada dos governos democráticos, ao final dessa década e início dos anos 2000.

No caso específico da educação, todos os países a ratificam em suas constituições como um direito. Na Argentina, esse direito é consagrado desde a sua primeira Constituição, de 1853, que o institui como um direito individual, necessário à formação do cidadão. Na época, a Carta Magna recomendava que cada província elaborasse uma Constituição, pautada em seus princípios e declarações e que garantisse, sobretudo, a educação primária de sua população (Pagano e Finnegan, 2007).

A Constituição paraguaia (1992), por sua vez, estabelece, em seu artigo 73, que “toda pessoa tem direito à educação integral e permanente, que, como sistema e processo, realiza-se no contexto da cultura da comunidade”, sendo a educação de responsabilidade da família, do município e do Estado, nessa ordem de importância. No que diz respeito à educação dos povos indígenas, o Estado respeita suas peculiaridades culturais, especialmente no ensino formal (artigo 66). O início do processo escolar deve ser realizado preferencialmente na língua oficial materna do educando indígena, ademais do ensino e do emprego de ambos os idiomas oficiais durante o processo formativo.

A Bolívia institui um discurso mais radical, declarando em sua Nova Constituição Política do Estado que o direito à educação é considerado “fundamentalíssimo”, e estabelecendo, em seu artigo 17, que todo boliviano tem direito a receber educação em todos os níveis, de maneira universal, produtiva, gratuita, integral e intercultural, sem discriminação (Bolívia, 2009). A educação constitui função suprema do Estado, que tem como obrigação seu sustento, sua garantia e sua gestão. A educação é tida como obrigatória até o *bachillerato*<sup>17</sup> e gratuita em todos os níveis.

Na Constituição da República do Uruguai (Uruguai, 2004) não se explicita que a educação é um direito dos cidadãos. No entanto, seu artigo 70 preconiza ser obrigatório o ensino primário, médio, agrário ou industrial. Além disso, no artigo 71, declara-se de utilidade social a gratuidade do ensino oficial primário, médio, superior, industrial e artístico e da educação física; a criação de bolsas de aperfeiçoamento e especialização; e o estabelecimento de bibliotecas populares.<sup>18</sup>

Na Constituição da República Bolivariana da Venezuela (Venezuela, 1999), a educação é reconhecida como direito humano e dever fundamental. Tem por finalidade desenvolver o potencial criativo de cada ser humano e o pleno exercício de sua personalidade, numa sociedade embasada na valorização ética do trabalho e na participação ativa, consciente e solidária nos processos de transformação social (artigo 102).

<sup>17</sup> Formação equivalente ao ensino médio no Brasil.

<sup>18</sup> Uruguai tem uma situação singular em comparação com os outros países da América Latina: desde o censo de 1963, é registrado que cerca de 90% da população de 8 anos ou mais já estava alfabetizada (Banco Interamericano de Desarrollo, 2000).

A garantia do direito à educação incidirá na garantia da gratuidade e na responsabilidade do Estado na efetivação desse direito. Para tanto, na Carta Magna venezuelana (artigo 311), destaca-se que os recursos gerados pela exploração da riqueza do subsolo e dos minerais devem ser investidos na educação, na saúde e na produção real.

O Estado venezuelano compreende a educação como sua função e, portanto, um serviço público (artigo 102). O Estado deve respeitar a vontade popular e buscar a construção de uma sociedade justa. Destaca-se, portanto, que para atingir tais fins, a educação e o trabalho são considerados processos fundamentais (artigo 3º), sendo a educação um processo criador da cidadania. A educação é obrigatória em todos os níveis de ensino, e o Estado deve assegurar o acesso, a permanência e a gratuidade do ensino, sendo competência do Poder Público nacional organizar as políticas e os serviços nacionais de educação e saúde.

Refletindo sobre a Argentina, observa-se que, já na sua primeira Constituição, de 1853, há a discussão sobre o significado da ingerência do Estado na educação – em papel principal ou subsidiário –, o que não o eximiu de realizar uma ação direta sobre as províncias, alçando uma cobertura próxima a 100% na alfabetização de seus cidadãos desde a segunda metade do século XX (Pagano e Finnegan, 2007). O Ministerio de Educación de la Nación é o órgão responsável pela educação no país, fixando a política educacional e controlando seu cumprimento. Entretanto, em virtude do caráter federativo, essa política deverá ser concertada no âmbito do Consejo Federal de Educación, espaço de acordo e coordenação da política educativa nacional, a fim de se assegurar a unidade e a articulação do sistema. O Estado é responsável pela oferta da educação inicial até a educação secundária (incorporada recentemente), mas tanto o setor público quanto o setor privado estão presentes nos distintos níveis de ensino (Duré, 2009).

No Paraguai, a educação escolar básica<sup>19</sup> é obrigatória e gratuita nas escolas públicas, não sendo gratuitos, por parte do Estado, os demais níveis de ensino. Dessa forma, o papel do Estado se restringe a fomentar

<sup>19</sup> De acordo com o artigo 32 da Lei Geral de Educação (lei nº 1.264/1998), a educação escolar básica é obrigatória, sendo gratuita nas escolas públicas de gestão oficial, havendo a inclusão da educação pré-escolar (a partir dos cinco anos de idade). Ela compreende nove anos de escolaridade e é dividida em três ciclos, organizados por áreas, com caráter global e integrador (artigo 34).

o ensino médio, técnico, agropecuário, industrial e superior ou universitário, assim como a investigação científica e tecnológica. A organização do sistema educativo – que inclui os setores públicos e privados, e os âmbitos escolar e extraescolar – é de responsabilidade do Estado, permitindo-se a participação das diferentes comunidades educativas.

Para possibilitar algum grau de comparação entre o texto das leis e as informações sobre os sistemas educativos dos países estudados, debruçamo-nos sobre alguns dados oficiais que dizem respeito ao acesso, à taxa de analfabetismo, aos anos de estudo e à porcentagem do PIB investido na educação pública.

Segundo a Opas, a Argentina tem obtido sucesso no que tange ao cumprimento do segundo objetivo de desenvolvimento do milênio – alcance da educação primária universal –, apresentando uma taxa líquida de escolarização primária em torno de 98,1%, sendo a taxa de acesso ao quinto ano/grau de 90,7% e a taxa de alfabetização de pessoas entre 15 e 24 anos de 98,9%. Há, no entanto, diferenças regionais, principalmente na região nordeste do país (Chaco, Formosa, Corrientes e Misiones), onde os números chegam a superar a taxa de 6% de pessoas analfabetas (Organización Mundial de la Salud, 2007, p. 41).

Em 2001, cerca de 6% da população havia completado o nível universitário, registrando-se dois pontos percentuais a mais do que no ano de 1991. As mulheres, nesse nível, apresentaram três pontos percentuais a seu favor. É interessante salientar ainda que, de acordo com os dados do Indec (2004), baseados no *Censo nacional docente* de 2004, o número de docentes que trabalhavam nos estabelecimentos de educação formal da Argentina, em 2004, alcançou a cifra de 821.726, ou seja, 25,3% a mais em relação ao ano de 1994. Os gastos públicos com a educação, em 2005, representaram 3,5% do PIB.

Ao se analisarem os dados da Bolívia, verifica-se uma mudança relevante no que tange ao processo de alfabetização de sua população. Segundo informe divulgado pelo Ministerio de Educación (2004), a taxa de analfabetismo do país, em 2004, estava no patamar de 13,3%, figurando como uma das mais altas da América Latina. A situação era mais desigual entre

as mulheres que residiam nas áreas rurais do país: 37,9% das mulheres e 15,7% dos homens não tinham nenhum nível de instrução, enquanto, nas áreas urbanas, a taxa de analfabetismo alcançava 10,5% das mulheres e 3,2% dos homens. A oferta educativa estava desigualmente distribuída, visto que 94,9% das unidades da área rural ofereciam o nível primário de educação e apenas 10,6%, o nível secundário; já na área urbana, 66,7% ofereciam o nível primário e 31% o nível secundário. Em 2002, 45,62% da população de 19 anos ou mais possuía nível primário, 24,48%, nível secundário e 16,67%, nível superior (Instituto Nacional de Estadística de Bolivia, [s.d.]). Quando se compara a área rural com a área urbana, os percentuais modificam-se sensivelmente: na área rural, 61,66% possuíam nível primário, 9,9% nível secundário e 2,2% nível superior; na área urbana, 34,27% possuíam somente o nível primário, 36,74% o nível secundário e 27,04% o nível superior.

Após a eleição, em 2006, do presidente Evo Morales, elaborou-se uma Nova Lei de Educação, que rompeu com as determinações da reforma instituída durante a década de 1990. A partir dessa mudança, em 20 de dezembro de 2008, a Bolívia foi declarada o terceiro país da América Latina livre do analfabetismo (ao lado de Cuba e Venezuela), objetivo alcançado antes do previsto nas metas fixadas para 2015 pelos chefes dos Estados membros da Organização dos Estados Ibero-Americanos (OEI), no marco da universalização da educação básica de jovens e adultos. Entre março de 2006 e dezembro de 2008, 824.101 alunos foram alfabetizados por meio do programa *Yo sí puedo*, implantado no país com a cooperação de Cuba e Venezuela. Em alguns departamentos, o processo de alfabetização foi realizado nos idiomas originais. Em 2009, foi lançado o programa de pós-alfabetização *Yo sí puedo seguir*, que pretende ampliar a escolaridade até o término da educação primária (quinto ano) (Bolívia, Ministerio de Educación, 2009).

O documento *Salud en las Américas* traz outros dados provenientes da Opas e destaca que, ao se analisar a escolaridade de acordo com o ingresso, a população boliviana do quintil mais pobre, composto em sua maioria por pessoas indígenas e originárias,<sup>20</sup> contava com cerca de 3,6 anos de escolaridade (3 anos na área rural e 5,8 na área urbana). O quintil mais rico

---

20 Pessoas que não se reconhecem como de origens europeia ou mestiça.

na área rural alcançava 5 anos e, no meio urbano, 10,8 anos (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

No ano de 2005, os gastos públicos com a educação na Bolívia representaram 6,4% do PIB. A taxa de alfabetização de pessoas de 15 anos ou mais de idade, em 2007, representava 90,7%, enquanto a taxa bruta de matrículas para todos os níveis de ensino, no mesmo ano citado, correspondia a 86% (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010).

No Paraguai, a média de estudo da população com 25 ou mais anos de idade, em 2007, era de 7,5 anos, com uma duração de 8,7 anos na área urbana e 5,5 anos na área rural. Segundo o levantamento do Ministerio de Educación y Cultura (2008), a população indígena de 15 anos ou mais tinha três anos de estudo em média. Em relação à frequência escolar, 5,7% da população de 6 a 14 anos de idade e 29,9 % das pessoas de 15 a 17 anos não frequentavam a escola. Esses percentuais se apresentam de forma bastante diferenciada quando se comparam as áreas urbana e rural. Assim, na faixa de 6 a 14 anos, 3,1% das crianças das áreas urbanas e 8,7% das áreas rurais não frequentavam a escola; já na faixa de 15 a 17 anos, 20,6% dos jovens das áreas urbanas e 40,7% dos jovens das áreas rurais não frequentavam a escola. Segundo a Opas, mais de 20% das mulheres não pobres tinham acesso a níveis superiores de educação e somente 3% das mulheres pobres chegavam a esse nível de ensino. Dados de 2007 informam que a taxa de alfabetização das pessoas de 15 anos ou mais de idade era de 94,6%, e a taxa bruta de matrículas para todos os níveis de ensino correspondia a 72,1%. Os gastos públicos com a educação, no ano de 2005, representaram 4,3% do PIB (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

No Uruguai, 27,1% do quintil mais pobre da população apresentava, em 2004, somente de 0 a 3 anos de escolaridade. No quintil mais rico da população, apenas 7,5% se encontravam nessas condições de escolaridade. Em situação inversa, no quintil mais pobre da população, somente 2% das pessoas haviam completado 13 anos ou mais de escolaridade, enquanto 8% do quintil mais rico possuía esse nível de escolaridade (Organización Panamericana de la Salud, 2007). O analfabetismo

está presente em 2,3% do total da população do país – sendo 2,7% entre os homens e 2% entre as mulheres.<sup>21</sup> Contudo, existe uma variação entre os departamentos. Em Montevidéu, por exemplo, o índice está abaixo de 2%, enquanto em cidades pequenas e em áreas rurais pode chegar a 4% (Instituto Nacional de Estadística de Bolívia, [s.d.]b). A partir de 2003, tornou-se obrigatório cursar dez anos de educação, sendo sete anos correspondentes à educação primária e três à educação secundária ou educação técnica. A taxa bruta de matrículas para todos os níveis de ensino, no ano de 2007, foi de 90,9%. Os gastos públicos com a educação, em 2005, representaram 2,2 % do PIB (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010).

A Venezuela vem realizando um incremento contínuo nos anos de escolaridade de sua população. Em 1990, a média de anos escolares se encontrava no patamar de 7,7 anos e, em 2002, alcançou-se o patamar de 8,4 anos. Respeitando a *Declaração do milênio*, a Constituição venezuelana (Venezuela, 1999) decretou a obrigatoriedade da educação pré-escolar desde o maternal, comprovando que essa medida contribui na diminuição da repetência e da deserção escolar. No ano de 2001, a taxa de alfabetização de adultos alcançou o patamar de 93,4%; contudo, analisa-se que ainda há muito a ser realizado para que exista maior equidade na provisão da educação entre as distintas regiões do país e, sobretudo, para a população indígena, que, de forma geral, apresenta nível de escolaridade mais baixo (Venezuela, 2004). No período 2006-2007, contabilizaram-se 711.305 alunos matriculados na educação média, diversificada e profissional, havendo um aumento considerável, quando se compara esse número ao dos anos de 1992-1993 (298.534 alunos matriculados).

Percorrendo a história recente, com a implantação das políticas neoliberais na América Latina a partir da década de 1990, uma série de reordenamentos jurídicos foi se estabelecendo, inclusive no campo educacional. No caso da Argentina, estes reordenamentos foram se estruturando antes

---

<sup>21</sup> Em todas as faixas etárias, as taxas de analfabetismo são maiores entre os homens, apresentando um índice mais acentuado entre as pessoas com 65 anos ou mais – homens com 5,6% e mulheres com 4,4%.

mesmo da reforma constitucional, sendo explicitados na Lei de Transferência às Províncias e à Municipalidade de Buenos Aires de Serviços Educativos (lei nº 24.049/1992<sup>22</sup>) (Argentina, 1992), na Lei Federal da Educação (lei nº 24.195/1993) (Argentina, 1993a) e na Lei Nacional de Educação Superior (lei nº 24.521/1995) (Argentina, 1995b), gerando, assim as bases para a concretização das políticas preconizadas pelos organismos internacionais de assistência técnica e financeira. Instituiu-se uma política fiscal redutora dos gastos públicos, aprofundando o processo de descentralização iniciado à época da ditadura militar. No que tange à educação, a falta de um estudo pormenorizado das reais condições para a descentralização – condições financeiras, técnicas, políticas, entre outras – acabou por reforçar a segmentação do sistema educativo argentino, vulnerabilizando a sociedade em seu direito à educação.

Numa aproximação rápida destes reordenamentos jurídicos, a Lei Federal de Educação (Argentina, 1993a) atuou, sobretudo, no estabelecimento de novas funções das distintas instâncias governamentais, na instituição de uma nova estrutura acadêmica, na reestruturação dos conteúdos curriculares, no estabelecimento de um sistema nacional de avaliação da qualidade e de uma rede federal de formação contínua para os docentes. Muitos foram os pontos polêmicos dessa lei, tais como a reforma da estrutura acadêmica<sup>23</sup> – que acentuou a dicotomia entre a educação polimodal e

---

<sup>22</sup> Essa lei ordenava a transposição das responsabilidades administrativas e financeiras a cargo do Estado nacional para as províncias e para a cidade de Buenos Aires, de acordo com as exigências de renegociação da dívida externa com o Banco Mundial e o FMI. De acordo com Feldfeber e Ivanier (2003 apud Pagano e Finnegan, 2007), essa política de transferência de serviços educativos vinha sendo implementada a partir de meados do século XX. A fase mais drástica ocorreu no último período da ditadura militar quando houve a transferência da educação primária, ocasionando o fechamento de vários serviços, a anarquia curricular e a diferenciação das condições de trabalho docente.

<sup>23</sup> A estrutura aprovada compreende os seguintes níveis: educação inicial (de 3 a 5 anos, sendo o último ano obrigatório); educação geral básica (obrigatória, com nove anos de duração); educação polimodal (que deve ter, pelo menos, três anos de duração); educação superior; e educação quaternária (correspondente à pós-graduação). Antes da referida lei, a educação argentina não considerava como obrigatória a educação inicial, o nível primário tinha sete anos de duração e era obrigatório, o nível secundário deveria ter, pelo menos, cinco anos, mas poderia ter maior duração de acordo com as modalidades de educação comum oferecidas.

a educação técnico-profissional<sup>24</sup> – e a equiparação entre a educação pública e a educação privada.<sup>25</sup>

Na análise de Pagano e Finnegan (2007), a Lei Nacional de Educação Superior constitui a terceira ferramenta legal para a legitimação da política neoliberal.<sup>26</sup> Compactuando com as orientações do Banco Mundial – que considerava prejudicial a extensão da oportunidade de ingresso na educação superior e o financiamento estatal –, expandiram-se as instituições privadas e incrementou-se o processo de mercantilização das instituições públicas de nível superior. É importante ressaltar que esse é o primeiro texto legal sobre a educação superior na Argentina que legisla o conjunto do sistema da formação superior universitária e não universitária, pública e privada. Desta forma, a partir dessa lei, cerca de 2 mil instituições de formação docente e de formação técnico-profissional, que eram consideradas de menor prestígio diante das instituições universitárias, foram incorporadas como de nível superior.

O sistema educativo da Bolívia também sofreu com a reforma educativa, promulgando-se a lei nº 1.565 em 7 de julho de 1994, durante o

---

<sup>24</sup> A educação polimodal, com duração de três anos, deveria ser cursada após a educação geral básica; sua finalidade era a de promover uma formação geral, centrada em grandes áreas do saber, possibilitando o acesso ao nível superior. A educação técnico-profissional se instituiria complementarmente, podendo ser cursada em conjunto com a educação polimodal ou posteriormente a ela, com carga horária variando de 1.200 a 1.800 horas. Segundo Cunha (2006), essa forma de estruturar a educação na Argentina levou à dicotomia entre a educação polimodal e a educação técnico-profissional, que se constituíram em cursos distintos – apesar da necessidade de haver concluído a educação polimodal para o recebimento do certificado do curso técnico. Muitas escolas técnicas foram convertidas em escolas polimodais com diferentes orientações, acarretando a diminuição de carga horária da formação profissional, assim como das matérias elementares (Pagano e Finnegan, 2007). Em virtude da sua autonomia, as províncias tiveram posições distintas quanto à adoção da reforma educacional, o que ocasionou uma disparidade de propostas formativas para a obtenção de uma mesma titulação. Além disso, ao se instituir a transferência das escolas nacionais industriais e técnicas para as províncias, não se transferiram recursos que lhes possibilitassem a continuidade de suas atividades.

<sup>25</sup> Esta equiparação contribuía na instauração do perigoso discurso de que a regulação estatal na economia e na educação não são bem-vindas e que ao Estado cabe garantir a equidade (Argentina, 1994), ou seja, o financiamento de serviços sociais básicos deveria ser ofertado apenas à população mais necessitada. Numa época em que a sociedade argentina apresentava os piores indicadores sociais, em que a pobreza alcançava patamares estratosféricos, em que o salário dos professores decrescia de forma aviltante, havendo um desprestígio pelos serviços públicos, o texto da lei acabava legitimando a superioridade da educação não estatal.

<sup>26</sup> A Lei Nacional de Educação Superior, sancionada em 1995 e regulamentada posteriormente, pelo decreto nº 499/1997, reestruturou o governo universitário, o regime de coordenação interuniversitária, os títulos e as habilitações, os mecanismos de avaliação e a credenciamento das carreiras, assim como o financiamento.

governo do presidente Gonzalo Sánchez de Lozada (1993-1997). Seguindo as orientações do Banco Mundial e de organismos internacionais, a Lei da Reforma Educativa pretendeu ampliar o acesso à educação escolar, priorizando suas ações no nível primário de ensino (até a 8ª série). A referida lei estabelecia que a educação era universal, porém sua gratuidade era garantida apenas para o nível primário, dificultando, na prática, a garantia da universalidade. Almejou também privilegiar as culturas originárias e o ensino bilíngue, pois afirmava, em seu artigo 1º, parágrafo 5º, que “é intercultural e bilíngue, porque assume a heterogeneidade sociocultural do país num ambiente de respeito entre todos os bolivianos, homens e mulheres”.<sup>27</sup> No que diz respeito ao ensino bilíngue, considerado prioritário pela lei nº 1.565, das 11.252 unidades educacionais rurais existentes em 2002, apenas 2.970 aplicavam o ensino em mais de um idioma. Isso demonstra que, apesar de ser a área onde reside a maioria da população indígena do país, até 2002, pouco se conseguira transformar a fim de respeitar e garantir a identidade cultural desses povos.

No Paraguai, a lei que rege a educação – Lei Geral de Educação (lei nº 1.264), de 26 de maio de 1998 (Paraguai, 1998b) – foi promulgada ao final dos anos 1990. O sistema educativo nacional está concebido como um conjunto de níveis e modalidades inter-relacionados, desenvolvidos pela comunidade educativa, que participa do desenho, da execução e da avaliação do processo educativo. A comunidade educativa é definida como o conjunto de pessoas e instituições formadas por estudantes, educadores, pais de família ou tutores, egressos, direção e corpo administrativo escolar. É interessante destacar que o Estado não figura diretamente como parte dessa comunidade, apesar de ser o responsável pela definição da política educacional e pela regulação do sistema.

Percorrendo a história do Uruguai, constata-se que várias transformações ocorreram nos últimos sessenta anos. Na análise de Cultelli e

---

<sup>27</sup> Para se ter um breve panorama do que ocorreu no sistema educacional boliviano na década de 1990, pode-se recorrer ao relatório divulgado pelo Ministerio de Educación (2004), que informa ser de 13,3% a taxa de analfabetismo do país em 2004 – uma das mais altas taxas da América Latina. A situação era mais desfavorável ainda entre as mulheres, além de ser maior a taxa entre as mulheres residentes em áreas rurais. Da mesma forma, a oferta educativa apresentava disparidade em sua distribuição, pois somente 10,6% das escolas localizadas na área rural ofereciam educação do nível secundário, enquanto na área urbana, 31% delas ofereciam esse nível de ensino.

Tajam (2005), a instauração da ditadura militar permitiu a aplicação de uma política econômica neoliberal, desarticulando o que havia sido construído em torno de um Estado de bem-estar social. Os eixos discursivos passaram a ser a abertura, a liberalização, a estabilização e a mudança no papel do Estado.

No primeiro período de transição democrática (1985-1989), foi promulgada, em 28 de março de 1985, a Lei de Educação (lei nº 15.739), também denominada Lei de Emergência para o Ensino, fruto de um acordo entre os partidos e as organizações sociais para superar a ação devastadora do período da ditadura e estruturar o ensino. Durante a década de 1980, foi possível o acesso à educação para grupos populacionais até então excluídos, assim como a incorporação de grupos populacionais – mulheres e pessoas de cidades do interior do país. Apesar desse ingresso massivo de novos discentes, não houve incremento de recursos docentes e materiais do mesmo porte. Avançou-se no acesso – possibilidade de ampliar o número de matrículas –, mas não na permanência desses grupos populacionais.

Na década de 1990, por meio dos fundos de cooperação internacional, foi instalado um programa permanente no país, intitulado Proyecto de Mejoramiento de la Calidad de la Educación Primaria (Mecaep), que instaurou uma política de focalização e de atenção aos grupos mais vulneráveis, racionalizando-se os “fundos de emergência”, objetivando a restrição dos gastos públicos.

A Venezuela, na década de 1990, também se encontrava sob a influência de políticas econômicas de caráter recessivo, sobretudo por causa da aplicação das políticas do Consenso de Washington, conforme já mencionado. Entretanto, após a promulgação da nova Constituição, em 15 de dezembro de 1999, foi publicada a Lei Orgânica da Educação (lei nº 2.635/1999), que ratificou a educação como uma função primordial e indeclinável do Estado, constituindo um direito permanente e irrenunciável da pessoa (artigo 2º). O Estado, ao financiar a educação, compreende que essa é um investimento social e, dessa forma, os seus beneficiários devem retribuir com serviços para a comunidade (artigo 8º). Na década seguinte, a Venezuela buscou consolidar as propostas preconizadas em seus recentes

ordenamentos jurídicos, implementando um processo de municipalização de vários serviços – saúde, educação, habitação, esporte, cultura, meio ambiente, entre outros – que visava instituir mecanismos abertos e flexíveis para que os estados e municípios descentralizassem e transferissem às comunidades e aos grupos organizados os serviços passíveis de serem autogeridos (Venezuela, 1999, artigo 184).

No que diz respeito à saúde, a concepção dessa como direito do cidadão é comum nas leis e decretos da Argentina, da Bolívia, do Paraguai e da Venezuela, estando excluída das legislações uruguaias. Como já explicitado, a sua implementação com vistas à garantia dos princípios de universalidade, integralidade e equidade, e a relação desses com a organização dos serviços de saúde, irá variar em cada contexto específico.

Para se compreender a atual organização do sistema de saúde na Argentina, é necessário remeter-se, brevemente, à sua história. Desde os anos 1920, os trabalhadores identificavam a atenção médica como um dos objetivos prioritários em sua luta. A partir de então, vai se constituindo o setor de seguridade social, que levou a uma fragmentação constitutiva no sistema de saúde argentino. Nos anos 1940, o Estado iniciou um processo de elaboração de políticas centralizadas, objetivando normatizar as instituições de atenção médica provenientes dessa dispersão original (Belmartino, 2002).

Nas décadas posteriores, persistiu o embate entre o papel e a atuação do Estado e a representação dos trabalhadores, por meio de seus sindicatos, no que tange à atenção à saúde. A consolidação do setor público a fim de responder aos princípios de universalidade, acessibilidade igualitária e solidariedade, identificados como fundamentos do sistema, esmaece-se por causa da crise fiscal e da consequente orientação política dos governos pós-1955, que permitiram ao capital privado a exploração de mais áreas.

Dessa forma, a partir da década de 1960, as instalações de atenção médica do subsetor público começaram a se deteriorar, situação agravada pela ausência das autoridades da saúde na regulação das novas formas de financiamento e organização dos serviços médicos – constituídas pelas grandes organizações de base corporativa, respaldadas politicamente

pela Confederación General del Trabajo, bem como pelas organizações médicas que tinham o oligopólio da oferta do serviço privado de saúde.

O aumento da desigualdade social em todos os campos, incluindo a saúde, a partir da segunda metade dos anos 1970, foi consequência da contração salarial, fulcro central da política de estabilização e liberalização da economia levada a cabo pelo governo militar (1976-1983). Assim, nos anos 1973, 1978 e 1985 buscaram-se meios para assegurar melhor utilização dos recursos e maior igualdade na distribuição dos benefícios na saúde, procedimento que afetava o poder político e econômico dos sindicatos no controle de suas obras sociais. Esses intentos fracassaram devido à oposição da Confederación General del Trabajo.

Na década de 1980, em decorrência da inflação, do desemprego e das mudanças estruturais do setor produtivo, manifestou-se a deterioração distributiva. No ano de 1989, foram sancionadas duas leis que visavam à regulação do sistema: Lei de Obras Sociais (lei nº 23.660) e Lei de Criação do Sistema Nacional de Seguro de Saúde (lei nº 23.661).

Por causa da política de cunho neoliberal que regeu a elaboração da Constituição Federal da Argentina (1994), não se menciona nela a construção de um sistema público único e universal para a organização da saúde, segundo a perspectiva de garantia do direito à saúde. Entretanto, o decreto nº 455/2000, que aprova o Marco Estratégico Político para la Salud de los Argentinos, buscou alcançar a efetiva aplicação e a materialização do direito à saúde com base nos princípios de equidade, solidariedade e sustentabilidade das ações, na perspectiva de satisfação das necessidades das populações. Com ênfase na extensão da cobertura de saúde para toda a população, o decreto propôs o desenvolvimento e o fortalecimento do sistema federal de saúde e a promoção do modelo de atenção primária à saúde como estratégias fundamentais para a reforma do setor.

Assim, pode-se observar que o sistema de saúde argentino comporta regras que defendem o direito à saúde, apesar de as normas ou decretos nacionais aprovados só terem validade nas províncias quando referendados por legislação local específica.

Dessa forma, conformado pelos setores público e privado e pela seguridade social, o sistema de saúde na Argentina apresenta alto grau de seg-

mentação e fragmentação. Em 2003, as obras sociais cobriam aproximadamente 17,5 milhões de pessoas (47,2% do total da população), distribuídas em quase 300 entidades de distintas magnitudes e que não apresentavam equivalência na oferta de seus serviços. Estimava-se que, por sua vez, o sub-setor público cobria cerca de 17,8 milhões de pessoas (48% do total da população), e a medicina pré-paga era acessada por 2,8 milhões de pessoas, das quais 1 milhão contava com dupla cobertura (Organización Panamericana de la Salud, 2007). Em 2007, o gasto público com saúde representava 5,1% do PIB (Organização das Nações Unidas, 2010).

Na Bolívia, apesar de o direito à saúde estar consagrado constitucionalmente, o sistema de saúde reproduz as desigualdades e as iniquidades da estrutura econômica. Aproximadamente 30% da população estava excluída de alguma maneira do acesso aos serviços de saúde, salvo a prática da medicina tradicional; 30% está coberta pelos serviços públicos do Ministerio de Salud y Deportes, 27% pelo sistema de seguros de saúde de curto prazo e 10% pelo subsetor privado.

Após um conturbado período de instabilidade política, o país iniciou, em janeiro de 2006, um novo governo, que assumiu como diretriz a nacionalização dos hidrocarbonetos e dos recursos naturais do país, além do desenvolvimento de políticas sociais que incidissem sobre a redução das iniquidades sociais acumuladas (Organización Panamericana de la Salud, 2007). A partir dessas mudanças políticas, foi elaborado, em 2006, o Plan de Desarrollo del Sector Salud 2006-2010, considerado o marco inicial da reforma do sistema de saúde vigente, ao propor a superação da exclusão social na saúde por meio da implementação do Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud. Tal proposta assume o princípio da participação social na tomada de decisões em todos os níveis de gestão e a atenção à saúde como direito fundamental garantido pelo Estado. Em 2007, o gasto público com saúde representava 3,4% do PIB (Organização das Nações Unidas, 2010).

No Paraguai, a Constituição de 1992 estabelece, em seus artigos 68 e 69, que a saúde é um direito do cidadão e função e responsabilidade do Estado. Foi a primeira vez na história do país que se mencionou a necessidade de criação de um sistema nacional de saúde, cuja função seria

a de executar ações sanitárias integradas com as demais políticas para a coordenação, a harmonização e a complementação de programas e recursos dos setores público e privado.

Segundo Peralta e Perrota (2005), a saúde pública no Paraguai somente se configurou como um problema de Estado em 1936, quando o governo de Rafael Franco criou, como parte de sua política de bem-estar social, o Ministerio de Salud Pública. Tal fato foi um marco na concepção de saúde como responsabilidade do Estado no país. Entretanto, os governos posteriores, apesar de manterem a estrutura ministerial, utilizaram o setor como espaço de barganhas partidárias, que chegaram ao auge durante a ditadura de Alfredo Stroessner (1954-1989). Em 30 de dezembro de 1996, foi aprovada a lei nº 1.032, que criou o Sistema Nacional de Salud, com pouca participação, difusão e discussão entre as organizações sociais<sup>28</sup> e corporativas. A partir desse momento, o Estado se propôs a complementar e a coordenar as instituições que participavam do setor, de forma a melhorar a qualidade da atenção e ampliar a cobertura dos serviços de saúde. Os princípios assumidos pelo sistema são a universalidade de cobertura, a integralidade da atenção e a equidade.

Outro marco legal importante do país na área da saúde é a Lei do Código Sanitário (lei nº 836/1980), que regula as funções do Estado no que diz respeito ao cuidado integral da saúde, definindo os direitos e as obrigações do indivíduo. O código estabelece infrações, sanções, procedimentos e prescrições. Além dessas duas normas (lei nº 836/1980 e lei nº 1.032/1996), há outras que também estão relacionadas com a organização do setor: decretos nº 19.996/1998, que regulamenta a descentralização sanitária; nº 20.553/1998, que regulamenta a Superintendência de Saúde; nº 1.376/1998, que estabelece a nova organização funcional do Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS); e nº 4.674/1999, que estabelece a reestruturação do MSPyBS.

Segundo a *Encuesta permanente de hogares* (Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos, 2008), em 2007, 78,3% da população do Paraguai não possuía nenhum tipo de seguro médico, 13,9% estava co-

---

<sup>28</sup> Entre 1993 e 1994, foi criada a Asociación Paraguaya de Salud Pública, única organização a participar de discussões para a criação do Sistema Nacional de Salud.

berta pelo Instituto de Previsión Social e 7,7%, por outros tipos de seguro (privado, familiar, empresa, militar, policial). Do total da população que residia na área rural, 91,1% não possuía nenhum tipo de seguro, 6,6% estava coberta pelo Instituto de Previsión Social e 2,3% por outro tipo de seguro. Na área urbana, o percentual dos que não possuíam nenhum tipo de seguro era de 69,2%, 19,2% estavam cobertos pelo Instituto de Previsión Social e 11,6% por outro tipo de seguro. No caso das comunidades indígenas, somente 26% da população possuía um centro ou posto de saúde e apenas 36,1% contava com algum profissional médico. A maioria utilizava a medicina tradicional própria de sua cultura. Em 2007, o Paraguai utilizou 2,4% do seu PIB com gastos públicos de saúde (Organização das Nações Unidas, 2010).

A Constituição da República Oriental do Uruguai estabelece, em seu artigo 44, que o Estado legislará sobre todas as questões relacionadas à saúde e à higiene públicas, buscando o aperfeiçoamento físico, moral e social de todos os habitantes do país. A Constituição também define como dever do cidadão o cuidado com a sua saúde, assim como a busca de assistência em caso de necessidade. Entretanto, estabelece que o Estado só proporcionará assistência gratuita aos indigentes e às pessoas que não possuam recursos. Ou seja, o direito à saúde não está consagrado na Constituição uruguaia, nem é obrigação do Estado a garantia desse direito para todos os habitantes do país.

Historicamente, o sistema de saúde uruguaio é fragmentado e desarticulado, e não conta com uma efetiva integração entre os setores público e privado. Segundo a Opa, a população coberta pelos serviços públicos de saúde é mais jovem, majoritariamente feminina e de menor escolaridade e renda do que a coberta pelo sistema privado, apesar de esse setor dispor de três vezes mais recursos que o público (Organización Panamericana de la Salud, 2007). Segundo o Instituto Nacional de Estadística de Uruguay (2009), o Ministerio de Salud Pública cobre 33,4% da população urbana.

Em decorrência da crise econômica, e do conseqüente aumento no empobrecimento da população, os serviços de saúde pública sofreram um incremento em sua demanda, o que dificultou a cobertura assistencial de maneira geral, afetando fortemente a população de renda mais baixa

(Hidalgo, 2002). Aliaram-se a isso a alta deterioração de toda a infraestrutura hospitalar e a falta de uma política de gestão do trabalho que contemplates, entre outros, a elaboração de um plano de carreira na função pública com remunerações dignas, a existência de concursos para o ingresso de novos funcionários e o ordenamento e a regulação dos mais de 13 regimes jurídicos existentes para a contratação de pessoal.

O governo do ex-presidente Tabaré Vázquez (2005-2010) iniciou uma reforma no setor saúde, com a implantação do Sistema Nacional Integrado de Salud (Snis), visando à oferta de uma atenção integral em saúde para todos os uruguaios, mediante um sistema integrado misto, público e privado. Em 2007, o gasto público com a saúde representou 5,9% do PIB, a mais alta taxa entre os países do Mercosul (Organização das Nações Unidas, 2010).

Na Constituição da Venezuela (1999), a saúde é compreendida como um direito social fundamental, sendo obrigação do Estado garanti-la como parte do direito à vida. É direito de todos ter proteção à saúde, e também todos têm o dever de participar ativamente em sua promoção e defesa, cumprindo as medidas sanitárias e de saneamento que a lei estabeleça, em conformidade com os tratados e os convênios internacionais subscritos e ratificados pela república venezuelana (artigo 83). São funções do Estado a criação, a gestão e a supervisão de um sistema público nacional de saúde, de caráter intersetorial, descentralizado e participativo, integrado ao sistema de seguridade social, regido pelos princípios de gratuidade, universalidade, integralidade, equidade, integração social e solidariedade. Os bens e serviços públicos de saúde são propriedade do Estado e não podem ser privatizados. A comunidade organizada tem o direito e o dever de participar nos processos decisórios sobre planificação, execução e controle da política específica nas instituições públicas de saúde (artigo 84).

Segundo um dos representantes da Venezuela no Mercosul, em entrevista realizada no âmbito desta pesquisa, o sistema de saúde venezuelano é eminentemente público, sendo o setor privado representado por menos de 10% dos serviços ofertados – correspondentes ao resquício dos seguros de saúde. Isso gera grande polêmica, pois o Estado venezuelano continua contratando as empresas privadas de seguros de saúde a fim de garantir a

saúde de seus empregados – recursos esses que deveriam ser investidos no sistema público de saúde.

Para modificar tal situação, vem se realizando um trabalho de configuração de bases jurídicas e de organização de um instituto de previdência social bolivariano pelo Ministerio de Planificación y Desarrollo da Venezuela. Deseja-se, assim, evitar o investimento de recursos de distintas instituições do Estado – ministérios, serviços de autônomos, prefeituras e governos estaduais – na contratação de seguros pré-pagos. Esse instituto se encarregará de prestar serviços e contratar, quando necessário, o setor privado. Em 2007, a Venezuela destinou 2,7% do seu PIB para os gastos públicos com a saúde (Organização das Nações Unidas, 2010).

A fim de complementar o panorama até agora apresentado, serão destacados a seguir, a título de exemplo, dois indicadores básicos da saúde: mortalidade infantil e mortalidade materna. No que diz respeito à mortalidade infantil, observa-se que, na Argentina, entre os anos 1990 e 2004, houve uma diminuição de 43,8%. A região nordeste foi a que apresentou a maior taxa de mortalidade infantil em 2004: 20/1.000 nascidos vivos; e a região da Patagônia apresentou o percentual mais baixo: 12,2/1.000 nascidos vivos. No ano de 2005, a taxa da mortalidade infantil foi de 13,3/1.000 nascidos vivos, acercando-se à meta prevista nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Das mortes infantis ocorridas no ano de 2004, 53% foram consequência de afecções originadas no período perinatal; 22% foram causadas por malformações congênicas; 10%, por afecções do sistema respiratório; 5% foram decorrentes de doenças infecciosas e parasitárias; e 3% foram motivadas por acidentes (Organización Panamericana de la Salud, 2007). Em 2008, segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (2010), a taxa de mortalidade infantil no país era de 1/1.000 nascidos vivos. A taxa de mortalidade materna, no ano de 2005, atingiu a razão de 77/100.000 nascidos vivos. Em 2003, do total de partos realizados, 98,7% foram assistidos por profissional de saúde qualificado (Organización Mundial de la Salud, 2009).

Na Bolívia, a taxa de mortalidade infantil, em 2008, era de 46/1.000 nascidos vivos, principalmente devido à mortalidade neonatal, cuja taxa é de 25/1.000 nascidos vivos. Cabe ressaltar que quando se analisa a

probabilidade de uma criança menor de dois anos morrer, observa-se uma variação significativa em relação ao idioma materno e à região de moradia: se a mãe fala somente o espanhol e mora no Altiplano, a taxa é de 75/1.000 nascidos vivos; se a mãe mora na região de Los Valles, a taxa é de 86/1.000 nascidos vivos; e se mora na região de Los Llanos, de 92/1.000 nascidos vivos. Entretanto, se a mãe for aimará e residir na região de Los Llanos, a taxa de mortalidade é de 206/1.000 nascidos vivos (Organización Panamericana de la Salud, 2007). A razão de mortalidade materna, em 2005, foi de 290 mortes/100.000 nascidos vivos (Organización Mundial de la Salud, 2009), uma das mais altas da América do Sul. Em 2003, mais da metade das mortes maternas (53,5%) ocorreram no domicílio: 22% durante a gestação, 36% durante o parto e 42% no puerpério. As principais causas foram hemorragia (39%), eclampsia (21%) e aborto (10%). A proporção de partos assistidos por profissional de saúde qualificado, em 2003, foi de 66,8%.

No Paraguai, segundo o Unicef (Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2010), a taxa de mortalidade infantil em 2008 era de 24/1.000 nascidos vivos, sendo as causas perinatais, as diarreias e as doenças respiratórias as três primeiras causas de morte. A taxa de mortalidade materna para o quinquênio 2000-2005 foi de 159,4/100.000 nascidos vivos, uma das mais altas da região, configurando aumento em relação aos períodos de 1990-1994 (134,8/100.000 nascidos vivos) e 1995-1999 (115,9/100.000 nascidos vivos). Cabe ressaltar que tal aumento ficou evidente, principalmente, por causa de implantação do sistema de vigilância de mortalidade materna em 2000. As taxas apresentaram variações importantes entre as regiões e são inversamente proporcionais à qualidade e ao acesso aos serviços de saúde, sendo também influenciadas pela qualidade do sistema de informação. As causas da mortalidade materna estavam relacionadas às barreiras de acesso aos serviços de saúde (46%) e à demora na chegada ao serviço de saúde e deficiência resolutiva dos mesmos (23%); os restantes 31% foram mulheres que morreram em seus domicílios, sem assistência. As principais causas biológicas são evitáveis e estão relacionadas à baixa qualidade de atenção no pré-natal, parto e puerpério, estando associadas a hemorragias frequentes nesses períodos, aborto, toxemia e septicemia. Segundo dados de 2004 (Organización Panamericana de la Salud, 2007), em 94,2% dos nascimentos, as mães foram a consultas de pré-natal pelo

menos uma vez durante a gravidez, sendo que 68,6% foram a essa consulta no primeiro trimestre. O percentual de partos realizados em instituições aumentou de 56,3% em 1998 para 74,1% em 2004. Em 10% dos partos, o atendimento foi realizado no domicílio por técnicos ou licenciadps em obstetrícia; em 15,8% dos partos, o atendimento foi feito por práticos.<sup>29</sup> Cabe ressaltar que as taxas de mortalidade infantil e materna se agravam nas zonas rurais de difícil acesso. Existem regiões em que a média do índice de mortalidade infantil no primeiro ano de vida e de mortalidade materna durante a gestação, parto e puerpério é o dobro da média nacional – por exemplo, nos estados de Alto Paraguay, Boquerón, Presidente Hayes e San Pedro –, o que evidencia a existência de um sistema de exclusão ainda vigente.

No Uruguai, a taxa de mortalidade infantil baixou de 29,4/10.000 nascidos vivos em 2005 para 11,9/10.000 nascidos vivos em 2007, representando um descenso de 59,5%. Esse resultado se deveu, principalmente, ao decréscimo no número de mortes em instituições de saúde pública: as instituições públicas apresentaram uma diminuição de dois terços no índice de mortalidade infantil, enquanto as instituições privadas reduziram esse índice em um terço. Entretanto, ainda persistem diferenças não só entre os diferentes departamentos, mas também entre regiões dentro dos próprios departamentos. As maiores taxas de mortalidade encontram-se nos departamentos localizados na região noroeste do país (Rivera, Cerro Largo, Tacuarembó); no caso de Montevideú, os bairros que apresentam piores condições habitacionais e maior dificuldade de acesso a saneamento básico e aos serviços de saúde têm índices mais altos (Organización Panamericana de la Salud, 2007). A razão de mortalidade materna, em 2005, era de 20/100.000 nascidos vivos, a menor taxa entre os países membros do Mercosul (Organización Mundial de la Salud, 2009). Em 99,6% dos partos, a assistência foi realizada por profissional de saúde qualificado e cerca de 38,5% das gestantes foram acompanhadas desde o primeiro trimestre de gestação.

De acordo com o documento *Salud de las Américas* (Organización Panamericana de la Salud, 2007), a taxa de mortalidade infantil na Venezuela tem apresentado significativa redução desde os anos 1940. No entanto, o documento *Cumpliendo las metas del milenio* (Venezuela, 2004) explicita que a

<sup>29</sup> Neste capítulo, utilizamos a palavra práticos para nos referirmos ao trabalhador que atua sem qualificação. Em espanhol, esse trabalhador seria chamado de empírico.

mortalidade materna é um dos problemas de maior relevância para a saúde pública do país e que, a partir dos anos 1980, essa redução se tornou mais lenta, com a permanência de cifras constantes e elevadas, considerando-se as condições de atenção sanitária da população.

No ano de 1990, essa taxa era de 25,9/1.000 nascidos vivos; em 2000, de 17,7/1.000 nascidos vivos; e, em 2004, de 17,5/1.000 nascidos vivos.<sup>30</sup> Nesse último ano, 66,5% das mortes de crianças até um ano de idade ocorreram no período neonatal e 33,5%, no período pós-neonatal. As cinco primeiras causas de mortalidade infantil foram: afecções originadas no período perinatal (56,7%); anomalias congênitas (16,2%); doenças infecciosas intestinais (8,1%); influenza e pneumonia (4,6%); e acidentes de todo tipo (3,5%) (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

Ao se analisar a taxa de mortalidade materna na Venezuela, observa-se que, no ano de 2008, a razão foi de 68/100.000 nascidos vivos (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010). No ano de 2004, a cobertura institucional de atenção ao parto foi de 98% e a cobertura de controle pré-natal em estabelecimentos do Ministerio de Salud, de 25,5% (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

Se o sucinto panorama comparativo das páginas precedentes evidencia a diversidade de situações nacionais e as assimetrias existentes entre os países membros do bloco, uma caracterização mais específica de cada um deles no que diz respeito à formação dos trabalhadores técnicos em saúde nos permitirá mapear inicialmente o terreno da complexidade que pressupõe a meta regional da livre circulação de trabalhadores, quando aplicada ao setor saúde.

---

<sup>30</sup> Realizando uma projeção dessa tendência pelo método Arima, pode-se prever que, em 2015, o país terá uma taxa de 10,7 mortes/1.000 nascidos vivos, quase alcançando o marco estipulado nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (8,5 mortes/1.000 nascidos vivos).

### 3.3 Argentina

#### 3.3.1 Organização do sistema educativo da Argentina

A partir do ano de 2003, com a eleição de Néstor Kirchner (2003-2007) presidente da Argentina, inicia-se um trabalho de revisão das normas legais, a fim de corrigir algumas das problemáticas mais importantes do sistema educativo – dentre elas, a educação técnico-profissional.

Em dezembro de 2006, promulgou-se a Lei de Educação Nacional (lei nº 26.206), que reconhece a educação e o conhecimento como bens públicos e como direitos pessoal e social. A educação passa a ser obrigatória a partir dos 5 anos de idade até a finalização da escola secundária. O Estado nacional, as províncias e a cidade autônoma de Buenos Aires têm a responsabilidade de prover educação integral, permanente e de qualidade para todos os habitantes da nação, garantindo-se a eles a igualdade, a gratuidade e a equidade no exercício desse direito, com a participação das organizações sociais e das famílias (artigo 4º). O Estado nacional deve consolidar a unidade nacional, fixando e controlando a política educativa, respeitando, ao mesmo tempo, as particularidades provinciais e locais (artigo 5º). Para tanto, propôs a unificação da estrutura, da organização e da articulação de níveis e modalidades da educação, assim como a validade nacional dos títulos e certificados que são expedidos.

No que tange à sua estrutura, o sistema educativo argentino compreende quatro níveis:

- educação inicial: destinada a crianças a partir dos 45 dias de vida até os 5 anos de idade (inclusive), sendo obrigatória a oferta pelo Estado apenas no último ano;
- educação primária: é obrigatória a oferta pelo Estado; destina-se a crianças a partir dos 6 anos de idade (artigo 29);
- educação secundária: é obrigatória a oferta pelo Estado; destina-se a adolescentes e jovens que tenham cumprido a educação primária. Esse nível se divide em dois ciclos: um ciclo básico, que tem um caráter comum a todas as orientações; e um ciclo orientado, no qual ocorre uma diversificação de acordo com as

distintas áreas do conhecimento, do mundo social e do trabalho (artigo 31);

- educação superior: é garantido o direito de acesso a todo cidadão que tenha a formação e a capacidade requeridas. É constituída por instituições de formação superior universitárias e não universitárias, nacionais, provinciais e municipais, tanto estatais quanto privadas.

Além dos níveis anteriormente descritos, o sistema educacional argentino estrutura-se em oito modalidades: educação técnico-profissional, educação artística, educação especial, educação permanente de jovens e adultos, educação rural, educação intercultural bilíngue, educação em contextos de privação de liberdade e educação domiciliar e hospitalar.

A educação técnico-profissional é reconhecida como uma modalidade da educação secundária e da educação superior, desenvolvendo-se em instituições públicas ou privadas, regulamentadas por meio das disposições presentes na Lei de Educação Técnico-Profissional (lei nº 26.058/2005), que é anterior à Lei de Educação Nacional, de 2006. A Lei de Educação Técnico-Profissional é fruto de uma série de acordos que contaram com a participação de diversos setores sociais, sindicais e produtivos e de funcionários e técnicos de diferentes jurisdições, sob a coordenação do Instituto Nacional de Educación Tecnológica (Inet), vinculado ao Ministerio de Educación de la Nación.

O texto do projeto foi apresentado ao Consejo Federal de Cultura y Educación e, posteriormente, ao Parlamento. Na avaliação de Pagano e Finnegan (2007), nessa lei se delineou certo afastamento dos discursos neoliberais, na medida em que foram ampliadas as finalidades formativas da educação técnico-profissional. Evitando reduzir a formação à ocupação de postos de trabalhos específicos, assim como a configuração de uma especialização precoce, a lei nº 26.058/2005 buscou articular a formação profissional com a educação formal, contribuindo para a continuidade dos estudos em níveis educativos posteriores.<sup>31</sup>

<sup>31</sup> A título de exemplo, podemos citar os seguintes artigos da referida lei: “Art. 11: As jurisdições educativas terão ao seu encargo os mecanismos que possibilitem o trânsito entre a educação técnico-profissional e o resto da educação formal, assim como entre os distintos ambientes de aprendizagem da escola e do trabalho. Art. 12: A educação técnico-profissional de nível superior não universitário [...] permitirá iniciar, assim como continuar itinerários profissionalizantes. Para isso, contemplará: a diversificação, através

A fim de fortalecer, reordenar e articular a educação técnico-profissional, a lei cria instrumentos de política educativa: o Registro Federal de Instituciones de Educación Técnico Profesional, o Catálogo Nacional de Títulos y Certificaciones<sup>32</sup> – vinculado ao processo de Homologação de Títulos e Certificações – e o Fondo Nacional para la Educación Técnico Profesional.<sup>33</sup>

### 3.3.2 Organização do sistema de saúde da Argentina

De acordo com o documento da Opas *Salud en las Américas* (Organización Panamericana de la Salud, 2007), a partir de 1990, inicia-se no país uma política de descentralização dos serviços de saúde – inclusive de seus hospitais e institutos especializados –, ficando a saúde sob o encargo das províncias. Essas organizaram ministérios ou secretarias de saúde que têm graus diferenciados de desenvolvimento institucional, segundo o tamanho de sua população e os recursos disponíveis. O processo de descentralização que sobrepõe a racionalidade econômica à conquista do direito à saúde gerou uma desigualdade entre as províncias, uma vez que naquelas onde a população e os recursos econômicos eram maiores, foi possível administrar os serviços do primeiro nível de atenção à saúde, além dos hospitais de maior complexidade. Cabe ressaltar que, apesar dessas diferenças, persiste até os dias atuais a necessidade de aumento do número de estabelecimentos assistenciais nessas localidades.

---

de uma formação inicial relativa a um amplo espectro ocupacional como continuidade da educação adquirida no nível educativo anterior, e a especialização, com o propósito de aprofundar a formação alcançada na educação técnico-profissional de nível médio. Art. 17: A formação profissional [...] também inclui a especialização e o aprofundamento de conhecimentos e capacidades nos níveis superiores da educação formal. Art. 20: Poderá contemplar a articulação com programas de alfabetização ou de terminalidade dos níveis e ciclos compreendidos na escolaridade obrigatória e pós obrigatória.” (Argentina, 2005, tradução nossa)

<sup>32</sup> Organizado com base nas famílias e perfis profissionais adotados na definição das ofertas formativas, visando evitar a duplicação de propostas curriculares, títulos e certificações referidas a um mesmo perfil profissional.

<sup>33</sup> Reconhecendo a falta de investimentos que precarizou a educação técnico-profissional, o fundo define o mínimo necessário – que não poderá ser inferior a 0,2% do total da receita fiscal prevista no orçamento anual consolidado para a compra e manutenção de equipamentos, insumos de operação, desenvolvimento de projetos institucionais e edificações.

Conforme mencionado anteriormente, o sistema de saúde da Argentina é composto por três subsetores: o público, o privado e o da seguridade social, sendo que esse último pode contratar os serviços do setor privado para garantir a cobertura das ações de saúde. A oferta heterogênea de serviços tem capilaridade nas 24 províncias, dificultando a concretização de um nível único de coordenação e a articulação do conjunto de instituições, na perspectiva de garantir a cobertura integral da atenção pública à saúde para todos os habitantes do país.

O decreto nº 455/2000 (Argentina, 2000) previu o fortalecimento institucional do Ministerio de Salud de la Nación para o cumprimento eficiente das funções de planejamento, regulação, execução e controle, fortalecendo o processo de federalização e descentralização, mediante a ação coordenada. Destacava também a necessidade de oferecer à atenção à saúde um grau crescente e progressivo de qualidade, com a adoção de critérios cientificamente fundados para a habilitação, a certificação e a recertificação do exercício profissional.

Em maio de 2004, por meio do Consejo Federal de Salud (Cofesa), decidiram-se as Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007<sup>34</sup> (Argentina, Ministerio de Salud de la Nación, 2004), com quatro eixos de ação pautados na estratégia de atenção primária à saúde como organizadora do sistema. As ações prioritárias foram o fortalecimento da equidade no acesso à atenção à saúde e a promoção da participação comunitária em todos os níveis. Perseguia-se o avanço sistemático e organizado da política de descentralização, responsabilizando-se os governos locais na concentração de esforços para viabilizar o desenvolvimento de políticas saudáveis, informando e modelando condutas.

Assim, a partir de 2006, algumas províncias iniciaram um forte processo de municipalização dos serviços do primeiro nível de atenção. Além da organização dos sistemas de saúde da rede pública, as províncias contaram também com o setor privado. Algumas delas – como Buenos Aires, Mendoza e Río Negro – estão em processo ativo de municipalização da atenção primária; entretanto, com exceção das cidades de Buenos Aires e

---

<sup>34</sup> Nesse plano foram estabelecidas metas para o efetivo alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

Rosario, não há redes municipais significativas de serviços de saúde (Organización Panamericana de la Salud, 2002). Dessa forma, observa-se que um fator que condiciona o acesso à atenção à saúde no país é a localização geográfica das unidades públicas de saúde.

De acordo com o já citado documento *Salud de las Américas* (Organización Panamericana de la Salud, 2007), todas as 23 províncias, assim como a cidade autônoma de Buenos Aires, contam com extensa rede de serviços hospitalares e ambulatoriais, composta pela rede pública e privada. O número total de estabelecimentos assistenciais é de 17.845, e a quantidade de leitos hospitalares disponíveis em nível nacional é de 153.065 – cerca da metade desses leitos é de propriedade pública; a outra metade é privada.

### 3.3.3 Formação dos trabalhadores técnicos da saúde na Argentina

Segundo um dos representantes da Comisión Interministerial Educación-Salud, em entrevista realizada no âmbito desta pesquisa, em 2008, não existe nenhuma formação de nível médio para técnicos em saúde; essa formação é realizada exclusivamente no nível superior. Esse esclarecimento é relevante para que fiquem claras as diferenças nas denominações entre os países que compõem o Mercosul.

O ensino superior é composto por universidades, institutos terciários e institutos de formação docente. As universidades são autônomas, de competência provincial; elas podem decidir sobre as carreiras que irão ofertar, decisão que deve passar por um processo interno de aprovação. Essas instituições desenvolvem formação em pós-graduação e, no que tange à área da saúde, são oferecidas especializações, mestrados e doutorados. Dentro das especialidades da saúde, as universidades realizam a formação tradicional acadêmica, havendo, ainda, a formação em serviço para os residentes (Duré, 2009).

Segundo o estudo de Abramzón (2005), pautado nos dados do *Censo nacional de población, hogares y viviendas* de 2001, há numerosas questões que caracterizam o campo da formação e da distribuição dos profissionais de

saúde no país, tais como: desaceleração do ritmo de crescimento da oferta de carreiras na área da saúde; maior participação das instituições privadas na oferta de carreiras, sobretudo aquelas que não requerem altos investimentos; menor ritmo no crescimento da demanda pelo estudo na medicina e expansão de outras carreiras, entre elas nutrição e kinesiologia; ausência de políticas de promoção e estímulo para determinadas carreiras, com o objetivo de reverter o déficit de algumas categorias profissionais (enfermagem, por exemplo); problemas nas relações de trabalho no interior das equipes de saúde, especialmente entre médicos/enfermeiros; e inexistência de sistemas de informação permanentes de variáveis cruciais para o campo de recursos humanos em saúde.

Em relação à definição da categoria “técnicos”, o referido representante da Comisión Interministerial Educación-Salud explicita que são considerados técnicos aqueles que possuem uma formação terciária, ou seja, após o nível secundário, em institutos terciários ou em universidades. O curso técnico tem carga horária mínima de 1.600 horas, e seus egressos são definidos como colaboradores da medicina.

Einisman (2009) analisa que a incorporação das tecnologias de diagnóstico e tratamento no campo da saúde na Argentina, no final do século XIX e início do século XX, possibilitou a transferência das práticas de menor complexidade para práticos ou para os profissionais provenientes do campo da enfermagem. Proliferou, então, uma diversidade de processos formativos, sem regulação, expedindo-se títulos, denominações e trajetórias formativas, sob a responsabilidade de instituições nem sempre criteriosas e de qualidade duvidosa.

Atualmente, o técnico é o profissional da saúde responsável por processos tecnológicos específicos, exercendo atividades ligadas às seguintes especialidades técnicas: anestesia, diálise, esterilização, hematologia, instrumentação cirúrgica, medicina nuclear, práticas cardiológicas, radiologia, assistência dental, eletroencefalografia, física da radioterapia, hemoterapia, laboratório, perfuração extracorpórea e preparação de histologia.

É preciso ressaltar que, segundo o estudo de Einisman (2009), devido a questões históricas, formais e formativas, os profissionais de enfermagem não são reconhecidos como técnicos da saúde. Esse autor denuncia

a ausência de reconhecimento mútuo desses profissionais, apesar de integrarem a equipe de saúde. Os auxiliares também não estão incorporados à categoria de técnicos em saúde e, apesar de desempenharem um trabalho especificamente técnico, somente se lhes exige o nível primário de escolaridade e uma formação de 900 horas.

A descentralização e o alto grau de autonomia das províncias, aprofundados pela política neoliberal dos anos 1990, contribuíram para o seguinte cenário no campo da formação de técnicos da saúde: ausência de regulação das ofertas formativas no campo da saúde<sup>35</sup> correspondentes ao nível técnico superior; falta de regulação do exercício profissional dos técnicos; inexistência de definições claras e comuns em relação aos diferentes perfis profissionais e títulos conferidos; diferentes titulações com propostas curriculares homólogas ou, ainda, titulações iguais com propostas curriculares diferentes (Albano, Wansidler e Rosenbaum, 2009).

Segundo dados apresentados por Isabel Duré (2009), existem, na Argentina, 149 “tecnicaturas”<sup>36</sup> que correspondem a 47 campos de formação; 14 cursos de auxiliares, correspondentes a 9 campos de formação. Ocorrem então, do ponto de vista legal, algumas superposições e contradições – e, às vezes, bons complementos. Esses problemas aparecem com intensidade variada nas diferentes jurisdições. Contudo, há algumas tecnicaturas em que eles são recorrentes em todas as jurisdições: enfermagem, técnico em laboratório, instrumentação cirúrgica, radiologia e, ainda, auxiliar de enfermagem.

Essa realidade é fruto de uma trajetória histórica onde as construções curriculares se realizam no interior do sistema educativo sem, no entanto, identificar-se a natureza do exercício profissional do futuro técnico da saúde. Para reverter tal quadro, em 2002, o Ministerio de Educación de la Nación e o Ministerio de Salud de la Nación criaram a Comisión Interministerial Educación-Salud, por meio do convênio MSN/MEN n° 296/2002, com o objetivo de regular e fiscalizar o exercício profissional,

---

<sup>35</sup> A única regulação existente à época era a Lei de Educação Superior, de 2006, em que se fazia referência à graduação de profissões de risco social, sendo contempladas na área da saúde somente a medicina e a odontologia (Duré, 2009).

<sup>36</sup> Nomenclatura dada à formação técnica de nível superior.

validando nacionalmente os títulos, assim como concedendo o registro profissional. Iniciou-se um processo coletivo de discussão das tecnicaturas superiores em saúde entre atores de distintos espaços – representantes nacionais, das jurisdições e das localidades –, que levou à construção integrada dos processos de formação e do exercício profissional, com base num olhar amplo sobre o campo da saúde e atendendo às necessidades do desenvolvimento local e regional (Albano, Wansidler e Rosenbaum, 2009).

Segundo Duré (2009), o trabalho da Comisión Interministerial Educación-Salud se pauta na legislação em vigor,<sup>37</sup> sobretudo no acordo A-23/2005, que diz respeito às tecnicaturas em questão. A partir desse acordo, delinear-se as bases curriculares, que se estruturam em campos de formação: campo de formação de fundamentos,<sup>38</sup> campo de formação específica,<sup>39</sup> campo de formação geral<sup>40</sup> e campo de formação da prática profissional,<sup>41</sup> definindo-se blocos de conteúdos comuns a todas as tecnicaturas.

A partir desse trabalho, cada tecnicatura deverá elaborar um documento base a ser encaminhado aos conselhos federais de educação e de saúde. Tal documento deve estar dividido em quatro capítulos, com as seguintes especificações: perfil profissional, conteúdos básicos para a formação, requisitos mínimos para o funcionamento da carreira e atividades reservadas.

O estudo do perfil deve levar em conta a sua função no processo de atenção à saúde, assim como sua competência específica,<sup>42</sup> seu grau de au-

<sup>37</sup> Lei de Educação Nacional, Lei de Educação Técnico-Profissional, Lei de Educação Superior e acordos realizados no Consejo Federal de Educación.

<sup>38</sup> O campo de formação de fundamentos se volta para a construção dos saberes científico-tecnológicos e socioculturais que embasam a aquisição dos conhecimentos, habilidades, destrezas, valores e atitudes específicas do campo profissional em questão.

<sup>39</sup> O campo de formação específica desenvolverá os saberes próprios de cada campo profissional, assim como a contextualização daqueles saberes já desenvolvidos no campo da formação de fundamentos.

<sup>40</sup> O campo de formação geral deve trabalhar saberes que possibilitem a participação ativa, reflexiva e crítica nos diversos âmbitos da vida laboral e sociocultural, propiciando o desenvolvimento de uma atitude ética diante das contínuas mudanças tecnológicas e sociais. Como exemplo, seus conteúdos comuns são Estado, Sociedad e Culturas e Comunicação.

<sup>41</sup> O campo de formação da prática profissional é dirigido para possibilitar a articulação entre teoria e prática nos processos formativos, mediante a aproximação dos estudantes com as situações reais de trabalho.

<sup>42</sup> Para elaborar tal documento, existe um trabalho prévio de delineamento das competências; esse trabalho se inicia com uma observação de campo, por meio da qual se analisa não só o processo de trabalho específico do técnico, como o processo de trabalho mais abrangente em que ele se insere.

tonomia; o saber-fazer fundamentado; a responsabilidade sobre o próprio trabalho e sobre os sujeitos que ali estão envolvidos; a participação nos processos de controle de qualidade e de melhoria permanente dos serviços; os processos de pesquisa-ação e de educação permanente; e a participação nos processos de capacitação em serviço dos estudantes.

Segundo uma consultora do Ministerio de Salud de la Nación – em entrevista realizada no âmbito desta pesquisa, em 2008 –, quando o processo de elaboração dos currículos dos técnicos na Argentina foi iniciado, os currículos foram estruturados com base na noção de competências. Essa perspectiva educativa gerou discussão e resistência no campo acadêmico, visto que privilegia, na formação do trabalhador, a questão laboral e restringe a formação às necessidades do mercado de trabalho, deixando de lado a compreensão da dimensão integral da profissão.

A mesma consultora revela ainda que a formação deve se pautar em um processo pedagógico que permita desenvolver a criticidade, sendo os conteúdos trabalhados mediante diferentes enfoques, para que a formação do trabalhador e o seu fazer cotidiano considerem a complexidade do trabalho. O conhecimento deve ser produzido para sustentar a prática, e essa deve ser compreendida de forma associada à teoria. Nesse sentido, a formação deve considerar que o trabalho do técnico incorpora processos complexos e distintos, tais como a participação no diagnóstico e/ou tratamento e no desenvolvimento da estratégia de atenção primária à saúde, trabalhando de modo interdisciplinar e intersetorialmente.

Segundo o representante da Comisión Interministerial Educación-Salud já citado, o técnico em saúde é definido como um profissional que participa de um momento no processo de atenção à saúde, com amplo campo de ação profissional, certa autonomia no desempenho de suas tarefas e capacidade de desenvolver pesquisas com o objetivo de melhorar os serviços onde estão inseridos. Contudo, na realidade, ainda existem desempenhos muito diversos e inserções diferenciadas nas equipes de saúde.

Além do estudo do perfil profissional citado acima, realiza-se uma pesquisa dos planos de formação em âmbito nacional e internacional; todo o trabalho anteriormente citado conta com a participação de uma comissão consultiva intersetorial e interdisciplinar, composta por formadores,

associações profissionais, sociedades científicas e instituições assistenciais do campo em questão.

Após sua aprovação, o documento se converte no marco referencial para o desenvolvimento de determinada formação nas distintas jurisdições do país, orientando a gestão dos processos formativos, os processos de titulação e de certificação em nível nacional e a definição das relações funcionais e hierárquicas dos técnicos na equipe de saúde. É indispensável salientar que esse documento deve pautar-se também nas regulações dos diferentes exercícios profissionais e nas habilitações profissionais vigentes. Nas palavras de Duré, com esse trabalho,

[...] o saber técnico deixa de constituir um mero conhecimento instrumental para desenvolver-se como uma fundação, com fundamentos e uma prática reflexiva. Nesse sentido, está alinhado com a busca de uma capacidade nos técnicos que lhes permita abordar os desafios frequentes que se colocam a partir do desenvolvimento tecnológico e das problemáticas sociais complexas.<sup>43</sup> (2009, p. 91; nossa tradução)

Até novembro de 2008, haviam sido aprovadas pelo Cofesa e pelo Consejo Federal de Educación cinco tecnicaturas: técnico superior em enfermagem; técnico superior em hemoterapia; técnico superior em medicina nuclear; técnico superior em esterilização; e técnico superior em instrumentação cirúrgica. O modelo curricular está organizado por competências, respeitando-se a decisão proveniente do Ministerio de Educación de la Nación.

Segundo a consultora do Ministerio de Salud de la Nación, entrevistada nesta pesquisa, a formação na área de enfermagem é cursada após o nível médio e tem duração de três anos, sendo considerada uma formação de nível superior não universitário e outorgando o título de enfermeiro. Em relação às instituições que oferecem a formação, há 109 escolas não universitárias e 43 universidades – 30 públicas e 13 privadas –, pois a

<sup>43</sup> “[...] el saber técnico deja de constituir un mero conocimiento instrumental para desarrollarse como una fundación, con fundamentos y una práctica reflexiva. En ese sentido, está en línea con la búsqueda de una capacidad en los técnicos que les permita abordar los desafíos frecuentes que se plantean tanto desde el desarrollo tecnológico y como desde las problemáticas sociales complejas.”

tradição anterior é que a organização dessa formação ocorresse no espaço público. As universidades também conferem o título intermediário de enfermeiro e, ao se cursar o “segundo ciclo”, obtém-se o *bachillerato*. Atualmente, contabilizam-se cerca de 85 mil profissionais, sendo que, desses, 60 mil são auxiliares de enfermagem – o que, no entanto, representa um número insuficiente para as necessidades do país.

Por causa da existência de auxiliares de enfermagem sem formação qualificada, criou-se, por meio da resolução nº 1.027/1993 (Argentina, 1993b), um programa de profissionalização de auxiliares de enfermagem,<sup>44</sup> com a intenção de intervir na assistência. O programa ainda está em vigor, pois não foi possível profissionalizar a totalidade dos auxiliares, visto que nem todos possuíam o ensino médio completo. Outra questão que impediu o pleno alcance da profissionalização por esses auxiliares, na análise da referida consultora, foi a implementação das políticas neoliberais no país que dizimaram os postos e contratos de trabalho, afetando os acordos trabalhistas coletivos. Um terceiro fator que também contribuiu para o alcance parcial do programa de profissionalização foi o fato de exigir muito apoio acadêmico e organizacional, sendo aplicado durante o horário de trabalho, com uma metodologia estudo/trabalho. Outro problema relacionado à política de profissionalização dos auxiliares de enfermagem refere-se à proliferação de cursos de curta duração – com aproximadamente nove meses – por instituições que não estão preocupadas com a necessária criação de postos de trabalho.

### 3.3.4 Força de trabalho em saúde na Argentina

Analisando a distribuição de trabalhadores da saúde na Argentina, percebe-se seu aspecto constitutivo: a estratificação do sistema. O número de trabalhadores no âmbito da saúde e serviços sociais foi estimado, no ano de 2004, em aproximadamente meio milhão de pessoas. Desse total, 40% trabalhavam no setor público, com forte predomínio de trabalhadores do gênero feminino (70%) (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

<sup>44</sup> Para participar do programa, o auxiliar deveria ter segundo grau completo e certificado de auxiliar de enfermagem, além de ter trabalhado, pelo menos, três anos na área de enfermagem. Cumpridas essas exigências, o auxiliar de enfermagem poderia cursar o nível técnico em tempo menor: dois anos.

A população do país tem crescimento anual de 1,6%, enquanto a população de médicos cresce 3,5% ao ano, com uma média de 3,2 médicos/1.000 habitantes. No entanto, a distribuição dos trabalhadores da saúde se organiza de forma irregular, com alta concentração de médicos nos grandes centros urbanos. Outro aspecto importante é o fato de cerca de 65% a 70% dos médicos serem especialistas, havendo carência de médicos generalistas e de médicos de família (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

A relação médico/enfermeiro, considerando-se apenas os enfermeiros universitários, é de 9,5 médicos para cada enfermeiro. Somando-se os trabalhadores de nível auxiliar e prático da área de enfermagem, a relação continua a favor dos médicos, numa razão de 1,5 médico para cada trabalhador da área (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

De acordo com a entrevistada da Comisión Interministerial Educación-Salud, um *bachiller* em enfermagem desenvolve o seu trabalho no âmbito da gestão e da enfermagem avançada – por exemplo, a terapia intensiva. Em relação ao salário, a consultora do Ministerio de Salud de la Nación, entrevistada nesta pesquisa, afirma existir uma diferença de cerca de 300 dólares no salário de um enfermeiro e no de um auxiliar de enfermagem. Entre uma *bachiller* e um enfermeiro a diferença salarial é menor, existindo apenas uma pequena distinção pelo título. Ao analisar o processo de trabalho, essa consultora esclarece que os procedimentos e práticas que correspondem ao enfermeiro e ao auxiliar de enfermagem foram regulados na Argentina há pouco tempo.<sup>45</sup>

No estudo que realizou sobre as profissões de nível superior na área da saúde, baseado nos dados do *Censo nacional de población, hogares y viviendas* de 2001, Abramzón (2005) constatou que a área com maior número de profissionais é a da medicina: 121.076 profissionais (39,9%), seguida dos psicólogos, com 46.931 profissionais (15,4%) e dos odontólogos, que alcançam 35.944 profissionais (11,9%).<sup>46</sup>

<sup>45</sup> Como exemplo, destaca-se a questão da medicação: um auxiliar de enfermagem pode aplicar a medicação somente se ela for prescrita por via oral.

<sup>46</sup> As outras categorias citadas são: farmacêuticos, 21.177 (7%); bioquímicos, 19.774 (6,5%); enfermeiros, 12.614 (4,2%); kinesiologistas, 11.908 (3,9%); fonoaudiólogos, 7.924 (2,6%); nutricionistas, 4.654 (1,5%); e obstetras, 3.931 (1,3%).

Em relação à situação dos trabalhadores técnicos da saúde na Argentina, Einisman (2009) denuncia a falta de estudos estatísticos que expressem a situação desse numeroso grupo de profissionais da saúde. Com base em projeções de dados de diferentes fontes,<sup>47</sup> o autor chega à conclusão de que esse grupo de trabalhadores é o *segundo mais numeroso da equipe de saúde*.<sup>48</sup> Einisman calculou que o número de profissionais técnicos superava os 61.931 trabalhadores, dos quais 35.091 trabalhavam no subsetor privado e na seguridade social, e 26.840 trabalhavam no subsetor público – dados esses estimados de acordo com a distribuição dos estabelecimentos cadastrados pelo Ministerio de Salud de la Nación.

Outra forma de ocultar a presença desses trabalhadores se dá pela classificação que lhe é imputada, pois são categorizados como “*trabajadores de la sanidad*” ao lado dos trabalhadores administrativos e de serviços gerais, com o que se oculta a sua inserção como profissionais da saúde. Isso revela profundo desconhecimento das tarefas que realizam, de sua formação específica e da relevância do seu trabalho para o bom funcionamento da equipe de saúde, da qual são membros de fato e por direito (Einisman, 2009).

Einisman (2009) propõe que os técnicos da saúde participem da formulação das políticas de recursos humanos do setor, assim como ocorre com os demais membros do sistema de saúde. Os técnicos da saúde, por causa da crescente incorporação de tecnologias, vêm desenvolvendo um *corpus* de conhecimentos diferenciados, a fim de exercerem, de forma autônoma e responsável, as suas práticas. Entretanto, com a complexificação do processo de tecnologização, faz-se necessário o reconhecimento da interdependência e da colaboração no processo de trabalho do setor saúde entre os diversos trabalhadores, com vistas a melhorar a qualidade nos serviços de atenção à saúde.

Por fim, Einisman (2009) destaca que é imprescindível a organização de políticas que modifiquem a alarmante situação de uma grande

<sup>47</sup> Entre elas, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Ministerio de Salud de la Nación, Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina (Fatsa), que agrupa trabalhadores do subsetor privado e da seguridade social, e Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

<sup>48</sup> Embasado no estudo publicado pela Opas, mais especificamente o de Abramzón (2005), que constitui importante referência em trabalhos sobre recursos humanos em saúde, e na base de informações do Fatsa.

quantidade de práticos que desenvolvem tarefas próprias dos técnicos da saúde, colocando em risco não somente a sua saúde, como a de outras pessoas. Além disso, seus salários são desvalorizados pelo fato de não possuírem o diploma de técnico em saúde em sua especialidade, apesar de lhes ser permitida a matrícula profissional correspondente.

### **3.4 Bolívia**

#### **3.4.1 Organização do sistema educativo da Bolívia**

Em 2006, com a eleição do presidente Evo Morales na Bolívia, iniciou-se uma série de mudanças na política social e econômica que visavam à inclusão das necessidades dos povos indígenas e camponeses, maioria excluída do país. Tais mudanças também diziam respeito à política educacional, sendo elaborada a Nova Lei de Educação (Bolívia, Ministerio de Educación, 2006), que revogou a lei nº 1.565/1994. Essa lei da década de 1990 é a expressão das medidas de ajuste estrutural impostas pelo neoliberalismo e destinadas à adequação da educação boliviana aos ditames da globalização transnacional, sem levar em consideração a realidade nacional e as demandas populares, excluindo as maiorias nacionais: os camponeses e os indígenas.

Para a elaboração da Nova Lei de Educação da Bolívia, foi criada uma comissão nacional, que, em conjunto com o então Ministerio de Educación y Culturas, atual Ministerio de Educación, convocou, em julho de 2006, o Congreso Nacional de la Educación para construir consensualmente, com a participação de todas as organizações sociais e institucionais vinculadas à área, uma nova lei educativa comunitária.

As bases da nova lei estabelecem, entre outros princípios, que a educação é universal, por atender a todos os habitantes do Estado plurinacional; única, pela qualidade do ensino e pelo conteúdo curricular básico; e diversa, pela sua aplicação e pertinência em cada contexto geográfico, social, cultural e linguístico.

Por causa da diversidade linguística existente na Bolívia, a nova proposta de organização curricular está baseada no ensino de três línguas: a

língua originária como primeira língua e o espanhol como segunda (em comunidades monolíngues com predomínio da língua originária) ou o espanhol como primeira língua e a língua originária como segunda (em comunidades monolíngues com predomínio da língua espanhola), além do ensino de uma língua estrangeira.

A nova lei está baseada na promoção da inter-relação e da convivência entre as diversas culturas existentes, pelo desenvolvimento de ações intraculturais<sup>49</sup> e interculturais.<sup>50</sup>

O sistema de educação plurinacional compreende o subsistema de educação regular, o subsistema de educação alternativa e especial, e o subsistema de educação superior de formação profissional.

O subsistema de educação regular é gratuito, obrigatório em todo o seu percurso e abrange a formação do indivíduo até o término do *bachillerato*. Compreende a educação em família comunitária, a educação comunitária vocacional e a educação comunitária produtiva (secundária). A educação em família comunitária abarca as crianças de 0 a 5 anos de idade e compreende duas etapas: a educação em família (0 a 3 anos) e a educação em família comunitária (4 a 5 anos).

A educação comunitária vocacional tem oito anos de duração e se divide entre educação comunitária básica vocacional (com cinco anos) e avançada vocacional (com três anos). Na etapa avançada vocacional, são trabalhados conhecimentos para a identificação de vocações nos estudantes, de forma a ajudá-los no direcionamento para o desenvolvimento de uma carreira, seja para o seu aprofundamento nos estudos superiores, ou para a incorporação nas atividades socioprodutivas.

A educação comunitária produtiva, com quatro anos de duração, tem caráter científico e técnico-tecnológico, e se divide em quatro áreas do conhecimento, segundo a escolha do aluno: ciências produtivas tecnológicas, ciências da saúde, ciências artísticas, físicas e desportivas, e

---

<sup>49</sup> A intraculturalidade é entendida como a incorporação no currículo dos saberes e conhecimentos dos povos indígenas originários, expressos na cosmovisão, ciências sociais e naturais, tecnologia, música, dança, arte, astronomia, medicina etc.

<sup>50</sup> A interculturalidade significa a promoção de práticas de interação entre diferentes povos e culturas, desenvolvendo atitudes de valoração, convivência e diálogo entre distintas visões de mundo.

científico humanístico. Na área da saúde especificamente, o educando estudará conhecimentos do campo da nutrição, da medicina natural e tradicional, e de primeiros socorros. Ao término dos estudos no nível da educação comunitária produtiva, o estudante receberá o título de *bachiller* de caráter científico-técnico. Apesar de estar especificado no artigo 15, sobre o perfil do *bachiller* que o discente adquirirá conhecimentos e habilidades técnicas nas áreas produtivas específicas, e que terá conhecimento para o manejo das tecnologias tradicionais e modernas, não está especificado que o estudante com *bachillerato* na área de ciências da saúde pode se inserir profissionalmente no sistema de saúde.

O subsistema de educação alternativa e especial destina-se a prover as necessidades de aprendizagem das pessoas que, por diferentes motivos, não puderam frequentar o subsistema de educação regular. A educação permanente é um nível do subsistema de educação alternativa especial, sendo concebida como um processo educativo contínuo destinado a satisfazer às necessidades de aprendizagem de pessoas, famílias e comunidades, por meio de modalidades flexíveis e práticas com reconhecimento de habilidades prévias.

O subsistema de educação superior de formação profissional tem como função promover a investigação científica, compreendendo a formação técnica superior, de docentes, militar, policial e universitária.

No que tange à educação superior na área da saúde, o Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación (Cnidai) reúne quatro comissões, cujos objetivos são: definir a necessidade de recursos humanos, o perfil e as características de formação, a maneira de vinculação aos serviços de saúde, os mecanismos de seleção dos estudantes e as linhas de investigação em saúde. As quatro comissões estão organizadas segundo as seguintes áreas: graduação, pós-graduação, pesquisa e administrativa e de regulamentos.

### 3.4.2 Organização do sistema de saúde da Bolívia

O sistema de saúde da Bolívia está conformado pelos setores público, de seguridade social, privados lucrativo e não lucrativo, da Igreja e de

medicina tradicional. A fragmentação (sobretudo dos setores público e de seguridade social) e a segmentação constituem um dos problemas mais delicados do sistema, e reproduzem profundas desigualdades no acesso ao sistema de saúde, em geral, e aos serviços, em particular. Conforme já mencionado, 30% da população da Bolívia está coberta por serviços do Ministerio de Salud y Deportes (público), 27% pelo sistema de seguridade social, 10% pelo subsetor privado e, aproximadamente, 30% da população não têm acesso a nenhum tipo de serviço de saúde, exceto a prática da medicina tradicional.

O subsetor da seguridade social atende aos trabalhadores assalariados e organizados. Está estruturado por meio de nove entes gestores, sendo fiscalizado pelo Instituto Nacional de Seguros de Salud (Inases). Esse subsetor é financiado pelo pagamento de uma taxa equivalente a 10% dos salários, a cargo exclusivamente do empregador.

Do subsetor privado, fazem parte as companhias de seguro, as companhias de medicina pré-paga e as organizações não governamentais (ONGs).

O Ministerio de Salud y Deportes é responsável pelo setor de saúde, tanto pública quanto privada, coordenando as ações de caráter intersetorial com outros ministérios, bem como com associações profissionais, organizações não governamentais e organismos de cooperação multilateral.

O Plan de Desarrollo del Sector Salud 2006-2010, lançado em 2006, constitui um marco na história da saúde pública na Bolívia, pois representa o ponto inicial de mudança do sistema de saúde vigente até então. Esse plano setorial da saúde foi elaborado levando-se em conta a normativa legal vigente e os delineamentos da política socioeconômica do Plan Nacional de Desarrollo do país.

O objetivo do Plan Nacional de Desarrollo é eliminar a exclusão social na área da saúde, por meio da implementação do Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud, pautado pelo princípio da participação social na tomada de decisões em todos os níveis da gestão de saúde e da atenção à saúde como um direito fundamental garantido pelo Estado. Para isso, foi criado o Viceministerio de Medicina Tradicional e

Interculturalidad, cujo objetivo é facilitar o acesso aos programas e projetos de saúde dos povos indígenas originários, camponeses e afro-bolivianos, além de contribuir para a organização de uma rede de atenção equitativa, com enfoque intercultural.

A nova forma de “fazer saúde” está fundamentada nas equipes de saúde, nas comunidades e em suas organizações, as quais implementam a gestão compartilhada de saúde e a atenção à saúde nos domicílios, comunidades e estabelecimentos, conformando o programa Salud Familiar Comunitaria Intercultural (Safci). A Safci tem como princípios a participação social, a interculturalidade, a integralidade e a intersectorialidade, e será implementada em todos os estabelecimentos de saúde, sendo a atenção primária (concebida como porta de entrada do sistema) seu principal foco de desenvolvimento (Bolívia, Ministerio de Salud y Deportes, 2010).

A atenção à saúde se estrutura em redes de serviços de saúde configuradas em diferentes níveis de complexidade. O primeiro nível é constituído pelos postos de saúde<sup>51</sup> (1.519 estabelecimentos) e centros de saúde (1.441 estabelecimentos), que oferecem serviços de promoção, prevenção, tratamento e “internação transitória” nas unidades que possuem leitos. É considerado o ponto de partida para a articulação e a complementaridade entre a medicina tradicional (médicos tradicionais e parteiras) e os serviços da medicina clínica acadêmica. Nesse nível, a equipe de saúde desenvolve suas ações tanto na unidade quanto na comunidade. O posto de saúde abarca um território, denominado setor saúde, de no máximo 2 mil pessoas, enquanto o centro de saúde se constitui como um serviço para localidades que possuem de 2 mil a 5 mil pessoas, denominadas áreas de saúde.

O segundo nível de complexidade está representado pelo hospital básico, que oferece atenção ambulatorial de maior complexidade e internação nas especialidades de medicina interna, pediatria, ginecologia-obstetrícia, cirurgia, traumatologia, anestesiologia e apoio diagnóstico e terapêutico. Pode referenciar para um nível de maior complexidade ou

---

<sup>51</sup> Segundo um dos informantes da pesquisa, a maioria dos postos de saúde só conta com auxiliares de enfermagem. O atual governo pretende priorizar a constituição de uma equipe mínima no primeiro nível de atenção, composta por um graduado em enfermagem, um médico, um auxiliar de enfermagem e, possivelmente, um funcionário administrativo ou estatístico.

contrarreferenciar para as unidades da rede básica. Atualmente, existem 213 estabelecimentos nesse nível de atenção. A região em que se localiza um hospital básico é denominada distrito, e esse pode abarcar uma região dentro de um município, ou um município inteiro, ou, mesmo, mais de um município. O distrito é o responsável pelo funcionamento da rede de serviços de saúde, implementando ações de supervisão, de vigilância de saúde pública e de capacitação.

O terceiro nível é constituído pelos hospitais gerais (35 unidades) e institutos e hospitais de especialidades (26 unidades), que perfazem um total de 61 unidades.

O sistema de saúde possui quatro âmbitos de gestão: nacional, que corresponde ao Ministerio de Salud y Deportes; departamental, que corresponde ao Servicio Departamental de Salud (Sedes); municipal, representado pelo Directorio Local de Salud (Dilos);<sup>52</sup> e o nível operativo, conformado pelas redes. As redes de serviços de saúde estão organizadas em redes municipais, conformadas por um ou vários estabelecimentos de nível primário e por um estabelecimento de nível secundário, e pela rede departamental, constituída pelas redes municipais e pelos estabelecimentos de nível terciário. No sistema, a gestão compartilhada possui duas estruturas: a social e a estatal da área de saúde, que contam com diferentes espaços de deliberação, organizados por níveis.

Os institutos nacionais de investigação e normatização têm a responsabilidade de contribuir para a melhoria na atenção do sistema de saúde como um todo, mediante o desenvolvimento de pesquisas, formação de recursos humanos, produção de insumos e vacinas, além do controle de qualidade.

### 3.4.3 Formação dos trabalhadores técnicos em saúde na Bolívia

A formação técnica superior e artística tem caráter teórico-prático e está orientada para a formação profissional de nível técnico. Dentre seus

---

<sup>52</sup> Segundo a lei n° 2.426, de 21 de novembro de 2002, o Dilos é a autoridade máxima na gestão de saúde no âmbito municipal.

objetivos, destacam-se: realizar a formação para o mundo do trabalho, com a finalidade de responder às necessidades e características produtivas e culturais da região; recuperar, desenvolver, difundir e proteger as técnicas, tecnologias, artes e conhecimentos dos povos indígenas originários e dos afro-bolivianos; e sistematizar, reconhecer e certificar os saberes e conhecimentos ancestrais e adquiridos na vida cotidiana. Possui dez âmbitos, entre os quais se inserem a saúde e o desenvolvimento social comunitário; e dois níveis: técnico médio e técnico superior.

O Ministerio de Educación (2004) afirma que os institutos técnicos superiores apresentam deficiências quanto à produção e à coleta de informações estatísticas – por exemplo, no quantitativo de alunos matriculados e no número de docentes e de pessoal administrativo que trabalha nesses locais. Tal dificuldade se torna mais evidente quando se analisam as informações prestadas pelos institutos privados – dos 701 institutos existentes na Bolívia em 1998 e 1999, apenas 52 eram públicos ou mistos.

Os artigos 68 e 69 da Nova Lei de Educação (Bolívia, Ministerio de Educación, 2006) estabelecem que a unidade e a universalidade dos currículos da formação superior, que engloba desde o nível técnico até a graduação e a pós-graduação, se dará pelo Consejo Académico Nacional de Educación Superior (Canes),<sup>53</sup> de forma a se garantir a possibilidade de trânsito dos estudantes da formação técnica, tecnológica e artística, realizada nos institutos superiores públicos, para as correspondentes carreiras de graduação nas universidades públicas. A lei estabelece que esse processo poderá ser realizado de forma similar nas instituições privadas.

Vale ressaltar que, pelo fato de ser uma legislação ainda não implementada na sua totalidade, é necessária a elaboração de normas e regulamentos mais específicos que explicitem a carga horária mínima de cada nível (médio e superior), a forma de inserção dos egressos nos espaços de saúde, os mecanismos de regulação profissional, os critérios de trânsito para a formação universitária e demais assuntos de interesse para a categoria.

---

<sup>53</sup> O Canes, instância de coordenação e fiscalização permanente das instituições de ensino superior, é formado por representantes do Ministerio de Educación, das universidades públicas e privadas, da universidade militar, da universidade policial e dos institutos técnico e tecnológicos, públicos e privados.

No que diz respeito à formação de técnicos em saúde, existem duas instituições públicas de formação de técnicos médios no país: a Escuela Nacional de Salud Pública (antiga Escuela de Salud Pública de La Paz), em La Paz, e a Escuela Técnica de Salud Boliviano Japonesa de Cooperación Andina (ETSBJCA), localizada em Cochabamba. Essas escolas, além de formarem os trabalhadores visando às necessidades do sistema público de saúde, têm a função de regular a formação dos institutos privados. Essa regulação tem como parâmetro os planos de curso das referidas escolas públicas, que são elaborados em conjunto com o Ministerio de Salud. A escola de Cochabamba supervisiona as 23 instituições de ensino na área de saúde localizadas em Santa Cruz, Beni, Tarija e Cochabamba. A Escuela Nacional de Salud Pública supervisiona as 18 instituições existentes em Oruro, Potosí, Chuquisaca e Pando. A regulação da formação dos técnicos médios é realizada pelo Ministerio de Salud, por intermédio das duas escolas citadas, após autorização de funcionamento concedida pelo Ministerio de Educación às instituições privadas de formação de técnicos.

A Escuela Nacional de Salud Pública foi fundada em 1962, com o objetivo de responder às demandas de formação do Ministerio de Salud. Inicialmente, a escola formava auxiliares de enfermagem em um curso de 600 horas, na perspectiva de profissionalizar os práticos que trabalhavam no sistema de saúde. Posteriormente, passou a formar técnicos em radiologia, auxiliares ou assistentes dentais, técnicos em saúde ambiental e técnicos em estatística. Desde sua fundação, já formou 4.846 trabalhadores da saúde, mediante cursos de auxiliar de enfermagem, técnico de raios X, técnico de estatística, auxiliar de odontologia, técnico de saneamento e técnico de saúde ambiental (Canquí e Choque, 2009).

Com a lei da reforma educativa, a formação dos auxiliares e técnicos na Bolívia passou a estar subordinada ao Ministerio de Educación, e não mais ao Ministerio de Salud, como era até então. Com isso, foram abertos, sem um controle mais rigoroso por parte do Ministerio de Educación, vários institutos superiores privados, que formaram muitos profissionais em áreas que o sistema de saúde não absorveu. Para Canquí e Choque (2009), antes da reforma educativa, o Ministerio de Salud trabalhava com a perspectiva de planificação da formação de trabalhadores com base na

necessidade do sistema de saúde público. Tal perspectiva se diluiu quando a formação de técnicos ficou subordinada ao Ministerio de Educación. Entretanto, atualmente existe uma forte articulação entre os dois ministérios no que diz respeito à formulação das políticas de formação de técnicos em saúde. Existem, na Bolívia, 120 institutos privados de formação, que já formaram 18 mil auxiliares de enfermagem.

A necessidade de melhorar a qualificação e a profissionalização dos auxiliares de enfermagem (na perspectiva de continuidade dos estudos para a formação técnica superior ou a graduação) é um dos desafios colocados para o país, pois existem somente 2.662 enfermeiros e 6 mil auxiliares de enfermagem no sistema de saúde público. A escolaridade mínima para ingresso em um curso de formação de auxiliares é o ensino secundário completo, e a carga horária é de 1.800 horas, incluindo o estágio.<sup>54</sup>

A Escuela Nacional de Salud Pública está em processo de descentralização das suas atividades, com a perspectiva de formar, na área urbana, auxiliares de enfermagem, técnicos de estatística e técnicos em saúde ambiental. Na área rural, a prioridade é a formação de auxiliares de enfermagem e de nutrição, técnicos em estatística e técnicos de laboratório. Com a regionalização da formação, pretende-se habilitar os trabalhadores nas comunidades e localidades em que têm moradia, evitando-se, assim, que ocorra uma migração dessas pessoas para as áreas urbanas, atrás de melhores condições de formação e emprego.

A formação de trabalhadores para a área rural é uma das prioridades da escola, haja vista a exclusão dessa população do sistema de saúde e a necessidade de se ampliar a cobertura do sistema para essas localidades. Nesse sentido, toda a formação está orientada para estratégias de promoção da saúde e para o modelo de atenção primária à saúde; além disso, todos os cursos pressupõem o ensino do idioma aimará. A escola tem convênio com as províncias e as organizações sociais das áreas rurais para receber estudantes oriundos dessas localidades, com o que se garante o seu

---

<sup>54</sup> Segundo representantes do Ministerio de Salud y Deportes da Bolívia entrevistados para a pesquisa, a formação técnica média possui carga horária aproximada de 2.400 horas, e a formação técnica superior (oferecida somente nas universidades), de 2.600 horas. No que diz respeito à área da enfermagem, atualmente não existe formação de técnicos médios ou superiores, somente a formação de auxiliares e graduados (licenciados).

retorno e a sua inserção nas instituições de saúde rurais após concluída a formação. Por meio desse convênio, os educandos recebem uma bolsa paga pela escola. A formação baseada na interculturalidade é um dos eixos estruturantes do processo formativo.

A Escuela Técnica de Salud Boliviano Japonesa de Cooperación Andina, instituição vinculada ao Ministerio de Salud y Deportes, tem sede na cidade de Cochabamba, e sua missão, entre outras, é a formação de trabalhadores de nível técnico médio e auxiliar. Com recursos da cooperação japonesa, foi criada em 1981, nos marcos do Convênio Hipólito Unánue, por meio do qual os ministros da Saúde dos países andinos defenderam a realização de ações de formação de trabalhadores de nível técnico e auxiliar para suprir as necessidades dos sistemas de saúde de cada país em particular. Em 1982, iniciou-se a formação de técnicos médios na escola, com os seguintes cursos: técnico de saúde rural, técnico de enfermagem e técnico médio em saneamento ambiental, além dos cursos de técnicos polivalentes: técnico médio de laboratório clínico e técnico de raios X.

Naquele momento, a formação de técnico em saúde rural tinha duração de três anos e estava voltada para as necessidades de saúde das áreas rurais mais longínquas. No entanto, problemas no orçamento do Ministerio de Salud y Deportes impediram a incorporação desse profissional ao sistema de saúde e a continuidade da formação técnica em saúde rural. A formação na área de enfermagem também foi paralisada por problemas de orçamento e por entraves com o conselho de enfermagem do país. A formação dos técnicos polivalentes, por causa da complexidade do seu trabalho e da demanda de formação, foi dividida em dois cursos: técnico médio de laboratório clínico e técnico médio em raios X. Em 1985, a ETSBJCA iniciou a formação de técnicos médios em estatísticas de saúde.

No período de 1984 a 2008, foram formados 6.100 estudantes nos seguintes cursos de técnicos médios: enfermagem, laboratório clínico, raios X, meio ambiente, saúde rural e estatística. Além desses, a ETSBJCA ofereceu os cursos de auxiliares em enfermagem, estatística, laboratório e raios X, nutrição e educação em saúde (Cardona e Saavedra, 2009).

Atualmente, a Escuela Técnica de Salud Boliviano Japonesa forma técnicos médios em saneamento ambiental, estatísticas em saúde, raios X

e laboratório clínico, em cursos com carga horária de 2.400 horas e com requisito mínimo de admissão o *bachillerato*. Prioriza a formação de estudantes advindos das instituições públicas, sobretudo das regiões do país mais deprimidas economicamente – em especial, Ayopaya, Tapacarí, Arque, Mizque e Bolívar.<sup>55</sup> A escola também oferece formação pedagógica aos docentes responsáveis pela área de enfermagem dos centros de capacitação subordinados.

A formação técnica, segundo a ETSBJCA, precisa estar pautada pelas necessidades do sistema de saúde nacional, principalmente em um momento em que ocorrem importantes mudanças na estruturação e na organização da saúde pública pela implantação da Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Nesse sentido, alguns desafios estão sendo encarados pela instituição, como a elaboração de um projeto que permita reestruturar o percurso formativo do discente desde o nível médio até o nível superior; a qualificação e a certificação dos práticos inseridos nos serviços de saúde da esfera pública, privada ou da seguridade social; e o acompanhamento do desempenho dos egressos mediante um sistema integrado do qual participam instituições do Ministerio de Salud, organismos da seguridade social, entre outros.

#### 3.4.4 Força de trabalho em saúde na Bolívia

A gestão dos recursos humanos e as condições de emprego na Bolívia são pontos conflitivos do sistema de saúde, por causa da falta de estudos que demonstrem com fidedignidade os indicadores de emprego, subemprego e multiemprego, assim como a disponibilidade, distribuição e fluxo da força de trabalho (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

Em 2002, de um total de 45.189 trabalhadores da saúde, 35,22% estavam empregados no setor público; 34,86%, no setor privado, 27,55%, na seguridade social; e 2,37% nas ONGs. Do total da força de trabalho, 24,13% eram médicos; 10,51%, enfermeiros; 10,56%, técnicos; 22,23%, auxiliares de enfermagem; e 25,25%, da área administrativa. Há maior concentração de profissionais médicos (43,7%) e de enfermeiros (49,9%) no nível de atenção

<sup>55</sup> A ETSBJCA oferece cinco bolsas de estudo para cada um desses municípios, mas o estudante bolsista tem de se comprometer, após o término do curso, a retornar para sua cidade natal.

terciário, quando comparado com o nível primário de atenção, que conta com 37,6% dos médicos e 26% dos enfermeiros. Inversamente, no caso dos auxiliares de enfermagem, a maior concentração ocorre no nível primário (56,1%) em comparação com o nível terciário (30%).

De acordo com os dados de 2005, a disponibilidade de profissionais por 10 mil habitantes é de 7,6 médicos; 3,2 enfermeiros; 1,2 dentistas; e 7,6 auxiliares de enfermagem. Observa-se que existe disponibilidade maior de médicos e enfermeiros nos municípios que possuem IDHs mais altos; por conseguinte, a quantidade de auxiliares de enfermagem é maior nos municípios que possuem índices menores de IDH.

O reconhecimento do exercício dos profissionais de saúde é de responsabilidade do Ministerio de Salud y de los Deportes a partir da matrícula profissional, válida em todo o território nacional, emitida, no caso dos profissionais de nível superior, pelos conselhos profissionais. Não existem, entretanto, mecanismos para certificar a capacidade técnica desses trabalhadores.

São diversas as organizações gremiais na saúde: sindicato dos trabalhadores em saúde (público e seguridade social), sindicato dos profissionais de saúde (público e seguros sociais) e conselhos profissionais. Os conselhos regulam o trabalho dos diplomados apenas nas áreas de medicina, enfermagem, odontologia, bioquímica, farmácia, serviço social e nutrição.

## **3.5 Paraguai**

### **3.5.1 Organização do sistema educativo do Paraguai**

Como destacado anteriormente, a lei nº 1.264 (Paraguai, 1998b) regula o sistema educativo no país, constituído pela educação de caráter geral, pela educação de caráter especial e por outras modalidades. A educação de caráter geral é dividida em educação formal, não formal e reflexa. A educação formal é aquela que se desenvolve nos estabelecimentos educativos, com uma sequência regular de ciclos letivos e sujeita a orientações curriculares que conduzem o estudante à obtenção de graus e títulos. A não formal é a que tem por objetivo complementar ou suprir conhecimentos,

atualizando e formando o educando sem as exigências formais da educação escolarizada, não estando sujeita ao sistema de níveis, ciclos e graus estabelecidos pelo sistema educativo nacional. A educação reflexa é toda aquela que educa de forma livre e espontânea, como os meios de comunicação, as tradições, os costumes, os ambientes sociais, entre outros. Para efeitos deste texto, será abordada somente a educação formal.

A educação formal está estruturada em três níveis. O primeiro nível está dividido em educação inicial e educação escolar básica. A educação inicial compreende dois ciclos: o primeiro até os 3 anos de idade e o segundo, dos 4 aos 5 anos de idade. A educação escolar básica, gratuita, inicia-se aos 5 anos, é obrigatória e compreende nove anos de escolaridade, divididos em três ciclos de três anos. O término desse nível habilita o educando ao ingresso na educação média.

A educação média tem duração de três anos e é oferecida na modalidade científica (*bachillerato* científico) e técnica (*bachillerato* técnico). A organização curricular compreende matérias comuns, matérias específicas a cada modalidade de *bachillerato* e matérias optativas. As matérias comuns contribuem para a formação geral do educando, as matérias específicas e as optativas proporcionam uma formação mais especializada, preparando o educando para uma atividade profissional ou para o prosseguimento de estudos no nível superior. Após o término do *bachillerato*, o estudante recebe o título de *bachiller*, que o habilita para o prosseguimento de estudos na educação superior (formação profissional superior ou universitária).

No sistema educativo, a formação profissional média é responsável pela profissionalização em áreas relacionadas à produção de bens e aos serviços. Configura-se como requisito mínimo para ingresso nesse nível, a conclusão dos nove anos de educação escolar básica ou a aprovação em uma prova regulamentada pelo Ministerio de Educación y Cultura. Nesse caso específico, o estudante deverá ter no mínimo 17 anos de idade. O discente que conclui a formação profissional média pode ascender para a educação profissional superior, desde que realize as provas de avaliação de aprendizado. O educando que completa esse ciclo recebe um título de especialista.

A educação superior é realizada em universidades, institutos superiores, institutos técnicos superiores e instituições de formação profissional de terceiro nível. As universidades possuem múltiplas áreas específicas de conhecimento; elas são criadas por lei, possuem autonomia e estabelecem seus próprios estatutos, formas de gestão e planos de estudo de acordo com a política educativa e os planos de desenvolvimento nacional.

Os institutos superiores desenvolvem suas atividades de ensino, pesquisa e formação profissional em áreas específicas de conhecimento. Também são criados por lei, mas há questionamentos quanto à sua autonomia.<sup>56</sup> Assim, os institutos técnicos superiores são criados por resolução, não são autônomos, e são regulamentados pelo Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) e pelo Ministerio de Educación y Cultura, mediante convênio de cooperação interinstitucional assinado em setembro de 2004. As instituições de formação profissional de terceiro nível oferecem formação profissional e educação permanente em diferentes áreas do conhecimento técnico e prático, habilitando o estudante ao exercício de uma profissão. Para obter reconhecimento oficial, essas instituições devem ter licença de funcionamento concedida pelo Ministerio de Educación y Cultura; instituições que oferecem formação em áreas da saúde também devem ser reconhecidas pelo MSPyBS. Segundo Valenzuela (2009), o título de técnico superior habilita para o exercício profissional, mas o aproveitamento de estudos para prosseguimento da formação nas universidades ou institutos superiores, de acordo com a área específica de formação, apesar de estipulado em lei, não ocorre na realidade.

O Ministerio de Educación y Cultura tem sob a sua subordinação a Dirección General de Educación Superior, que, por intermédio da Dirección de Institutos Técnicos Superiores, organiza a educação técnica superior. O ministério faz o delineamento geral dos currículos e define a estrutura mínima exigida pelo currículo comum de âmbito nacional. Na elaboração dos planos e programas, o Ministerio de Educación y Cultura pode consultar os governos departamentais e as instituições de ensino público

---

<sup>56</sup> Segundo Valenzuela (2009), atualmente os institutos superiores também oferecem formação técnica superior, e não está claro, na legislação, se essa formação está sob a regulamentação do Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, pelo fato de gozarem da mesma autonomia das universidades. Atualmente, está em processo de discussão a elaboração de uma lei específica para a educação superior.

e privado, levando-se em conta a descentralização, a pertinência curricular e os direitos das comunidades educativas. Também são de responsabilidade do Ministerio de Educación y Cultura o reconhecimento, a homologação e a validação dos títulos obtidos no país ou em outros países.

### **3.5.2 Organização do sistema de saúde do Paraguai**

O sistema de saúde do Paraguai está regulado pela lei nº 1.032 (Paraguai, 1996), que estabelece, em seu artigo 4º, a forma de operação do sistema, por meio da oferta de serviços de saúde dos subsetores público, privado ou misto, dos seguros de saúde e das universidades. A coordenação do sistema está a cargo do MSPyBS, que é responsável pela formulação da política nacional, elaboração de normas técnicas, financiamento e cooperação técnica.

A referida lei estabelece que o Sistema Nacional de Salud tem a função de coordenar, cooperar e complementar os subsetores, por meio do Consejo Nacional de Salud, dos conselhos locais e departamentais, do Fondo Nacional de Salud e da Superintendencia de Salud.

O subsetor público é constituído pelo MSPyBS, pela Universidad Nacional de Asunción, pelos serviços de saúde militar, policial, dos municípios e dos governos, por entidades autônomas e empresas estatais descentralizadas, como o Instituto de Previsión Social, a Itaipu Binacional e a Represa Hidroeléctrica de Yacyretá.

O MSPyBS é responsável pela atenção à saúde em 18 regiões sanitárias, cujas áreas geográficas acompanham a divisão política do país. O sistema regionalizado de serviços tem quatro níveis de atenção. O primeiro nível é formado por ambulatórios e postos de saúde, que realizam ações de promoção e proteção da saúde, podendo realizar partos de baixo risco com pessoal auxiliar. Os ambulatórios são responsáveis pela assistência de no máximo mil habitantes; os postos de saúde abarcam até 5 mil pessoas.

O segundo nível é composto pelos centros de saúde que realizam atenção ambulatorial, internação e apoio diagnóstico de baixa complexidade, atendendo a uma população de 6 a 15 mil habitantes.

O terceiro nível é conformado pelos hospitais distritais e regionais, que prestam atenção ambulatorial em quatro especialidades, internação e apoio diagnóstico de média (hospitais regionais) e baixa complexidades (hospitais distritais). Os hospitais regionais são responsáveis por populações de mais de 120 mil habitantes; os distritais, por áreas metropolitanas e áreas de 15 mil a 40 mil habitantes.

O quarto nível é composto pelos hospitais especializados e gerais, que oferecem atenção especializada e apoio diagnóstico de alta complexidade, tornando-se referência para o país.

O financiamento do MSPyBS provém do orçamento geral da nação, de fundos especiais, do copagamento (cobrança de taxas aos usuários),<sup>57</sup> e da cooperação internacional. Em 2007, de acordo com o censo da rede de serviços de saúde, o MSPyBS dispunha de 984 estabelecimentos, sendo 730 postos de saúde, 117 centros de saúde, 1 posto em assentamento indígena, 21 postos em assentamentos camponeses e 58 ambulatórios. No que diz respeito à atenção hospitalar, a rede conta com 2 hospitais gerais (Assunção e Departamento Central); 8 hospitais especializados (seis em Assunção e dois no Departamento Central); 7 hospitais materno-infantis (3 em Assunção); 17 hospitais regionais, 18 hospitais distritais e 7 centros especializados, com um total de 3.383 leitos em funcionamento.

Os programas de seguridade social no Paraguai são de desenvolvimento recente, e a maior parte do sistema de seguridade é administrada pelo Instituto de Previsión Social.<sup>58</sup> Criado em 1943, o instituto cobre os riscos de enfermidade, invalidez, velhice e morte dos trabalhadores assalariados, podendo comprar serviços do setor privado, caso não ofereça os mesmos na sua rede. O financiamento provém de descontos nos salários dos trabalhadores: o empregador desconta 14%, o trabalhador, 9% e o Estado, 1,5%. Existe um programa não contributivo que assegura assistência aos ex-combatentes da Guerra do Chaco e a seus familiares, aos

<sup>57</sup> Em 2004, uma resolução ministerial estabeleceu a gratuidade no atendimento público às gestantes e menores de 5 anos.

<sup>58</sup> Existem outros institutos de previdência privada, como a Caja Fiscal – que engloba a polícia e os militares –, e as caixas ferroviária, bancária, parlamentar, entre outras.

funcionários do magistério público e privado, às empregadas domésticas de Assunção e aos trabalhadores de autarquias. Conta com 93 serviços, organizados em três níveis de atenção, com oito níveis de complexidade. No nível primário, existem 48 postos de saúde, 5 clínicas periféricas e 25 unidades sanitárias. O nível secundário está conformado por 10 hospitais regionais e 2 unidades sanitárias de maior complexidade. O nível terciário está representado pelo Hospital Central e pelo Centro de Medicina Física y Rehabilitación, e dispõe de 1.195 leitos (Organización Panamericana de la Salud, 2002).

O serviço de saúde das Forças Armadas atende ao pessoal militar (ativo e aposentado) e a seus familiares, e à população civil em regiões onde não existam unidades de saúde. O serviço de saúde Policial atende a funcionários, ex-funcionários, familiares e presidiários. Os dois setores são responsáveis pelo atendimento de menos de 1% da população. A Universidad Nacional de Asunción presta serviços assistenciais, parcialmente gratuitos, no Hospital de Clínicas (450 leitos) e no Hospital Psiquiátrico.

Dos entes autônomos e empresas estatais descentralizadas, a Itaipu Binacional e a Represa Hidroeléctrica Yacyretá prestam assistência à saúde e oferecem seguro médico adicional a funcionários, ex-funcionários e familiares.

O subsetor privado sem fins lucrativos está conformado por organizações não governamentais e universidades privadas (hospitais). Aproximadamente 30 ONGs em todo o país prestam atenção médica à população mais carente.

O subsetor privado lucrativo é composto por hospitais, *sanatorios*,<sup>59</sup> clínicas, consultórios privados, laboratórios de produção de medicamentos, farmácias e demais serviços de saúde privados. Existem 57 empresas de medicina pré-paga que prestam assistência em clínicas e hospitais localizados, principalmente, em Assunção e no Departamento Central. Esse setor conta com 16 bancos de sangue e hemoterapia, além de um serviço de ajuda mútua hospitalar que atende aos indígenas na região do

<sup>59</sup> O decreto n° 16.649 estabelece as definições dos diferentes tipos de instituições de saúde, definindo sanatório como uma instituição médica destinada à assistência e cura de doentes por meio de um tratamento higiênico, farmacológico e cirúrgico; possui, no máximo, 30 leitos.

Chaco, mediante seguro financiado por trabalhadores (5% do salário) e patrões (10%).

O subsetor misto está conformado pela Cruz Vermelha paraguaia, que conta com um hospital com 125 leitos para a atenção materna.

O decreto nº 19.966/1998 (Paraguai, 1998a) regulamentou o processo de descentralização no Paraguai, estabelecendo “acordos de descentralização” entre o Ministerio de Salud e as instituições que fazem parte da rede de serviços. Entretanto, o país ainda não conseguiu implementar jurídica, administrativa e financeiramente ações que estabeleçam a descentralização (Organización Panamericana de la Salud, 2008), e, além da concentração de estabelecimentos de saúde na capital e nas principais cidades, existe falta de articulação e a superposição de ações dos diferentes subsetores que conformam o sistema de saúde paraguaio.

### **3.5.3 Formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Paraguai**

Segundo a lei nº 836 (Paraguai, 1980), de 15 de dezembro de 1980, conhecida como Lei do Código Sanitário, para o exercício das profissões de técnicos e auxiliares da saúde é necessário o registro do certificado expedido pela instituição competente, reconhecida pelo Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social como formadora de recursos humanos da saúde (artigo 217). Assim, o MSPyBS tem a função de registro dos certificados profissionais e também de reconhecimento das instituições formadoras. Cabe ressaltar que os casos de má prática ou exercício ilegal da profissão são julgados pela justiça comum.

Para o cumprimento pelo MSPyBS do reconhecimento das instituições de formação de técnicos, foi criado, por meio da resolução S.G. nº 41, de 10 de agosto de 1994, o Instituto Nacional de Salud. Subordinado ao MSPyBS, o Instituto Nacional de Salud tem alcance nacional, e seu objetivo é o de “promover e desenvolver a formação e atualização dos recursos humanos para a saúde, a investigação científica, e melhorar a capacidade operativa dos serviços e a qualidade da atenção sanitária” (Valenzuela, 2009, p. 116), além de fortalecer o papel de dirigente do ministério no que diz respeito à formação em saúde. Em 2000, o Instituto Nacional de Salud

foi reconhecido pelo Ministerio de Educación y Cultura como instituição de formação profissional de terceiro nível, adquirindo autorização para a implementação de cursos técnicos superiores na área de saúde. Considerada instituição estratégica do MSPyBS, foi reconhecido, em 2004, como instituto superior de formação de recursos humanos e investigação na área da saúde, com habilitação para a execução de programas de pós-graduação com a expedição de títulos de mestrado em saúde pública.

A educação de técnicos estava subordinada, inicialmente, dentro da estrutura do Ministerio de Educación y Cultura, ao Departamento de Enseñanza Técnica y Formación Profesional, sendo a habilitação dos institutos técnicos superiores realizada pelo Ministerio de Educación y Cultura e pelo MSPyBS, porém sem articulação ou vinculação entre esses ministérios. Tal situação gerava uma série de conflitos, pois os egressos das instituições habilitadas pelo MSPyBS não recebiam autorização do Ministerio de Educación y Cultura para prosseguir seus estudos ou trabalhar em outro país, da mesma forma que os egressos das instituições habilitadas pelo Ministerio de Educación y Cultura tinham dificuldades para obter seu registro profissional pelo fato de suas escolas não serem reconhecidas pelo MSPyBS.

Para resolver essa situação, em 22 de setembro de 2004 foi firmado um convênio de cooperação interinstitucional entre os dois ministérios, estabelecendo-se os procedimentos comuns para a abertura, habilitação, supervisão e certificação das instituições educativas que oferecem formações de técnicos e auxiliares da área da saúde (institutos técnicos superiores e institutos de formação profissional). Mediante esse convênio, inicia-se o processo de reconhecimento dos títulos pelo Ministerio de Educación y Cultura, através da Dirección General de Educación Superior,<sup>60</sup> em conjunto com o Instituto Nacional de Salud. Atualmente, o egresso de um curso técnico superior deve obter o registro e a certificação no Ministerio de Educación y Cultura e a habilitação profissional no MSPyBS.

nesse novo marco regulatório, funcionam, atualmente, 121 institutos técnicos superiores, em sua maioria do setor privado, sendo que, desses,

---

<sup>60</sup> De acordo com a resolução de abertura, funcionamento e encerramento das atividades dos institutos técnicos superiores (resolução n° 237, de 2 de junho de 2004).

27% estão localizados na capital, 24,3% no Departamento Central e 47,7% no interior do país.

Para que se ingresse na formação técnica superior é necessária a conclusão do nível médio, com *bachillerato* em qualquer das modalidades existentes (científica ou técnica). Uma das especificidades do exercício do trabalho do técnico superior é sua subordinação ao profissional de nível superior da área.

No período compreendido entre os anos de 2005 e 2007, foram formados no país 7.106 técnicos superiores nas áreas de enfermagem, obstetrícia, radiologia, laboratório clínico, farmácia, instrumentação cirúrgica, emergências médicas, prótese dental, hemoterapia e massagem terapêutica (Valenzuela, 2009).

A área da enfermagem é a que mais oferece cursos – e, conseqüentemente, a que mais forma alunos –, em resposta às necessidades do sistema de saúde e à alta taxa de migrações desses profissionais para outros países de língua espanhola. Os cursos de radiologia, laboratório clínico, instrumentação cirúrgica e prótese dental possuem maior concentração na capital que no interior, provavelmente pelo fato de a oferta de emprego para essas carreiras estar concentrada na capital, onde se localiza também o maior número de estabelecimentos de saúde que requerem profissionais dessas especialidades.

A carga horária mínima estabelecida para a formação técnica superior é de 2.500 horas, incluindo o período de prática profissional. Além da formação de técnicos, essas instituições oferecem outras modalidades de formação: especialização e capacitação/atualização. A especialização proporciona um aperfeiçoamento específico em uma carreira, com carga horária mínima de 400 horas, e confere o título de técnico superior especializado. A capacitação/atualização é um curso de curta duração, com carga horária mínima de 30 horas, sobre tema ou disciplina de determinada área, e confere um certificado de participação.

### 3.5.4 Força de trabalho em saúde no Paraguai

As regulamentações relacionadas à gestão da força de trabalho em saúde são fragmentadas e incompletas, sem a existência de um sistema de progressão na carreira. O MSPyBS é o principal empregador do pessoal da saúde, que se classifica, segundo a sua categoria, em médico ou administrativo e, segundo o seu vínculo de trabalho, em permanente<sup>61</sup> (56%) ou contratado<sup>62</sup> (44%) (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

Muitos estabelecimentos de saúde não possuem médicos com vínculo permanente. Isso leva à contratação por período (em 38% dos estabelecimentos, os médicos não possuem dedicação em tempo integral), fazendo que esses profissionais tenham vários empregos no setor e reduzindo sua disponibilidade para maior dedicação ao trabalho.

Segundo Gulino Canese (2009), a distribuição dos profissionais mais qualificados segue a lógica da concentração urbana hospitalar, sendo os postos e centros de saúde integrados, em sua maioria, por trabalhadores de nível auxiliar com baixa qualificação. Existe um percentual maior de profissionais médicos (32%)<sup>63</sup> e de auxiliares (47%) em relação à porcentagem de enfermeiros licenciados (12,2%) e de técnicos (5%). Aliado a isso, ocorre uma distribuição desigual no país, pois 43% do total dos profissionais (13.983) estão localizados em Assunção e no Departamento Central. Essa situação é particularmente preocupante nos centros e postos de saúde e nas unidades distantes dos centros urbanos, onde a quantidade de médicos é insuficiente e a atenção à saúde depende de pessoal pouco qualificado. Segundo o mesmo autor, a perspectiva que o Ministerio de Salud tem para os próximos anos é de aumento da qualificação dos auxiliares de enfermagem e obstetrícia, certificando-os como técnicos superiores.

A migração de enfermeiros e obstetras qualificados (técnicos e licenciados) para outros países de língua espanhola ajuda a piorar a situação,

---

<sup>61</sup> O vínculo permanente caracteriza-se pela nomeação por decreto ministerial, com estabilidade e seguridade laboral.

<sup>62</sup> O número de cargos contratados aumentou 32% no período de 2000 a 2004, com um percentual maior para o pessoal administrativo.

<sup>63</sup> A perspectiva para 2015 é de se alcançar a proporção de um médico para um enfermeiro no país e de 25 profissionais de saúde para cada 10 mil habitantes.

uma vez que o país investe na qualificação de seus quadros e não consegue criar mecanismos de fixação desses trabalhadores. Uma das saídas seria a melhoria das condições de trabalho e remuneração – haja vista que é uma preocupação para o Paraguai a livre circulação de trabalhadores no âmbito do Mercosul e suas consequências para os países que apresentam índices de desenvolvimento inferiores aos apresentados pelos outros países do bloco.

A razão de médicos do MSPyBS por 10 mil habitantes passou de 5,6% em 2002 para 6,3% em 2005, variando de 19,6% em Assunção a 1,2% em Caazapá. A razão de enfermeiros licenciados, em 2003, era de 2,2 por 10 mil habitantes e, em 2005, de 2,8 por 10 mil habitantes, variando de 7,2% em Assunção a 1% em Caazapá (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

Segundo Gulino Canese (2009), do total de 27.342 profissionais técnicos e auxiliares registrados, 65% dizem respeito aos auxiliares e, desses, 74%, ou 13.153, são da área de enfermagem, 615 são auxiliares de obstetrícia e 775 são auxiliares de enfermagem e obstetrícia. Do total de técnicos superiores registrados, 25% são da área de enfermagem, 13% são técnicos em obstetrícia e os 62% restantes dividem-se por várias áreas. Cabe ressaltar que, do total de registros efetuados até o momento, 66% são de egressos no período de 2001 a 2008; desses, 49% são técnicos superiores, cifra que representa 92,6% do total de técnicos superiores registrados. Tal fato aponta para uma tendência, a longo prazo, de reversão da atual situação, com aumento da formação técnica superior.<sup>64</sup>

## 3.6 Uruguai

### 3.6.1 Organização do sistema educativo do Uruguai

A estrutura do sistema educativo uruguaio foi definida pela lei nº 18.437 (Uruguai, 2009), organizando-se nas seguintes etapas: educação inicial, educação primária, educação média básica, educação média superior,<sup>65</sup>

<sup>64</sup> Desde 2004, o Paraguai não realiza a formação de auxiliares de enfermagem (Gulino Canese, 2009).

<sup>65</sup> Incluindo três modalidades: educação geral, educação tecnológica e educação técnico-profissional.

educação terciária,<sup>66</sup> formação em educação com caráter universitário, educação terciária universitária<sup>67</sup> e educação em pós-graduação (artigo 22).

A educação básica obrigatória comporta a educação inicial (a partir dos 5 anos, representando a fase pré-primária),<sup>68</sup> a educação primária (primeiro ao sexto ano) e os três primeiros anos da educação média – denominado ciclo básico –, que podem ser desenvolvidos em liceus e escolas técnicas, havendo equivalência curricular.

O segundo ciclo da educação média (quarto ao sexto ano) não é obrigatório e pode ser cursado em liceus sob a modalidade de *bachillerato* diversificado, ou em escolas técnicas com a modalidade de *bachillerato* tecnológico. O currículo desse nível de ensino está orientado para a aquisição de qualificações práticas e conhecimentos específicos de uma ocupação ou família de ocupações, assim como o conhecimento técnico teórico relacionado. A condição de ingresso é ter concluído o ciclo básico do ensino médio (nono ano do ensino obrigatório). Esse ciclo habilita o estudante a cursar os estudos superiores em nível terciário (universitários e não universitários).

A educação terciária é composta pela educação terciária pública<sup>69</sup> e pela educação terciária oferecida por instituições privadas (carreiras terciárias não universitárias). Inclui a formação docente, que se realiza nos institutos com esse fim, e a formação em engenharia tecnológica. O requisito fundamental para ingresso é haver completado ou o *bachillerato* diversificado da educação secundária, ou o *bachillerato* técnico, ou os cursos técnicos.

No que tange à educação técnico-profissional, a Universidade do Trabalho do Uruguai (UTU) oferece ciclo básico, *bachilleratos* tecnológicos e educação técnica especializada de nível terciário; além disso, realiza capacitação e formação

---

<sup>66</sup> Compreende os cursos técnicos não universitários, as tecnicaturas e a educação tecnológica superior.

<sup>67</sup> Inclui a graduação.

<sup>68</sup> A lei n° 17.015 (Uruguai, 1998) estabelece que, alcançada a cobertura da educação inicial a partir dos 5 anos, a Administración Nacional de Educación Pública (Anep) deverá adotar as medidas necessárias para a extensão da oferta estatal de educação inicial a partir dos 4 anos de idade, até que se alcance a sua universalização, totalizando-se, assim, 11 anos de educação básica.

<sup>69</sup> Esse nível de formação está a cargo da Administración Nacional de Educación Pública, sendo composta pela formação de mestres e professores, assim como formação de técnicos de educação profissional.

profissional, mediante diferentes estratégias educativas.<sup>70</sup> Sua tônica se volta para a formação de técnicos médios e médios superiores, compreendendo uma formação geral e científica, assim como estudos técnicos. Para ingressar nos cursos de educação técnica-profissional, o postulante precisa ser aprovado no ciclo básico do ensino médio, ou no curso de formação profissional da UTU, com disciplinas teóricas, além de ter sido aprovado no ano escolar de articulação ao curso técnico habilitante. Os cursos oferecidos habilitam ao prosseguimento dos estudos universitários, mediante a aprovação de módulos complementares na Universidad de la República (UdelAR) ou nos institutos de formação docente.

A Universidad de la República é a única universidade pública do Uruguai, e por mais de 150 anos teve um “caráter monopólico” no que tange aos estudos universitários e aos estudos terciários<sup>71</sup> – excetuando-se a formação de mestres e professores do ensino secundário. Essa instituição concentra 90% da matrícula universitária do país, abarcando a totalidade dos níveis de formação superior – *pré-graduação* (tecnicaturas e tecnólogos), graduação, pós-graduação e educação permanente. Recebe a totalidade do financiamento estatal destinado ao nível universitário e desenvolve, de forma quase que exclusiva, a pesquisa científica e a difusão da cultura na nação.

As universidades e institutos universitários privados conformam o sistema terciário privado, criado pela lei nº 15.661/1984 e regulado pelo decreto nº 308/1995.<sup>72</sup> Essas instituições desfrutam de liberdade de ensino

<sup>70</sup> Formação profissional regular, formação na empresa, módulos de complementação e especialização, cursos, entre outros.

<sup>71</sup> É por esse motivo que a educação superior e terciária tornaram-se sinônimo de educação universitária na história desse país.

<sup>72</sup> O decreto nº 308/1995 define o ensino terciário – “Considera-se ensino terciário aquele que, supondo por seu conteúdo que seus estudantes tenham cursado com aprovação os ciclos completos de ensino primário e secundário ou técnico-profissional em institutos estatais ou privados habilitados, aprofunda e amplia a formação em algum ramo do conhecimento” – e o ensino universitário – “Para os efeitos do artigo 1º do decreto-lei nº 15.661, de 29 de outubro de 1984, se considera universitário o ensino terciário que por seu rigor científico e de profundidade epistemológica, assim como, por sua abertura às distintas correntes de pensamento e fontes culturais, procure uma ampla formação de seus estudantes que os capacite para a compreensão crítica e criativa do conhecimento adquirido, integrando esse ensino com os processos de geração e aplicação do conhecimento, mediante a investigação e a extensão de suas atividades ao meio social”. Além disso, define os tipos de títulos expedidos pelas instituições universitárias: licenciatura universitária, com um mínimo de 1.800 horas, distribuídas em, pelo menos, quatro anos; especialização, com duração mínima de um ano; mestrado, com duração mínima de dois anos letivos; e doutorado, com duração mínima de três anos letivos.

e sua regulação não é obrigatória, pois o reconhecimento do Estado só se realiza caso haja solicitação das instituições.<sup>73</sup> Elas desenvolvem quase que exclusivamente atividades de ensino, não recebendo financiamento estatal.

Há, ainda, um conjunto de instituições denominadas públicas não autônomas, constituído pela educação militar e policial.

Para o ingresso na educação universitária é requerida a conclusão do *bachillerato diversificado* de ensino secundário ou a conclusão dos cursos técnicos relacionados às graduações eleitas. As graduações têm de quatro a sete anos de duração, sendo realizadas em faculdades, institutos ou escolas universitárias.

Somente a UdelaR pode reconhecer e revalidar os títulos estrangeiros. Há numerosos tratados bilaterais e multilaterais sobre a revalidação de títulos, sendo quase todos de cunho programático, pautados no mecanismo da razoabilidade da equivalência, eximindo-se o aluno, normalmente, dos exames de revalidação.<sup>74</sup>

### 3.6.2 Organização do sistema de saúde do Uruguai

Conforme mencionado anteriormente, o Uruguai está entre os países da América do Sul que utiliza o maior percentual do PIB em saúde; entretanto esses valores não correspondem diretamente aos gastos do setor público na saúde, o que se reflete na falta de investimentos na organização de serviços de atenção primária à saúde; na priorização da atenção institucional de alta tecnologia; e na ausência de propostas que busquem o aumento de cobertura da atenção à população. Atualmente, o Uruguai vive uma estagnação dos indicadores de saúde, quando comparados aos de alguns países da região, que, com menos recursos, alcançaram índices superiores.

Desde o começo do seu governo, o presidente Tabaré Vazquez (2005-2010) iniciou uma série de discussões para a implantação de uma reforma

<sup>73</sup> A única universidade privada reconhecida no país é a Universidad Católica Dámaso Antonio Larrañaga.

<sup>74</sup> Para os casos em que não existem tratados ou convênios, aplica-se a normativa da UdelaR, conhecida como Ordenanza de reválidas.

no setor de saúde,<sup>75</sup> com a implantação do Sistema Nacional Integrado de Salud (Snis), financiado pelo Seguro Nacional de Salud. O Snis almeja a oferta de uma atenção integral em saúde para todos os uruguaios, mediante um sistema integrado misto, público e privado. Um de seus objetivos principais é contribuir para a equidade do acesso aos serviços de saúde, por meio de mudanças no modelo de atenção e da reorientação com base na atenção primária à saúde. A reforma também propõe mudanças no modelo de gestão, prevendo a democratização, a transparência, a eficácia e a eficiência para o alcance de uma maior qualidade assistencial (Organización Panamericana de la Salud, 2007). Os eixos estratégicos de mudança estão centrados na reorganização da base territorial de atenção; na priorização de programas que atendam às necessidades da população; na realização de uma política de recursos humanos que enfatize a gestão da força de trabalho e o ingresso de novos profissionais; na elaboração de mecanismos que garantam a participação da comunidade organizada; e na coordenação intersetorial dos processos.

Além da mudança no modelo de atenção e de gestão, a reforma propõe a mudança no modelo de financiamento do sistema, mediante a criação do Seguro Nacional de Salud, em que os valores das contribuições dos beneficiários serão proporcionais à sua renda, e o benefício, oferecido de acordo com as necessidades do indivíduo. Ou seja, os usuários pagam ou descontam de acordo com sua renda e a cobertura familiar, obtendo acesso à rede integral dos serviços de saúde. As empresas privadas e o setor público contribuem proporcionalmente ao número de trabalhadores contratados, havendo também contribuição do Estado. Segundo o Snis, as instituições prestadoras receberiam recursos que possibilitariam um adequado equilíbrio entre a prestação de serviços e os custos decorrentes, considerando-se o nível de risco e o gasto esperado da população coberta, o que implicaria a cobrança diferenciada de cotas segundo critérios preestabelecidos. A administração do Seguro Nacional de Salud estaria a cargo

---

<sup>75</sup> Foram promulgados os seguintes decretos: n° 133/005, que cria o conselho executivo para a implementação do Snis; n° 17.930, cujos artigos 264 e 265 definem aspectos da filosofia da reforma e da estrutura do Snis; n° 18.131, que cria o Fondo Nacional de Salud, no âmbito do Banco de Previsión Social, centralizando o financiamento social da saúde; n° 18.161, que estabelece a descentralização da Administración de los Servicios de Salud del Estado (Asse) e a participação de usuários e trabalhadores no sistema; e n° 18.211, que cria o Snis, o Seguro Nacional de Salud e a Junta Nacional de Salud.

de uma superintendência de saúde, cuja função seria a de controlar a parte financeira e a qualidade dos serviços prestados.

Todos os habitantes do país são beneficiários do Snis, ou seja, aqueles que não possuírem recursos suficientes terão acesso aos serviços de saúde, mas não pagarão por eles. Entretanto, as pessoas com renda pagarão de acordo com o explicitado na declaração jurada de renda, no marco da implementação da reforma tributária em processo. A incorporação da população ao novo sistema se dará de formal gradual e em etapas.

Antes do processo de reforma, a centralidade da atenção estava a cargo dos hospitais aos quais se subordinavam as policlínicas. No atual processo, a ênfase estará nas 19 regiões e áreas de saúde, responsáveis pelo planejamento e execução das ações de acordo com as necessidades das pessoas residentes nas áreas. A coordenação da rede de Administração dos Serviços de Saúde do Estado (Asse) se encarregará do primeiro nível de atenção, descentralizando os serviços para as 207 policlínicas localizadas em áreas urbanas e rurais do país.

O sistema de saúde do Uruguai ainda se divide entre subsistema público e subsistema privado. O subsistema público é conformado por: Ministerio de Salud Pública, Asse, Hospital de Clínicas da Universidad de la República, Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas, Servicio de Sanidad Policial, serviços médicos das 19 intendências municipais, Banco de Previsión Social, serviços médicos de entes autônomos e serviços descentralizados. O subsistema público é responsável pela atenção à saúde de 50,8% da população uruguaia. Salienta-se, no entanto, que a Asse se responsabiliza por, aproximadamente, 80% dessa cobertura (Instituto Nacional de Estadística de Uruguay, 2009).

O subsistema privado é composto pelas instituições de assistência médica coletiva (Iamc), reguladas pela lei nº 15.181/1981, pelos seguros de saúde parciais e totais, pelas instituições que oferecem atenção privada e pelos institutos de medicina altamente especializada (Imae). O subsistema privado é responsável pela atenção à saúde de 49,2% da população uruguaia. Desse percentual, o Iamc é responsável por, aproximadamente, 88% da cobertura.

As funções normativas e assistenciais do Ministerio de Salud Pública são divididas entre o próprio ministério, responsável pela parte normativa e reguladora, e a Asse, responsável pela parte assistencial. A rede de estabelecimentos da Asse é a principal do país, compreendendo hospitais, centros de saúde, policlínicas e médicos de família. Cobre a população de menos recursos, e estima-se, atualmente, que beneficie aproximadamente 40% da população total. A rede possui 6.500 leitos, e está estruturada em 62 unidades executoras, 25 centros de saúde, 300 policlínicas urbanas e rurais, 18 hospitais departamentais e hospitais gerais e especializados de referência nacional em Montevideu.

O Hospital de Clínicas possui 400 leitos de clínica geral e de atendimento de alta complexidade para adultos, sendo referência nacional na rede de serviços.

A Sanidad Militar tem infraestrutura hospitalar própria, com 500 leitos, possuindo um hospital central, em Montevideu, e centros de atenção periférica na capital e no interior do país. Atende a aproximadamente 165 mil pessoas (militares em atividade, aposentados e familiares).

A Sanidad Policial dispõe de um hospital geral em Montevideu, com 128 leitos, e contrata serviços da Asse e de prestadores privados no interior. Atende a 70 mil pessoas aproximadamente.

O Banco de Previsión Social atua como um intermediário, recebendo contribuições de trabalhadores e empregadores, e contratando as Iamc. Ele também presta alguns serviços diretamente, entre eles, o serviço materno infantil, que conta com instalações ambulatoriais próprias e fornece cobertura aos cônjuges e filhos de beneficiários do seguro-doença que não possuem seguro privado.

Os entes autônomos e serviços descentralizados fornecem serviços de saúde a seus trabalhadores, e, em alguns casos, aos ex-trabalhadores e seus familiares.

Os serviços de saúde das 19 intendências municipais apresentam diferentes níveis de desenvolvimento, relacionados ao primeiro nível de atenção para a população sem recursos.

As Iamc, que são os únicos prestadores habilitados a contratarem a seguridade social, se dividem em 40 instituições por todo o país, 12 das quais com sede em Montevidéu, e perfazem um total de 2.500 leitos. O sistema de cooperativas médicas é sua forma jurídica predominante, e as Iamc possuem infraestrutura própria nos três níveis de atenção, com grande desenvolvimento da atenção domiciliar. Esse sistema é fortemente regulado pelo Estado, com preços sujeitos ao controle administrativo do Ministério de Economía y Finanzas. O Ministerio de Salud Pública determina suas prestações obrigatórias e controla tanto os aspectos assistenciais quanto os econômicos e financeiros. As Iamc cobrem 1,4 milhão de beneficiários aproximadamente.

Os seguros privados podem oferecer cobertura parcial ou total. São oito empresas, localizadas em Montevidéu, que podem contratar serviços de outras instituições privadas. Os seguros privados de assistência integral prestam serviço a 55 mil filiados. Os sistemas de emergência móvel compreendem um tipo particular de seguro parcial que fornece cobertura domiciliar em casos de emergência. A maior parte dos filiados desses seguros possui cobertura dupla, complementando sua assistência integral, pública ou privada, com esses serviços.

Os institutos de medicina altamente especializada são organizações assistenciais que vendem serviços de alta tecnologia, financiadas pelo Fondo Nacional de Recursos, instituição pública não estatal cujo objetivo é financiar um grupo de procedimentos de alto custo e baixa frequência.

Os trabalhadores do setor privado podem escolher livremente, entre as diferentes instituições de saúde privadas, por quem serão assistidos; os trabalhadores do setor público, exceto a polícia e as Forças Armadas, também. Os desempregados são atendidos pelo Ministerio de Salud Pública. Já os aposentados, segundo a sua capacidade financeira, são atendidos pelo Ministerio de Salud Pública ou pelas diferentes instituições do setor privado. Vale destacar que aproximadamente metade da população atendida pelo Ministerio de Salud Pública é constituída de crianças e adolescentes (47% têm menos de 20 anos), ao passo que metade da população assistida pelas Iamc tem entre 15 e 49 anos de idade.

Ao comparar-se o gasto total em saúde do setor público e do setor privado, observa-se que o setor público representa 25,36% do gasto total e o privado, 74,64%. Apesar de a cobertura assistencial ser equivalente, existem importantes diferenças entre esses gastos – em especial, o fato de

o gasto por pessoa das Iamc ser duas vezes superior ao gasto da Asse. Esse dado se reveste de maior gravidade ainda se levarmos em conta que as necessidades de saúde da população que utiliza a Asse são maiores do que as dos beneficiários das Iamc.

### 3.6.3 Formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Uruguai

No Uruguai, as instituições de formação de técnicos do setor público fazem parte da UdelaR:<sup>76</sup> Escuela Universitaria de Tecnologías Médicas, Facultad de Enfermería e Escuela de Tecnología Odontológica.

O Ministerio de Salud Pública teve sob sua subordinação por algum tempo a Escuela de Sanidad Dr. José Scosería, que tinha a responsabilidade de definir os cursos e os programas dos auxiliares de enfermagem, além de realizar o controle das escolas privadas que formavam essa categoria profissional. Há alguns anos, as atividades de formação foram transferidas para a Facultad de Enfermería da UdelaR, e o Ministerio de Educación y Cultura assumiu a regulação das escolas do setor privado que formam auxiliares de enfermagem. A Escuela de Sanidad Dr. José Scosería realizava formação auxiliar em: enfermagem, estatísticas de saúde e registros médicos, farmácia hospitalar, saúde ambiental e laboratório clínico. Na área de enfermagem, oferecia também especialização para os auxiliares de enfermagem em centro de tratamento intensivo (CTI) de adultos e pediátrico, em bloco cirúrgico e instrumentação, e em imunização. Com duração de 18 meses, o curso de auxiliar de enfermagem tinha como exigência de ingresso o término do terceiro ano do ciclo básico, e o aluno deveria possuir idade entre 18 e 40 anos.<sup>77</sup>

É importante explicitarmos a distinção entre as carreiras de técnico, de tecnólogo e de licenciado oferecidas. De acordo com Juan Mila (2009),

---

<sup>76</sup> Segundo um dos representantes do país no Mercosul, em entrevista para esta pesquisa, o serviço de saúde da Policía possui escola própria de formação de auxiliares de enfermagem, na qual o estudante pode progredir até a licenciatura em enfermagem. É a única instituição em que a formação é progressiva, com aproveitamento dos estudos.

<sup>77</sup> Atualmente, as escolas do setor privado realizam a formação de auxiliares de enfermagem (2.320 horas), auxiliares de laboratório clínico, auxiliar de registros médicos e estatísticas, auxiliar de higiene ambiental, auxiliar de farmácia hospitalar, auxiliar de enfermagem especialista em CTI, auxiliar de enfermagem especialista em imunizações e auxiliar de enfermagem especialista em bloco cirúrgico e instrumentação.

na sociedade uruguaia, o técnico em saúde tem um perfil que inclui um simples fazer repetitivo e, sobretudo, subordinado à supervisão de outro profissional. O perfil de tecnólogo, definido do final da década de 1980 a princípios da década de 1990, transcende o fazer, direcionando-se para uma práxis social integradora. Em seu processo formativo estão incluídas matérias ou módulos que se referem ao *logos* da formação profissional – didática e pedagogia, psicologia, metodologia científica, saúde pública, deontologia, legislação trabalhista e legislação hospitalar. Há grande preocupação com a formação integral e cidadã desse profissional da saúde, investindo-se em uma formação com bases científica, humanista, social e ética.

Os planos de estudos de cada uma destas carreiras descrevem um perfil profissional que integra conhecimentos, capacidades e atitudes próprias de cada profissão com aquelas comuns ao conjunto da formação. Esse processo está sendo aprofundado por intermédio da criação de uma unidade de seguimento e flexibilização curricular, objetivando postular novos planos de estudo que, no futuro, compreendam ciclos básicos comuns e níveis de articulação cada vez maiores.

As licenciaturas desenvolvidas na UdelaR são realizadas em quatro anos e têm, no mínimo, 3.600 horas de duração, das quais mais de 40% são ocupadas pela formação básica.

A Escuela Universitaria de Tecnología Médica possui duas sedes, uma em Montevideu<sup>78</sup> e a outra em Paysandú, cidade a 350 km da capital. A sede de Paysandú<sup>79</sup> representa a concretização do processo de descentralização

---

<sup>78</sup> Na cidade de Montevideu, é possível obter os seguintes títulos: técnico em anatomia patológica (1.984 horas), tecnólogo em cosmetologia médica (3.715 horas), técnico em hemoterapia (3.000 horas); técnico em podologia médica (2.612 horas); técnico em radioisótopos (2.840 horas); tecnólogo em radioterapia (3.040 horas); tecnólogo em saúde ocupacional (3.024 horas); licenciado em fisioterapia (3.804 horas); licenciado em fonoaudiologia (3.440 horas); licenciado em imagenologia (4 anos); licenciado em instrumentação cirúrgica (4.776 horas); licenciado em laboratório clínico (4 anos); licenciado em neurocardiologia (3.296 horas); licenciado em neurofisiologia clínica (3.503 horas); licenciado em oftalmologia (3.647 horas); licenciado em psicomotricidade (3.490 horas); licenciado em registros médicos (3.824 horas); tecnólogo em registros médicos (3.024 horas); e licenciado em terapia ocupacional (4.408 horas). Cabe ressaltar que, de todas as carreiras oferecidas no nível terciário universitário, a única que possui o nível de graduação é a de registros médicos, cuja diferença de carga horária entre a licenciatura e a formação tecnológica é de 800 horas.

<sup>79</sup> Nesse campus, é possível cursar as carreiras de técnico em hemoterapia, técnico em podologia médica, licenciado em fisioterapia, licenciado em imagenologia, licenciado em laboratório clínico, licenciado em instrumentação cirúrgica, licenciado em psicomotricidade e tecnólogo em saúde ocupacional.

que gera enorme impacto regional. Os profissionais da saúde ali formados passam a desempenhar suas funções nas equipes de saúde localizadas na região (Mila, 2009). O requisito de ingresso é a conclusão do *bachillerato*, com orientação biológica e opção pela medicina.

A Facultad de Enfermería está vinculada à UdelaR e ao Ministerio de Salud Pública. Na formação de graduação (4.248 horas), existe possibilidade de uma saída intermediária após 2.300 horas, com certificação de praticante de enfermagem (auxiliares).

A Escuela de Tecnología Odontológica oferece a formação de assistente de odontologia (1.080 horas), de higienista em odontologia (1.080 horas) e de laboratorista em odontologia (2.280 horas).

De acordo com um representante do Ministerio de Salud Pública entrevistado para esta pesquisa, a partir do ano de 1985, foram criadas, no país, algumas universidades – por exemplo, a Universidad Católica,<sup>80</sup> a Universidad de Montevideo – e institutos universitários, que também formam no nível de pós-graduação na área médica – por exemplo, o Centro Latinoamericano de Economía Humana (Clach).<sup>81</sup>

### 3.6.4 Força de trabalho em saúde no Uruguai

A partir de 2005, foi iniciada a implantação de um sistema de informação sobre a força de trabalho em saúde, que está disponível nos serviços de saúde públicos e privados, e inclui número de postos de trabalho, distribuição por nível de atenção, remuneração e número de procedimentos médicos, significando um avanço na caracterização de oferta da força de trabalho em saúde no país (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

Historicamente, o Uruguai sempre teve alta oferta de médicos, em comparação com outros países da América Latina. De acordo com Rígoli, Sugo e Serra (2005), o aumento muito significativo, a partir da década de 1970, no número de egressos da Facultad de Medicina, a diminuição da migração médica e a estabilidade numérica da população do país

<sup>80</sup> A universidade forma *bachiller* em enfermagem, psicologia e odontologia.

<sup>81</sup> As especialidades na área da saúde são a gestão de saúde e a economia da saúde.

fizeram triplicar, em trinta anos, o número de médicos por 10 mil habitantes. A relação de médicos (13.390) por mil habitantes, no país, era de 4,1 em 2005, sendo que essa relação chegava a 7,2 em Montevideu, contra 1,9 no interior. O número de enfermeiros era bem menor que o de médicos: no país, a relação era de 1,1 enfermeiro (3.543) para cada mil habitantes, sendo que, em Montevideu, a relação era de 1,7/1.000 habitantes e, no interior do país, de 0,6/1.000 habitantes. O número de odontólogos alcançava o total de 4.308, ou 1,33/1.000 habitantes, e o de parteiras totalizava 579, ou 0,18/1.000 habitantes. Quando se comparam esses valores com os existentes em 1993, observa-se um aumento de 5,61 vezes na relação número de médicos/habitantes e um aumento de 2,29 vezes na relação número de enfermeiros/população (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

A dotação de médicos no setor se caracteriza por ser um recurso especializado com mais de dois postos de trabalho em média por profissional, com a média de cargos acumulados por médico oscilando de 2,5 a 2,7. Quando se observa a relação postos de trabalho/profissional, percebe-se a dispersão do trabalho médico em um número relativamente importante de cargos. Por outro lado, devido à redução salarial que a categoria vem sofrendo nos últimos anos, e a existência de postos de trabalho com baixa carga horária semanal, tornou-se comum a existência do pluriemprego. Do total de médicos existentes, 45,19% trabalham em apenas uma instituição, 34,86% trabalham em duas e 12,24% trabalham em três. Entre os demais trabalhadores da saúde não médicos, observa-se que 91,58% trabalham em apenas uma instituição, 8% em duas e 0,35% em três.

Do total de profissionais de saúde que trabalham na Asse, 23% são médicos, 28% são enfermeiras e 49% são classificados como não médicos. No caso das Iamc, 34% são médicos, 23% são enfermeiras e 43% são classificados como não médicos.

Segundo Rígoli, Sugo e Serra (2005), não existem dados confiáveis sobre o número e a distribuição de auxiliares de enfermagem, embora os cálculos do Ministerio de Salud Pública pressuponham um número em torno de 15 mil, ou seja, cerca de 10 auxiliares para cada enfermeira profissional e 50 para cada 10 mil habitantes. O Departamento de Habilidadación y Control de Profesionales de la Salud, vinculado ao Ministerio de Salud

Pública, realizou um censo dos recursos humanos em saúde disponíveis no país, com dados sobre a força de trabalho (Uruguai, Ministerio de Salud Pública, 2010).

No Uruguai, para que o profissional de saúde exerça a sua profissão, após a obtenção do título acadêmico é necessário o registro do diploma no Departamento de Coordinación y Control do Ministerio de Salud Pública.<sup>82</sup> Além disso, o profissional deve registrar-se na caixa de aposentadorias e pensões dos profissionais universitários.

### 3.7 Venezuela

#### 3.7.1 Organização do sistema educativo da Venezuela

De acordo com o Regulamento Geral ou Lei Orgânica da Educação (lei nº 2.635/1980, artigo 14), o sistema educativo venezuelano constitui um conjunto orgânico, integrador de políticas e serviços, que garante a unidade do processo educativo, tanto escolar quanto extraescolar, e sua continuidade por toda a vida do ser humano, mediante um processo de educação permanente.

De acordo com a referida lei, o sistema educativo está organizado nos seguintes níveis: educação pré-escolar, educação básica, educação média diversificada e profissional, e educação superior. As modalidades existentes são: educação especial, educação para as artes, educação militar, educação para a formação de ministros da religião, educação de adultos e educação extraescolar.

A educação é obrigatória do nível pré-escolar até a educação básica.<sup>83</sup> Essa tem duração de nove anos – divididos em três etapas de três anos cada – e sua finalidade é a de contribuir para a formação integral do

---

<sup>82</sup> A lei nº 1.902/1975 outorga ao Ministerio de Salud Pública o controle do exercício profissional das carreiras na área de saúde.

<sup>83</sup> A extensão da obrigatoriedade no nível pré-escolar se fará de forma progressiva e coordenada, com adequada orientação da família (lei nº 2.635/1980, artigo 9º). De acordo com o decreto nº 313, o nível pré-escolar é o primeiro nível obrigatório do sistema educativo, sendo cursado previamente à educação básica, em um ano. Assim, as crianças devem ingressar no sistema escolar aos 5 anos; contudo, antes dessa idade, poderão ser atendidas por instituições de atenção integral e de proteção à criança (artigo 15).

educando, mediante o desenvolvimento de suas destrezas e de sua capacidade científica, técnica, humanística e artística (artigo 21). O processo educativo deve estar vinculado ao trabalho, com a harmonização da educação às atividades produtivas próprias do desenvolvimento nacional e regional, e criar, no indivíduo, a responsabilidade com a produção e a distribuição equitativa de seus resultados (artigo 7º).

A educação média diversificada e profissional deve ter a duração mínima de dois anos. Dando continuidade ao processo formativo, deve ampliar o desenvolvimento integral do educando, sua formação cultural, oferecendo-lhe uma capacitação científica, humanística e técnica. Para tanto, deve criar oportunidades que contribuam na definição de seu campo de estudo e de trabalho, permitindo-lhe a incorporação ao trabalho produtivo e orientando-o a prosseguir os estudos em nível superior. O egresso desse nível de ensino recebe o título de *bachiller* ou de técnico médio da especialidade correspondente. Os dois títulos permitem o prosseguimento dos estudos no nível superior (artigo 23).

O decreto nº 313, do Regulamento Geral da Lei Orgânica da Educação (lei nº 2.635/1999), explicita que as especialidades para a formação de *bachilleres* ou de técnicos médios serão determinadas pelo Ministerio de Educación, Cultura y Deportes – órgão reitor –, levando-se em conta as seguintes questões: as necessidades de recursos humanos segundo o Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación; os indicadores do mercado ocupacional e as ofertas para o prosseguimento dos estudos na educação superior (artigo 26). O estudante formado nesse nível deve participar de alguma atividade que contribua para a unidade de ensino onde está inserido ou para a sua comunidade (artigo 27).

No que se refere ao ensino técnico e profissional, o decreto nº 313 explicita que o Ministerio de Salud Pública estabelecerá convênios com instituições públicas e privadas, comunidades e outros entes vinculados à educação e ao trabalho produtivo para o financiamento de programas desse nível (artigo 29). A certificação da educação básica, o título de *bachiller* ou de técnico médio nas diferentes especialidades, ou outras credenciais de caráter acadêmico são de responsabilidade do ministério.

A Lei Orgânica da Educação preconiza ainda que a educação superior estará voltada para a formação profissional e para a pós-graduação, tendo por objetivos: continuar o processo de formação integral do homem; formar profissionais e especialistas, promovendo a sua atualização e melhoramento conforme as necessidades do desenvolvimento nacional e do progresso científico; fomentar a investigação de novos conhecimentos, impulsionando o progresso da ciência, da tecnologia, das letras, das artes e demais manifestações criadoras; difundir os conhecimentos para elevar o nível cultural e colocá-los a serviço da sociedade e do desenvolvimento integral do homem (artigo 27).

São considerados institutos de educação superior, os quais têm autonomia de acordo com sua natureza e suas funções, as universidades, os institutos universitários pedagógicos, politécnicos, tecnológicos e colégios universitários e os institutos de formação de oficiais das Forças Armadas; os institutos especiais de formação docente, de belas-artes e de investigação; e os institutos superiores de formação de ministros de religião (artigo 28).

Os estudantes egressos dos estabelecimentos de educação superior exercerão sua profissão, nos dois anos seguintes ao término de seus estudos, onde o Estado considere conveniente para o desenvolvimento do país (artigo 31). As instituições e programas de educação superior, sejam estatais ou privados, devem estar a serviço da nação venezuelana.

Para o objetivo do presente texto – conhecer como se desenvolve a formação de trabalhadores técnicos em saúde –, é pertinente a análise do decreto nº 36.605/1999, que estabelece os meios, limites e condições para a cobertura de capacitação profissional dos trabalhadores. Em seu artigo 18, define-se a capacitação profissional como um componente da formação profissional destinado a melhorar e a ampliar as possibilidades de reinserção do trabalhador no mercado de trabalho, utilizando metodologias de aprendizagem que correspondam aos conhecimentos, às experiências e às habilidades dos trabalhadores que demandem a formação e ao perfil profissional requerido pelo mercado de trabalho.

O trabalhador recém-desempregado pode solicitar à Agência de Emprego sua capacitação profissional no prazo de três meses após o

fim de seu contrato, tendo o direito de escolher a entidade prestadora desse serviço.<sup>84</sup>

No ano de 2001, foi lançado o Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social de la Nación de 2001-2007 (Venezuela, 2001), onde são traçados objetivos em torno da educação, tais como: garantia de uma educação de qualidade (formal e política), por meio do acesso, permanência e prosseguimento dos estudos; garantia da extensão da cobertura em todos os níveis e modalidades do sistema educativo; articulação do sistema educativo ao sistema de produção de bens e serviços; garantia das condições de infraestrutura física e de equipamentos e materiais didático-pedagógicos; garantia da equidade no acesso à educação superior; atenção integral às crianças e jovens não escolarizados; erradicação do analfabetismo.

Diante de tais objetivos, o governo criou uma série de “missões” no campo educativo: Misión Robinson I, II e III,<sup>85</sup> Misión Robinson Productivo,<sup>86</sup> Misión Ribas<sup>87</sup> y Misión Sucre,<sup>88</sup> para inserção dos setores

<sup>84</sup> Ao Ministerio del Trabajo cabe proporcionar uma variedade de ofertas de capacitação profissional a fim de que o trabalhador possa selecionar a entidade que lhe ofereça melhores oportunidades de capacitação e reinserção laboral. O empregador tem por obrigação financiar uma parte do custo da capacitação. Na agência de emprego, o empregador deve subscrever um contrato de financiamento como ponto prévio ao término da relação de trabalho.

<sup>85</sup> A Misión Robinson I está voltada para a alfabetização massiva, a fim de possibilitar às pessoas o acesso à escrita e à leitura, assim como a níveis posteriores de educação. A Misión Robinson II, criada em 2003, possibilitou a continuidade dos estudos para os recém-alfabetizados, além de ser espaço de incorporação de toda a população com estudos de educação básica incompletos (menor que o sexto grau). Em setembro de 2006, surge a Misión Robinson III, ou Círculos de Lectura, objetivando difundir o hábito de leitura, reforçando e atualizando temas políticos, econômicos, sociais e culturais de interesse nacional. Ressalte-se que a Misión Robinson preocupou-se também com o processo de alfabetização da população indígena; para tanto, foi preciso traduzir os textos para os idiomas indígenas. Outro foco da Misión Robinson foi a população penitenciária: buscou-se incluí-la no sistema educativo venezuelano por meio da alfabetização, do prosseguimento dos estudos no sexto grau da educação básica e da continuidade dos estudos nas Misiones Ribas e Sucre.

<sup>86</sup> A Misión Robinson Productivo objetiva incluir o componente socioproductivo na educação formal iniciada em ambientes de aprendizagem. Visa possibilitar o bem-estar socioeconômico coletivo, em prol do desenvolvimento do novo modelo econômico socialista que o país deseja implementar.

<sup>87</sup> A Misión Ribas, ou Plan Extraordinario José Félix Ribas, orienta-se pela premissa de inclusão de todas as pessoas que não puderam completar seu nível secundário, garantindo-lhes a continuidade dos estudos desde a terceira etapa da educação básica até a educação média diversificada e profissional. O objetivo é democratizar a educação, facilitando a incorporação dos cidadãos ao aparelho produtivo nacional e ao sistema de educação superior, melhorando a qualidade de vida a curto e médio prazos. Ao término desse processo de aprendizagem, o estudante tem o direito ao título de *bachiller*.

<sup>88</sup> A Misión Sucre visa potencializar a participação comunitária nas instituições a fim de garantir o acesso à educação universitária para todos os egressos do nível secundário, inclusive aqueles provenientes da Misión Ribas. Essa missão se coaduna com a estratégia de criar a Universidad Bolivariana em nível nacional. Foram concedidas, em duas fases distintas, 100 mil bolsas, como mecanismo de estímulo aos estudantes.

excluídos do acesso à educação sem, no entanto, descuidar-se do sistema educativo tradicional que estrutura a educação básica por meio das escolas e liceus bolivarianos. No que tange às escolas bolivarianas, por exemplo, Lander (2005) analisa que o aumento de matrículas se deve também à instituição de um programa, destinado aos discentes da educação primária, que associa jornada escolar integral, alimentação e serviço de saúde.

Criando estratégias de universalização da educação básica, buscou-se garantir o acesso à escola para as crianças menores de 6 anos, por meio do Proyecto Bandera Simoncito. Outro componente, o Fondo de Apoyo Solidario (FAS), foi criado com o objetivo de oferecer apoio integral, em saúde e assistência social, aos trabalhadores e seus familiares diretos, de forma a garantir a realização das “missões”, estimulando-se, assim, a solidariedade e a colaboração entre as pessoas que participam da Misión Robinson.

Além da Misión Ribas, foi criado o Liceo Bolivariano, um programa piloto para atender à adolescência e à juventude – jovens de 12 a 18 anos. A educação é concebida de forma integral, como um contínuo humano, almejando formar “novos republicanos”<sup>89</sup> tanto na Escuela Bolivariana quanto na Universidad Bolivariana, com saída profissional intermediária, como a de técnico de nível médio.

Parece relevante destacar que as ações promovidas não se restringiram ao campo educacional, preconizando a urgência de se trabalhar intersetorialmente, desenvolvendo uma série de articulações com outras instâncias, tais como a segurança alimentar e a geração de empregos – não apenas pela incorporação de facilitadores, coordenadores e professores nas “missões” supracitadas, como também unindo o sistema socioproductivo à formação acadêmica, como pontuado anteriormente.

A partir de tais missões foi possível, no dia 28 de outubro de 2005, declarar a Venezuela território livre do analfabetismo, reconhecido pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (Unesco), tendo alfabetizado 1,5 milhão de pessoas.

Além da Misión Sucre, o governo criou, pelo decreto presidencial nº 2.517, a Universidad Bolivariana de Venezuela, com o intuito de propiciar

---

<sup>89</sup> Esse termo é utilizado a partir da promulgação da Constituição da República Bolivariana da Venezuela, em 1999.

uma alternativa ao sistema educativo nacional – ou seja, às universidades já existentes, que são autônomas em relação ao projeto que o governo deseja instituir a partir da eleição de Hugo Chávez. Para proporcionar uma formação integral e o acesso à educação universitária ao longo da vida, a Universidad Bolivariana, que busca promover a justiça social, vivenciando, na prática, o princípio de igualdade de oportunidades educativas,<sup>90</sup> está articulada organicamente às comunidades locais, às regiões e ao país como um todo.

### 3.7.2 Organização do sistema de saúde da Venezuela

A Lei Orgânica da Saúde, lei nº 36.579, de 11 de novembro de 1998, define, em seu artigo 2º, a concepção de saúde: saúde não é ausência de doenças apenas, mas o completo estado de bem-estar físico, mental, social e ambiental. Os serviços de saúde devem pautar-se nos princípios da universalidade, participação, complementaridade, coordenação e qualidade.<sup>91</sup>

Segundo o artigo 36 da referida lei, o controle social se dará por meio das juntas diretivas, implantadas nos estabelecimentos públicos de atenção médica, com representação de moradores das áreas a eles adscritos.

Cada estabelecimento de atenção médica terá orçamento próprio e independente. A operação básica, o pagamento de pessoas, a dotação e a manutenção serão financiadas com recursos provenientes do Presupuesto Nacional para la Salud e, complementarmente, com recursos dos orçamentos estaduais e municipais, de outros fundos de financiamentos especiais e da recuperação de custos por meio dos Fondos de la Seguridad Social Integral, da Asistencia Social e outros, segundo o caso.

De acordo com um dos representantes da Venezuela no Mercosul, entrevistado neste estudo, nos últimos dez anos houve um crescimento demográfico importante, e a infraestrutura hospitalar não acompanhou o

---

<sup>90</sup> Nos cursos de graduação da Universidad Bolivariana de Venezuela, foram estruturadas carreiras consideradas prioritárias para o desenvolvimento nacional: agroecologia, arquitetura, comunicação social, educação, estudos jurídicos, estudos políticos, gestão ambiental, gestão em saúde pública, gestão social, informática, medicina integral e hidrocarbonetos. Todas essas carreiras permitem obter o título de licenciado. Há, ainda, cursos de pós-graduação (Venezuela, [s.d.]).

<sup>91</sup> Pode-se obter uma definição mais detalhada destes princípios consultando o artigo 3º da lei citada.

aumento da demanda que tal crescimento gerou para esses serviços. Dessa forma, o governo venezuelano busca estruturar novos espaços de atenção nos três níveis: uma rede primária, em fase de consolidação, ao lado da rede tradicional já existente; uma rede secundária, que está estruturando-se por níveis de atenção (ambulatorial, exames de diagnóstico preventivo e de alta tecnologia); e o nível terciário, que ainda necessita de maior especialização (neurocardiologia, por exemplo). Apesar dos avanços, ainda há necessidade de o governo estabelecer convênios com o setor privado para alguns tratamentos de alta complexidade com custos predefinidos pelo governo.

Para reduzir a mortalidade materna, foi implantado o Proyecto Vida, componente da Misión Barrio Adentro, que oferece atenção às mulheres grávidas mediante a consolidação dos três níveis de atenção.<sup>92</sup> O Proyecto Vida expandiu-se para 26 municípios, e se realiza em 16 entidades federais, sob a responsabilidade do Ministerio de Salud Pública.

Ainda buscando reduzir a mortalidade materna e infantil, o Ministerio de Salud Pública instalou, a partir do ano de 2000, o Comité Nacional de Prevención y Control de la Mortalidad Materna e Infantil, instância intersetorial encarregada da elaboração e da execução do Plan Nacional de Prevención y Control de la Mortalidad Materna e Infantil, expandindo essa iniciativa para os âmbitos regionais. As ações do programa visam gerar avanços no sistema de registro e investigação das mortes, além de avaliar as condições dos estabelecimentos de atenção ao parto e a qualidade da atenção nas emergências obstétricas, e de promover as casas comunitárias, entre outras ações prioritárias.

Segundo o documento *Cumpliendo las metas del milenio* (Venezuela, 2004), para se reduzir a taxa de mortalidade infantil, será preciso aumentar a cobertura de atenção integral da saúde no nível primário, incluindo

---

<sup>92</sup> O nível primário está integrado pelos comitês de saúde, fortalecidos pela capacitação comunitária e pela capacitação em direitos sexuais e reprodutivos, realizadas por meio do clube de adolescentes, o clube de grávidas e o clube da infância, grupos populacionais estratégicos para a mortalidade materna. O nível secundário se concretiza na clínica popular, estratégia pautada na psicoprofilaxia obstétrica, orientada a garantir uma melhor situação de saúde à mulher grávida e ao recém-nascido. O nível terciário de atenção se dá no hospital do povo, que realiza o diagnóstico e o tratamento *in utero* de malformações congênitas e implementa ações relativas à psicoprofilaxia obstétrica da mulher grávida ou puerpera; o hospital possui uma unidade de cuidado intensivo neonatal e pediátrico, realiza exames clínicos especializados e dispõe de serviços de atenção em imagem e medicina nuclear.

ações para alcançar 95% da cobertura de imunização em todo o território nacional, além da proteção e da promoção da amamentação materna até os 2 anos de idade. Para a redução da morbimortalidade neonatal, é prioritária a dotação de equipamentos e de equipes médicas nos serviços de neonatologia e nas unidades de cuidados intensivos neonatais (ibid.).

No que tange ao desenvolvimento integral dos povos indígenas, a capacitação de líderes comunitários em atenção integral a doenças prevalentes na infância ajudará na diminuição da morbimortalidade pós-neonatal. Além disso, a ampliação da cobertura do Programa de Multihogares e Hogares de Atención Integral garantirá atenção integral a esta população (ibid.).

É preciso salientar que o governo, ao pensar a construção de uma ampla rede primária de atenção à saúde, preocupa-se em garantir a instituição de políticas que se pautem na inclusão dos setores menos privilegiados. Tal empreitada não é um processo simples, pois há necessidade de se conceber uma nova maneira de instituir o trabalho das equipes de saúde dentro das comunidades mais excluídas, de forma que as práticas estejam orientadas para uma nova concepção do processo saúde/doença.

Apesar de todas as dificuldades e graças às comunidades, o governo está alcançando a quarta etapa da *Misión Barrio Adentro*, construindo uma política de atenção primária compreendida de forma integral. Com base nos princípios expostos na Constituição (1999),<sup>93</sup> criou-se uma nova relação Estado/sociedade em que as comunidades recuperam seu papel na formação, execução e controle da gestão pública.

É no âmbito da instituição dessa nova relação que surgiu o *Plan Barrio Adentro*, no marco do convênio Venezuela/Cuba. O plano desenvolve-se em várias fases, e seu projeto piloto foi implantado no município Libertador (Caracas), entre abril e junho de 2003. Nessa fase, constituiu-se a interlocução entre o governo de Caracas, as comunidades organizadas e os trabalhadores da saúde, analisando-se o impacto e o apoio das comunidades, a constituição dos primeiros comitês de saúde, a adaptação dos médicos cubanos ao novo território e a avaliação das enfermidades mais frequentes em cada localidade.

Entre os meses de junho e agosto de 2003, o *Plan Barrio Adentro* foi estendido para diversos estados do território nacional, alcançando, entre

---

<sup>93</sup> Princípios tais como corresponsabilidade, solidariedade, protagonismo e participação.

setembro e dezembro do ano citado, extensão massiva, totalizando 10.179 médicos<sup>94</sup> em todo território nacional.

Após esse trabalho inicial, foi possível instituir, no dia 14 de dezembro de 2003, a *Misión Barrio Adentro* (Venezuela, 2010), com a inauguração dos vinte primeiros consultórios populares, ou casas da saúde e da vida.

Na primeira fase, denominada *Barrio Adentro I*, foram investidos aproximadamente 97 milhões de dólares, a fim de se organizar uma rede de atenção primária, desenvolvendo-se ações educativas, preventivas, protetoras, curativas e reabilitadoras. Foram implantados consultórios territorializados, contabilizando cerca de 6 mil pontos de consulta no país, com horário de funcionamento que totaliza seis horas de assistência médica assistencial. Além disso, nos outros horários, realizam-se consultas fora da unidade ambulatorial e atividades de docência. Há atendimento 24 horas para emergências.<sup>95</sup>

A equipe básica dos consultórios populares é formada eminentemente por um médico geral integral, mas há, em vários deles, enfermeira, agente comunitário e dentista.<sup>96</sup>

A participação da comunidade é de fundamental importância para se concretizar o conceito de saúde integral, pois se compreende a saúde associada a outras dimensões da vida humana: à economia social, à cultura, ao esporte, ao ambiente, à educação e à segurança alimentar.

Conforme se avançou na estruturação da rede de atenção primária, buscou-se transformar o segundo nível da atenção, denominado *Barrio Adentro II*, criando-se uma rede de atenção ambulatorial, conformada por centros de diagnóstico integral,<sup>97</sup> centros de alta tecnologia, salas de

---

<sup>94</sup> Cada médico realiza 26 atividades médicas diárias que incluem consultas, educação para a saúde, atividades de preparação de líderes comunitários, promoção da saúde, visitas diretas a pacientes enfermos – ou seja, todo tipo de atividades relacionadas à saúde integral das 250 famílias sob a sua responsabilidade.

<sup>95</sup> Os serviços prestados no consultório são: medicina geral, pediatria, atenção à criança, atenção ao adulto, controle pré-natal, controle pós-natal, emergência, vacinação, odontologia e citologia. Porém, os três últimos serviços não estão disponíveis em todos os consultórios populares.

<sup>96</sup> A equipe pode ser ampliada mediante a incorporação de estudantes de medicina integral comunitária, estudantes de pós-graduação em medicina geral integral, comitês de saúde e promotores sanitários.

<sup>97</sup> Os serviços programados para o centro de diagnóstico integral são raios X, ultrassonografia diagnóstica, endoscopia, eletrocardiograma, laboratório clínico, sistema ultra micro analítico (Suma), oftalmologia e emergência.

reabilitação integral e clínicas populares. Para tanto, foram investidos, aproximadamente, 540 bilhões de dólares.

A terceira fase, Barrio Adentro III, visa à modernização tecnológica da rede hospitalar, iniciando-se tal empreitada em 43 hospitais do Ministério de Salud Pública, do Instituto Venezolano de los Seguros Sociales e dos hospitais militares de maior complexidade – em sua maioria hospitais de ensino. Posteriormente, o programa foi direcionado para os hospitais de média complexidade, totalizando 50 unidades atendidas e, por fim, investiu em 150 hospitais, havendo predominância daqueles de baixa complexidade.

Há um projeto de realização do Barrio Adentro IV, que também terá por meta estruturar a rede hospitalar, mas, dessa vez, criando centros hospitalares de especialidades. Até 2006, havia sido inaugurado o Hospital Cardiológico Infantil Latinoamericano Gilberto Rodríguez Ochoa.

### ***3.7.3 Formação dos trabalhadores técnicos em saúde na Venezuela***

A Constituição venezuelana (1999) estabelece, em seu artigo 85, que deverá ser promovida e desenvolvida, em universidades e centros de investigação, uma política nacional de formação de profissionais e de trabalhadores técnicos e uma indústria nacional de produção de insumos para a saúde, cabendo ao Estado ainda a função de regulação das instituições públicas e privadas de saúde.

De acordo com as informações do Ministerio del Poder Popular para la Salud, a formação na área da saúde pode ser realizada tanto em nível médio quanto em nível superior, e também nos programas de educação permanente: programas de formação de defensores da saúde, e de aperfeiçoamento profissional, capacitação e adestramento.

O Ministerio de Salud Pública delineou um programa de formação em saúde e política do Estado no qual se inscrevem os seguintes cursos: medicina geral integral; odontologia geral integral; e residências de pós-graduação hospitalar. No que tange à formação de “pré-graduação”, desenvolve-se o programa de formação de medicina integral comunitária e a formação técnico profissional.

Em relação a essa última, em 1984, com o objetivo de apoiar a formação de trabalhadores de nível técnico superior universitário, iniciou-se a concessão de “bolsas técnicas”, com programas voltados para as áreas de citotecnologia, fisioterapia, informação em saúde, inspeção em saúde pública, radiologia, tecnologia cardiopulmonar, terapia ocupacional, enfermagem, e registros e estatísticas de saúde.

De acordo com uma representante do Ministerio de Salud Pública, em entrevista realizada para esta pesquisa, com a instituição da Misión Sucre e da Universidad Bolivariana da Venezuela está sendo possível municipalizar a educação superior, concretizando-se os princípios de igualdade, equidade, solidariedade, universalidade e participação social, buscando responder às necessidades da população. Em sua análise, as universidades tradicionais continuam existindo, sem se subordinarem ao Ministerio del Poder Popular para la Educación Superior (MPPEs), visto que são autônomas. Isso vem gerando uma dualidade na formação em educação, mas se almeja que a concepção mais social e humanitária se torne hegemônica.

A entrevistada explicita, ainda, que se almeja implementar um pensamento integral que compreenda a formação humana em seus múltiplos aspectos e, para tanto, elabora-se um conceito de competência que ultrapasse o ponto de vista técnico, alcançando um olhar humanística. Mudar o paradigma de formação não é algo fácil, sobretudo quando se tem uma tradição de formação mecanicista, condutivista e com grande peso na individualidade; uma educação que não compreende o ser humano como ente psicossocial, que deve ter responsabilidade pelo seu entorno.

Referindo-se mais especificamente à Misión Barrio Adentro, Suárez e Heredia (2006) assinalam que houve um investimento na formação de recursos humanos, a fim de se consolidar o sistema público nacional de saúde. Como o objetivo da missão é estar próxima da comunidade, a formação ocorre fora dos esquemas e espaços tradicionais, ou seja, o espaço docente incorpora a comunidade e o bairro. Buscando associar o estudo ao trabalho, o processo ensino-aprendizagem volta-se para a prática e o cotidiano dos serviços. Para tanto, as unidades curriculares precisam ser comuns e flexíveis. Nesse processo de formação, foram organizados cursos que possibilitassem a formação para os trabalhadores da saúde nos

mais diferentes níveis, entre eles, profissionais,<sup>98</sup> técnicos superiores, técnicos médios e auxiliares – de farmácia, enfermagem, laboratório clínico, entre outros.<sup>99</sup>

Uma das representantes do Ministério de Salud Pública, em entrevista realizada por esta pesquisa, declarou que o número de trabalhadores técnicos em saúde é de, aproximadamente, 48 mil técnicos superiores e 4 mil técnicos médios, em diferentes áreas.

Outro entrevistado, um dos representantes da Venezuela no Mercosul, explicita que, ao se analisarem os registros profissionais, foram contabilizados, no ano de 2008, cerca de 26 mil técnicos de nível superior e 190 técnicos de nível médio.

Há, ainda, profissionais auxiliares e práticos no sistema de saúde – o que exige também a configuração de estratégias para promovê-los em técnicos de nível médio. É importante salientar, de acordo com o entrevistado, que não existe mais a formação nesse nível, pois essa resultou de uma realidade surgida na década de 1970 e foi extinta em 1997, por causa das mudanças no setor saúde e da maior complexidade que adquiriu.

Os técnicos de nível médio têm sua formação realizada no nível da educação básica, com competências pouco específicas, constituindo-se como assistentes e auxiliares dos profissionais. Não obstante, conforme explicita uma representante do Ministério de Salud Pública, já citada anteriormente, após a promulgação da Constituição (1999), o país vem buscando extinguir a formação de técnicos médios na saúde, visto que a Carta Magna preconiza a garantia da qualidade da atenção à saúde para a população, exigindo uma formação mais complexa e aprofundada. Para realizar a

---

<sup>98</sup> São considerados profissionais aqueles que realizam o curso de medicina e de licenciatura em enfermagem. Quando esses profissionais realizam cursos de especialização, mestrado ou doutorado, transitam horizontalmente para um grau que corresponde à sua formação, ou seja, ocorre uma elevação de nível dentro de sua carreira.

<sup>99</sup> Foram organizados os seguintes cursos, nas diferentes modalidades: graduação – médicos integrais comunitários/medicina integral comunitária, enfermaria (licenciatura e técnico superior universitário) e gestão em saúde; pós-graduação – especialidade em medicina geral integral, em odontologia geral integral, em saúde pública (gestão, epidemiologia e saúde ocupacional), sendo essa última regionalizada; técnicos médios – eletromedicina, reabilitação, saúde oral, imagenologia, entre outros; e capacitação comunitária – agentes comunitários, comitês de saúde, conselhos locais de planificação local.

elevação do técnico médio para técnico superior, nos últimos anos, se tem investido na estruturação dessa formação criando a possibilidade de uma saída horizontal das carreiras de saúde. Assim, no que tange à configuração das novas carreiras, estas devem ser realizadas em quatro anos, havendo uma tendência para elaborar os programas curriculares através das competências – o que permite ao estudante inserir-se em algum posto de trabalho, mesmo sem haver terminado seu curso plenamente. Esta questão é de extrema importância no país, pois além de possibilitar uma entrada mais rápida no mercado de trabalho, há a possibilidade de continuidade dos estudos, realizando-se, inclusive, a licenciatura.

Os técnicos superiores são formados durante seis semestres, no nível de educação superior, que está a cargo do Ministerio de la Educación Superior e do Ministerio de Salud Pública. Há uma tendência de que os técnicos superiores complementem sua formação, realizando uma licenciatura e, posteriormente, alguma especialização.

De acordo com a representante do Ministerio de Salud Pública citada, o Ministerio de Planificación y Desarrollo vem construindo um manual descritivo dos cargos, a fim de instituir processos de profissionalização que consolide cada uma das carreiras.

O processo de elevação da formação e da carreira tem sido possível devido ao trabalho conjunto realizado entre o Ministerio de Educación, que deve formar de acordo com as necessidades do Ministerio de Salud, e o Ministerio de Planificación y Desarrollo que deve fazer a modificação no plano de carreira e no registro dos cargos.<sup>100</sup> Ess processo é de extrema importância, visto que o maior empregador na área da saúde é o Estado. Todo este trabalho vem modificando o sistema de contratação dos trabalhadores, priorizando-se a oferta dos benefícios sociais a cada trabalhador.

Em relação ao registro e à autorização para o exercício profissional, tal representante explica, ainda, que o Ministerio de Salud é o responsável por esses procedimentos, e não as sociedades médicas, conselhos ou

---

<sup>100</sup> Como exemplo desse processo, cita-se a carreira de radioterapia, que configurou a elevação por meio da formação acadêmica como licenciado. Esse mesmo trabalho de elevação foi realizado na área da enfermagem, possibilitando aos trabalhadores maior aprofundamento nos estudos. Atualmente, o licenciado em enfermagem possui uma formação realizada em cinco anos.

corporações profissionais. Todos os profissionais da saúde – médicos, técnicos, especialistas, subespecialistas – são registrados na base de dados do Ministerio de Salud, diretamente pela internet.

No que tange à cooperação internacional, o Ministerio del Poder Popular para la Educación Universitaria (Venezuela, 2010a) apresenta como meta aprofundar seus vínculos internacionais, privilegiando as relações com os países da América Latina e do Caribe, e de outros países do Sul, buscando instituir, entre outras ações: a criação de redes universitárias internacionais que impulsionem o intercâmbio de conhecimentos e experiências, assim como projetos conjuntos de pesquisa, formação ou ação social; a mobilidade de estudantes e professores, a fim de realizarem seus estudos e trabalhos acadêmicos em outros países ou entre instituições de diferentes países; e estabelecer acordos bilaterais ou multilaterais que fortaleçam as pós-graduações.

\*\*\*

Compreender as diversidades e assimetrias existentes entre os países que compõem ou podem vir a compor o Mercosul constitui um primeiro passo indispensável para se pensarem ações e políticas que tendam, efetivamente, à constituição de um espaço regional integrado. Como foi possível observar ao longo do capítulo, no que tange à situação dos trabalhadores técnicos em saúde, verificam-se assimetrias profundas entre os países considerados, derivadas de configurações nacionais específicas vinculadas tanto à histórica constituição de sistemas de educação e de saúde diferenciados quanto às diferenças de orientação das diretrizes de política desenvolvida por cada um na contemporaneidade. Entretanto, verificam-se também esforços e tendências convergentes que podem constituir um ponto de partida para se pensarem ações e políticas comuns. De um lado, a maior parte dos países tem registrado uma aproximação entre os setores responsáveis pela formação desses trabalhadores e aqueles que regulam seu trabalho e definem as linhas mestras do seu âmbito de atuação – ministérios da educação, universidade, ministérios de saúde. Essa aproxima-

ção, não isenta de conflitos, tem começado a render seus frutos visando a ordenamentos nacionais que podem estar na base de entendimentos regionais posteriores.<sup>101</sup>

De outro lado, também na maior parte dos países, registra-se um processo tendencial de extensão da escolaridade desses trabalhadores, deslocando-se para o nível superior de formação a maior parte das habilitações profissionais correspondentes. Embora a denominação dessas habilitações, o desenvolvimento de seus processos formativos, as bases materiais para a efetivação destes, seus conteúdos específicos e a inserção destes trabalhadores técnicos nas equipes de saúde tenham determinantes idiossincráticos nacionais ainda muito fortes, a análise do processo de trabalho poderá contribuir, futuramente, para o estabelecimento de equivalências e outros mecanismos que favoreçam a livre circulação desses trabalhadores. Entretanto, será necessário levar em consideração que, como aponta o *Documento de Maginhos*, essa meta “constitui um horizonte de longo prazo, que deveria estar baseado em um horizonte de universalização e construção de uma base regional comum de direitos e garantias para todos os habitantes de nossos países” (2009, p. 255).

---

<sup>101</sup> Na ata da Comissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional do SGT 11 do Mercosul, de maio de 2010, registra-se não só a necessidade de incluir na sua pauta negociadora a situação dos trabalhadores técnicos, mas também que isso deve ser feito “reafirmando a importância da articulação de políticas com o Ministerio de Educación”. Ver MERCOSUR/XXXIV SGT N° 11 “SALUD”/Comisión de Servicios de Atención a la Salud/Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional/Acta N° 01/10.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho surgiram diversas questões que indicam a necessidade de aprofundamento, tanto histórico e empírico quanto teórico e conceitual, em razão da abrangência e complexidade do objeto em estudo – a formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul. Apesar do esforço realizado, os resultados aqui apresentados ainda são necessariamente preliminares e, portanto, abrem uma agenda de pesquisa de longo prazo, de abrangência regional, de caráter comparado e preferencialmente interinstitucional. Essa agenda envolve estudos que permitam aprofundar o conhecimento sobre as características quantitativas e qualitativas da formação dos trabalhadores técnicos em saúde, sua certificação, a regulação e a regulamentação do exercício profissional, sua inserção no processo de trabalho em saúde e no mercado de trabalho setorial, assim como as condições e as características da sua circulação em âmbito nacional e regional. Com esse objetivo, iniciamos em 2010 a conformação de uma rede de equipes de pesquisa que inclui a participação de instituições parceiras na Argentina (Instituto de Investigaciones en Salud Pública – Universidad de Buenos Aires – IISP/UBA), no Uruguai (Escuela Universitaria de Tecnologías Médicas – Universidad de la República - EUTM/UdelaR) e no

Paraguai (Instituto Nacional de Salud – INS), com o intuito de levar adiante o trabalho proposto.<sup>1</sup>

Do ponto de vista do processo mais amplo, que acontece em escala regional, como ressaltamos no primeiro capítulo, deve-se levar em consideração que a circulação internacional de pessoas e de trabalhadores constitui não só um efeito (desejado ou não) de todo e qualquer processo de integração, mas também uma realidade histórica de nossas populações. Enquanto meta do processo de integração, entendemos que a livre circulação de trabalhadores e de pessoas constitui um horizonte de longo prazo, que deveria estar baseado nos princípios de universalização e construção de uma base regional comum de direitos e garantias para todos os habitantes dos nossos países. Entretanto, para evitar os efeitos duplamente perversos das migrações, tanto para aqueles que procuram “melhores oportunidades de vida” quanto para os países que perdem, muitas vezes, seus quadros qualificados, as condições para sua efetivação precisam ser construídas desde agora, na perspectiva de alcançar uma cidadania regional plena que proteja os direitos fundamentais de todos os “mercosulinos” e caminhe para a efetivação de um conjunto de direitos máximos comuns. Consideramos que essa perspectiva deveria balizar a definição de políticas setoriais específicas no âmbito do processo de integração, entre as quais as relativas à formação de trabalhadores técnicos em saúde para a região (Documento de Manguinhos, 2009).

No que diz respeito à formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Brasil, a abordagem histórica da configuração da saúde e da educação, realizada no capítulo 2, nos permite concluir que não existe, no país, uma política de formação profissional em saúde, mas uma política de formação profissional aplicada à saúde, regida, predominantemente, de acordo com critérios de mercado. Da mesma maneira, a análise das formas específicas que assume a formação de trabalhadores técnicos em saúde, em perspectiva quantitativa e qualitativa, leva-nos a verificar a existência de um mercado de formação adaptado ao setor saúde no qual se observa a predominância de um modelo baseado na pedagogia das competências e voltado para o mer-

---

<sup>1</sup> O novo projeto denomina-se *A formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul: entre os dilemas da livre circulação de trabalhadores e os desafios da cooperação internacional*, demarcando, em seu título, a ampliação do seu escopo.

cado de trabalho, distanciando-se assim de uma perspectiva de formação integral desses trabalhadores, ou seja, comprometendo não só uma apropriação integral das técnicas necessárias ao trabalho em saúde, apresentadas de forma descolada de seus fundamentos científicos e sociais, como também o desenvolvimento de um olhar crítico e reflexivo sobre o seu fazer social, sua inserção nos sistemas públicos de saúde e os determinantes sociais da sua atuação profissional. Como se depreende da caracterização dessa formação, realizada no capítulo 3, verifica-se essa diretriz também em alguns países do Mercosul, mesmo naqueles que pontuam um processo de ressignificação da pedagogia das competências – o que nos demonstra a hegemonia que esse conceito tem alcançado na região, independentemente da diretriz política oficial de cada um dos países do bloco.

Adicionalmente verificamos que, no caso do Brasil, esse modelo de formação se distancia também das políticas públicas de saúde na perspectiva de uma atenção integral, na medida em que uma formação de base flexneriana serve principalmente aos interesses do modelo hospitalar de atenção, não respondendo às necessidades de saúde da população em seu conjunto. Além disso, a análise indica que a lógica que impera tanto nas instituições formadoras públicas quanto nas privadas é predominantemente mercadológica na definição da oferta e do modelo de formação. Complementarmente, não apenas na formação dos trabalhadores técnicos em saúde mas também nos próprios serviços de saúde predomina uma lógica privatizante, que tende a fragmentar, ao mesmo tempo, a formação do trabalhador e a atenção do usuário. Algumas dessas tendências verificadas para o Brasil – principalmente a forte especialização profissional e a adoção do modelo de competências, como se descreve no capítulo 3 – encontram certas correspondências na especificidade histórica de outros países da região, particularmente aqueles que compõem o Mercosul. Nesse sentido, e considerando o panorama atual, podemos afirmar que os desafios nacionais e internacionais da educação profissional em saúde na perspectiva da educação integral dos trabalhadores estão longe de serem superados.

Por fim, e como foi possível observar ao longo do último capítulo, no que tange à situação dos trabalhadores técnicos em saúde, constatam-se assimetrias profundas entre os países considerados, derivadas de configurações nacionais específicas vinculadas tanto à histórica constituição de

sistemas de educação e de saúde diversificados quanto às diferenças de orientação das diretrizes de política desenvolvidas por cada um na contemporaneidade. Entretanto, verificam-se também esforços e tendências convergentes que podem constituir um ponto de partida para se pensarem ações e políticas comuns.

De um lado, a maior parte dos países tem registrado uma aproximação entre os setores responsáveis pela formação desses trabalhadores e aqueles que regulam seu trabalho, definindo as linhas mestras do seu âmbito de atuação (Ministério da Educação/universidade/Ministério de Saúde). Essa aproximação, não isenta de conflitos, tem começado a render seus frutos visando a ordenamentos nacionais que podem estar na base de entendimentos regionais posteriores.

De outro lado, também na maior parte dos países, registra-se um processo tendencial de extensão da escolaridade desses trabalhadores, deslocando-se para o nível superior de formação a maior parte das habilitações profissionais correspondentes. Embora a denominação dessas habilitações, o desenvolvimento de seus processos formativos, as bases materiais para a efetivação desses, seus conteúdos específicos e a inserção dos trabalhadores técnicos nas equipes de saúde tenham determinantes idiosincráticos nacionais ainda muito fortes, a análise do processo de trabalho poderá contribuir, futuramente, para o estabelecimento de equivalências e outros mecanismos que favoreçam a livre circulação desses trabalhadores.

Portanto, o desafio que está posto na continuidade deste estudo é a compreensão das diversidades e assimetrias existentes entre os países que compõem ou podem vir a compor o Mercosul. Entendemos que isso constitui um primeiro passo indispensável para se pensarem ações e políticas de educação profissional em saúde que tendam, efetivamente, à constituição de um espaço regional integrado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMZÓN, Mónica. *Argentina: recursos humanos en salud en 2004*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud, 2005.

ALBANO, Daniel R.; WANSIDLER, Gustavo; ROSENBAUM, Jorge. Desarrollo de la propuesta de construcción curricular para las tecnicaturas de nivel superior del campo de la salud. In: PRONKO, Marcela A.; CORBO, Anamaria D. *A silhueta do invisível: a formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

ALMEIDA, Guy de. Potencialidades e limites dos processos de integração supranacional desde uma perspectiva política, com ênfase no Mercosul. In: FAUSTO, Ayrton; PRONKO, Marcela A.; YANNOULAS, Silvia (org.). *Políticas públicas de trabalho e renda na América Latina e no Caribe*. Brasília: Abaré, 2003. V. 1: Processos de integração supranacional e articulação de políticas públicas.

ARGENTINA. *Constitución Nacional de la República Argentina*. Buenos Aires: Presidencia de la Nación, 1994.

\_\_\_\_\_. Decreto n° 455/2000. Marco estratégico-político para la salud de los argentinos. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, 8 jun. 2000.

\_\_\_\_\_. Decreto n° 499/1995. Reglamenta la Ley Nacional de Educación. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, 29 sept. 1995a.

\_\_\_\_\_. Ley n° 23.660, de 29 de diciembre de 1988. Ley de Obras Sociales. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, 20 ene. 1989a.

\_\_\_\_\_. Ley n° 23.661, de 29 de diciembre de 1988. Creación del Sistema Nacional de Seguro de Salud. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, 20 ene. 1989b.

\_\_\_\_\_. Ley n° 24.049. Transferencia a las provincias y a la municipalidad de Buenos Aires de servicios educativos. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, 7 ene. 1992.

\_\_\_\_\_. Ley n° 24.195. Ley Federal de Educación. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, 5 mayo 1993a.

\_\_\_\_\_. Ley n° 24.521. Ley Nacional de Educación Superior. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, 10 ago. 1995b.

\_\_\_\_\_. Ley n° 26.058. Ley de Educación Técnico-Profesional. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, 7 sept. 2005.

\_\_\_\_\_. Ley n° 26.206. Ley de Educación Nacional. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, 28 dic. 2006.

\_\_\_\_\_. *Resolución n° 1.027*. Crea el Programa de Profesionalización de Auxiliares de Enfermería. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 1993b.

\_\_\_\_\_. Ministerio de Salud de la Nación. *Bases del plan federal de salud 2004-2007*. Buenos Aires: Consejo Federal de Salud, 2004.

ARISTÓTELES. *A política*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

AROUCA, Sérgio. A Reforma Sanitária brasileira. *Tema – Radis*, n. 11, p. 2-4, nov. 1988.

\_\_\_\_\_. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Editora da Unesp; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

BAHIA, Ligia. *A démarche do privado e público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1998-2008*. In:

MATTA, Gustavo C.; LIMA, Júlio César França (org.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008. p. 123-185.

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID). *El sistema educativo uruguayo: estudio de diagnóstico y propuesta de políticas públicas para el sector*. Montevideo: BID, Departamento Regional de Operaciones, División de Programas Sociales, 2000. Disponível em: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=627147>. Acesso em: jan. 2011.

BARBIERO, Alan; CHALOULT, Yves. A declaração sociolaboral do Mercosul: avanço na dimensão social? *Múltipla*, Brasília, v. 4, n. 7, p. 9-34, dez. 1999.

BARRIGA, Angel Díaz. Uma polêmica em relação ao exame. In: ESTEBAN, Maria Teresa. *Avaliação: uma prática em busca de novos sentidos*. Rio de Janeiro: DP&A, 1999.

BELMARTINO, Susana. Los valores vinculados a equidad en la reforma de la atención médica en Argentina. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1.067-1.076, jul.-ago. 2002.

BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. *Dicionário de política*. 5. ed. Brasília: Editora UnB; São Paulo: Imprensa Oficial, 2004.

BOITO JUNIOR, Armando. *Política neoliberal e sindicalismo no Brasil*. São Paulo: Xamã, 1999.

BOLÍVIA. *Constitución política del Estado*. La Paz: Presidencia de la República, 2009. Disponível em: <http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/verGratis/36208>. Acesso em: mar. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministerio de Educación. *La educación en Bolivia*. Indicadores, cifras y resultados. La Paz: Ministerio de Educación, 2004.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *Nueva Ley de Educación Boliviana*. La Paz: Ministerio de Educación, 2006. Disponível em: <http://www.minedu.gov.bo>. Acesso em: jun. 2008.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *Resultados del Programa Nacional de Alfabetización*. La Paz: Ministerio de Educación, 2009. Disponível em: <http://www.minedu.gov.bo/minedu/pna/indice.html>. Acesso em: mar. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministerio de Salud y Deportes. *Salud familiar comunitaria intercultural*. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes, [s.d.]. Disponível em: <http://www.rm-safci.gob.bo/index.php?type=Page&accion=presentacion>. Acesso em: out. 2010.

BRASIL. *Constituição Federal*. Brasília: Presidência da República, 1988.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 2.208, de 17 de abril de 1997. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 42 da lei nº 9.394, de 20 de dez. de 1996. *Diário Oficial*, Brasília, 18 abr. 1997.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 5.154, de 23 de julho de 2004. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 41 da lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. *Diário Oficial*, Brasília, 26 jul. 2004.

\_\_\_\_\_. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial*, Brasília, p. 9.273, 26 jun. 1986.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial*, Brasília, 19 set. 1990a.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e outras providências. *Diário Oficial*, Brasília, 31 dez. 1990b.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial*, Brasília, 23 dez. 1996.

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

- \_\_\_\_\_. Ministério da Educação. *Educação profissional: referenciais curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico. Área profissional: Saúde*. Brasília: Ministério da Educação, 2000a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/saude.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2010.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *Escolas técnicas de saúde*. Subsídios para sua implantação. Brasília: Ministério da Educação, 1989.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *Parecer CNE/CEB nº 11, de 12 de junho de 2008*. Proposta de instituição do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos de Nível Médio. Brasília: Ministério da Educação, 2008.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *Parecer CNE/CEB nº 15, de 1º de junho de 1998*. Trata das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Médio. Brasília: Ministério da Educação, 1998a.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *Parecer CNE/CEB nº 16, de 5 de outubro de 1999*. Trata das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. Brasília: Ministério da Educação, 1999a.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *Referências conceituais para a organização do sistema de certificação de competências/Profdae*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *Resolução CNE/CEB nº 3, de 26 de junho de 1998*. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Médio. Brasília: Ministério da Educação, 1998b.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *Resolução CNE/CEB nº 3, de 3 de setembro de 2009*. Dispõe sobre a instituição do Sistema Nacional de Informações da Educação Profissional e Tecnológica (Sistec), em substituição ao Cadastro Nacional de Cursos Técnicos de Nível Médio (CNCT), definido pela resolução CNE/CEB nº 4/1999. Brasília: Ministério da Educação, 2009.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *Resolução CNE/CEB nº 4, de 8 de dezembro de 1999*. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. Brasília: Ministério da Educação, 1999b.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *A saúde no Mercosul*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde*. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Sgets). *Seminário Internacional sobre Mercado de Trabalho: formação e regulação no âmbito do Mercosul*. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 12 a 14 de novembro de 2003b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario\\_internacional\\_mercado\\_trabalho2a.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario_internacional_mercado_trabalho2a.pdf). Acesso em: fev. 2011.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Avaliação institucional do Profae: principais resultados até dezembro de 2002*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério das Relações Exteriores. *Mercosul*. Organograma do Mercosul. Brasília: Ministério das Relações Exteriores, [s.d.]. Disponível em: <http://www.mercosul.gov.br/organograma/organograma-mercosul/view>. Acesso em: fev. 2011.

CAMARGO, Sônia de. O processo de integração regional: a livre circulação de trabalhadores no Mercosul. In: PRONKO, Marcela A.; CORBO, Anamaria D. *A silhueta do invisível: a formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

CAMPELLO, Ana Margarida B.; LIMA, Júlio César França. *Formación de tecnólogos en salud en Brasil: tendencias y situación actual*. In: CONGRESO DE TECNOLOGÍA DE LA SALUD, 1. *Anales...* Havana (Cuba), 23 a 26 abr. 2007.

CANIVEZ, Patrice. *Educar o cidadão? Ensaio e textos*. Campinas: Papyrus, 1991.

CANQUÍ, María Isabel Fernández; CHOQUE, Elba Oliveira. La formación de trabajadores técnicos en salud en Bolivia: desafíos y perspectivas de la formación de los trabajadores y técnicos en salud. In: PRONKO, Marcela A.; CORBO, Anamaria D. *A silhueta do invisível: a formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

CARDONA, Roxana; SAAVEDRA, Romeo. Formación y certificación de los trabajadores técnicos. Escuela Técnica de Salud. In: PRONKO, Marcela A.; CORBO, Anamaria D. *A silhueta do invisível: a formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

CAVAGNARI, Luzia Borsato. Projeto político-pedagógico, autonomia e realidade escolar: entraves e contribuições. In: VEIGA, Ilma Passos A.; RESENDE, Lucia Maria G. (org.). *Escola: espaço do projeto político-pedagógico*. Campinas: Papirus, 1998. p. 95-112.

CEA, Georgia S. dos S. *A qualificação profissional entre fios invisíveis: uma análise crítica do Planfor*. 2003. Tese (Doutorado em Educação: História, Política e Sociedade) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação: História, Política e Sociedade, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

CECCIM, Ricardo B.; ARMANI, Teresa B.; ROCHA, Cristianne F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 2, p. 373-383, 2002.

CHESNAIS, François. *A mundialização do capital*. São Paulo: Xamã, 1996.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA LA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). *La hora de la igualdad: brechas por cerrar, caminos por abrir*. Santiago do Chile: Organización de Las Naciones Unidas, 2010.

\_\_\_\_\_. *Objetivos de desarrollo del milenio*. La progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe. Santiago do Chile: Organización de Las Naciones Unidas, 2008.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). *Sistema S da Saúde*. Brasília: CNS, [s.d.]. Disponível em: <http://www.cns.org.br>. Acesso em: jan. 2010.

CONNEL, R. W. Pobreza e educação. In: GENTILI, Pablo (org.). *Pedagogia da exclusão: crítica ao neoliberalismo em educação*. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 11-42.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). *Resolução Cofen nº 276/2003*. Regula a concessão de inscrição provisória ao auxiliar de enfermagem. Rio de Janeiro: Cofen, 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). *Resolução nº 287, de 8 de outubro de 1998*. Relaciona 14 (quatorze) categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação no CNS. Brasília: CNS, 1998.

CORDÃO, Francisco. A certificação profissional no Brasil. *Boletín Técnico Interamericano de Formación Profesional*, Montevideo, n. 52, p. 215-222, 2002.

COUTINHO, Carlos Nelson. O Estado brasileiro: gênese, crise, alternativas. In: LIMA, Júlio César França; NEVES, Lúcia Maria Wanderley (org.). *Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 173-200.

CULTELLI, Gabriela; TAJAM, Héctor. Uruguay: el cambio estructural – el sistema educativo primario y medio hacia fines del siglo XX. In: FEDERACIÓN NACIONAL DE PROFESORES DE ENSEÑANZA SECUNDARIA DEL URUGUAY (FENAPES); ASOCIACIÓN DE FUNCIONARIOS DE LA UNIVERSIDAD DEL TRABAJO DEL URUGUAY (AFUTU). *Las reformas educativas en los países del Cono Sur: Informe Nacional Uruguay*. Buenos Aires: LPP Buenos Aires, 2005. p. 26-36.

CUNHA, Luiz Antônio. Ensino médio e ensino técnico na América Latina: Brasil, Argentina e Chile. In: YANNOULAS, Silvia (org.). *Atuais tendências na educação profissional*. Brasília: Flacso–Paralelo 15, 2001.

\_\_\_\_\_. Ensino médio e ensino técnico na América Latina: Brasil, Argentina e Chile. *Cadernos de Pesquisa*, Fundação Carlos Chagas, São Paulo, n. 111, p. 47-70, dez. 2006.

DE ROSSI, Vera L. S. *Gestão do projeto político-pedagógico: entre corações e mentes*. São Paulo: Moderna, 2004.

DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICAS, ENCUESTAS Y CENSOS (DGEEC). *Principales resultados de pobreza y distribución del ingreso*. Encuesta permanente de hogares (EPH) 2009. Assunção: DGEEC, 2010. Disponível em: <http://www.dgeec.gov.py>. Acesso em: fev. 2011.

\_\_\_\_\_. *Principales resultados*. Encuesta permanente de hogares – 2007. Assunção: DGEEC, 2008. Disponível em: <http://www.dgeec.gov.py>. Acesso em: abr. 2009.

DOCUMENTO de Manguinhos sobre a formação dos trabalhadores técnicos de saúde no Brasil e no Mercosul. In: PRONKO, Marcela A.; CORBO, Anamaria D. *A silhueta do invisível: a formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

\_\_\_\_\_. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DURÉ, Isabel. Los desafíos y las perspectivas de la formación de los trabajadores técnicos de la salud: la situación en Argentina. In: PRONKO, Marcela A.; CORBO, Anamaria D. *A silhueta do invisível: a formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

EINISMAN, Carlos Gerardo. Los técnicos de la salud en Argentina o la silueta de lo invisible. In: PRONKO, Marcela A.; CORBO, Anamaria D. *A silhueta do invisível: a formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (EPSJV). *Trabalhadores técnicos em saúde: formação profissional e mercado de trabalho*. Rio de Janeiro: Observatório dos Técnicos em Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde. *Banco de dados da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV–Fiocruz, [s.d.]. Disponível em: <http://www.observatorio.epsjv.fiocruz.br/home.php?pagina=conteudo.php&Area=PaginaAvulsa&Num=517>. Acesso em: fev. 2011.

ESPINOZA REVOLLO, Patricia. *Social Stratification in Bolivia*. La Paz: Pnud, 2006. (Working Paper, 2). Disponível em: [http://idh.pnud.bo/usr\\_](http://idh.pnud.bo/usr_)

files/informes/nacional/INDH2007/documentos/SocialstratificationBolivia2006.pdf. Acesso em: fev. 2009.

ESTEBAN, Maria Teresa. *O que sabe quem erra?* Reflexões sobre avaliação e fracasso escolar. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

FERREIRA, María Carmen. *La formación profesional en el Mercosur*. Montevideu: Cinterfor, 2003.

FREITAS, Helena Costa Lopes de. O trabalho e a relação teoria e prática. In: \_\_\_\_\_. *O trabalho como princípio articulador na prática de ensino e nos estágios*. Campinas: Papirus, 1996. p. 30-50.

FRIGOTTO, Gaudêncio. *A produtividade da escola improdutiva: um (re)exame das relações entre educação e estrutura econômico-social e capitalista*. São Paulo: Cortez, 1986.

\_\_\_\_\_. Capital humano. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. p. 66-72.

\_\_\_\_\_. Fundamentos científicos e técnicos da relação trabalho e educação no Brasil de hoje. In: LIMA, Júlio César França; NEVES, Lúcia Maria Wanderley (org.). *Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 241-288.

\_\_\_\_\_. Os delírios da razão: crise do capital e metamorfose conceitual no campo educacional. In: GENTILI, Pablo (org.). *Pedagogia da exclusão: crítica ao neoliberalismo em educação*. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 77-108.

GADOTTI, Moacir. *O Mercosul educacional e os desafios do século XXI*. Brasília: Inep, 2007. Disponível em: [http://www.publicacoes.inep.gov.br/arquivos/%7BC53EAC1E-B722-4CCB-8218-C7B8C1FB5AB6%7D\\_DISCUSS%C3%83O%20N%C2%BA%2025.pdf](http://www.publicacoes.inep.gov.br/arquivos/%7BC53EAC1E-B722-4CCB-8218-C7B8C1FB5AB6%7D_DISCUSS%C3%83O%20N%C2%BA%2025.pdf). Acesso em: fev. 2011.

\_\_\_\_\_. *Projeto político-pedagógico da escola cidadã*. Construindo a escola cidadã: projeto pedagógico. Brasília: MEC, 1998. (Série Estudos/Educação a Distância).

GARCÍA, Juan César. Medicina e sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde. In: NUNES, Everardo Duarte (org.). *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983. p. 95-132.

\_\_\_\_\_. *Pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez, 1989.

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

GONÇALVES, Wagner. *Parecer sobre terceirização e parcerias na saúde pública*. Brasília: Ministério Público Federal, 1998. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/WAGTERC.htm>. Acesso em: fev. 2011.

GULINO CANESE, Raúl Fernando. La formación de trabajadores técnicos en salud y el proceso de integración: la perspectiva paraguaya. In: PRONKO, Marcela A.; CORBO, Anamaria D. *A silhueta do invisível: a formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

HIDALGO, M. Los sistemas de salud de Cuba y Uruguay en el contexto de América Latina: una reflexión. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 1, p. 169-174, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária 2005*. Rio de Janeiro: IBGE, 2006. Disponível em: [http://www.ibge.com.br/home/estatistica/populacao/condicao\\_de\\_vida/ams/2005/default.shtm](http://www.ibge.com.br/home/estatistica/populacao/condicao_de_vida/ams/2005/default.shtm). Acesso em: fev. 2011.

\_\_\_\_\_. *IBGE países*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/paisesat/main.php>. Acesso em: abr. a nov. 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA DE BOLÍVIA (INE). *Bolivia: distribución porcentual de la población de 12 años y más por sexo, según área y autoidentificación étnica, 2007-2008 (en porcentaje)*. La Paz:

INE, [s.d.]a. Disponível em: <http://static-200-105-141-238.accelerate.net/indice/visualizador.aspx?ah=PC30804.HTM>. Acesso em: 16 de fev. 2011.

\_\_\_\_\_. *Bolivia: distribución porcentual de la población por sexo, según área e idioma materno, 2007-2008* (en porcentaje). La Paz: INE, [s.d.]b. Disponível em: <http://www.ine.gob.bo/indice/visualizador.aspx?ah=PC30801.HTM>. Acesso em: mar. 2009.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA DE URUGUAY (INE). *Encuesta nacional de hogares ampliada*. Montevideo: INE, 2006a. Disponível em: <http://www.ine.gub.uy/enha2006/enha.asp>. Acesso em: maio 2009.

\_\_\_\_\_. *Situación de la vivienda en Uruguay: informe de divulgación*. Montevideo: INE, 2006b. Disponível em: [http://www.ine.gub.uy/enha2006/ENHA\\_Vivienda\\_%20Final\\_Corr.pdf](http://www.ine.gub.uy/enha2006/ENHA_Vivienda_%20Final_Corr.pdf). Acesso em: fev. 2011.

\_\_\_\_\_. *Uruguay en cifras. Población urbana, por atención de la salud, según grandes áreas y grupos de población*. Montevideo: INE, 2009. Disponível em: <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/uruguayencifras2010/Salud.pdf>. Acesso em: nov. 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA DE VENEZUELA (INE). *Alumnos matriculados en educación media, diversificada y profesional, por dependencia del plantel, según año escolar, 1992/93-2006/07*. Caracas: INE, [s.d.]a. Disponível em: [http://www.ine.gov.ve/condiciones/cuadro\\_educacion.asp?Tt=227-19&cuadro=Educacion\\_227\\_19&xls=22719](http://www.ine.gov.ve/condiciones/cuadro_educacion.asp?Tt=227-19&cuadro=Educacion_227_19&xls=22719). Acesso em: fev. 2011.

\_\_\_\_\_. *Indicadores demográficos, 2003-2007*. Caracas: INE, [s.d.]b. Disponível em: [http://www.ine.gov.ve/crecimientodemografico/indicadores\\_demograficos.htm](http://www.ine.gov.ve/crecimientodemografico/indicadores_demograficos.htm). Acesso em: fev. 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (INDEC). *Cambios en el mercado de trabajo durante el período 2003-2008: estudio sobre la evolución de algunas variables relevadas por la Encuesta Permanente de Hogares (EPH Continua) en el período 2003-2008*. Buenos Aires: Indec, 2008. Disponível em: [http://www.indec.mecon.ar/nuevaweb/cuadros/4/empleo\\_cambios03-08.pdf](http://www.indec.mecon.ar/nuevaweb/cuadros/4/empleo_cambios03-08.pdf). Acesso em: fev. 2011.

\_\_\_\_\_. *Cantidad de docentes en establecimientos de educación formal y variación relativa del período*. Total del país según provincia. Años 1994 y 2004. Buenos Aires: Indec, [s.d.]a. Disponível em: [http://www.indec.mecon.ar/principal.asp?id\\_tema=79](http://www.indec.mecon.ar/principal.asp?id_tema=79). Acesso em: fev. 2011.

\_\_\_\_\_. *Encuesta complementaria de pueblos indígenas 2004-2005*. Buenos Aires: Indec, [s.d.]b. Disponível em: [http://www.indec.mecon.ar/webcenso/ECPI/index\\_ecpi.asp](http://www.indec.mecon.ar/webcenso/ECPI/index_ecpi.asp). Acesso em: fev. 2011.

\_\_\_\_\_. *Encuesta permanente de hogares continua*. Buenos Aires: Indec, 2003.

INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). *Cadastro nacional de cursos técnicos*. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/setec/CNCT>. Acesso em: maio-jun. 2007.

KATZ, Claudio. *El rediseño de América Latina: Alca, Mercosur y Alba*. Buenos Aires: Luxemburg, 2006.

\_\_\_\_\_. *Integración o unidad latinoamericana*. In: CONGRESO DE ECONOMÍA DEL DESARROLLO, 1. *Anales...* Málaga: Universidad de Málaga, 13 a 15 de diciembre de 2007. Disponível em: [http://www.lahaine.org/katz/b2-img/katz\\_integ.pdf](http://www.lahaine.org/katz/b2-img/katz_integ.pdf). Acesso em: fev. 2011.

LANDER, Edgardo. Venezuela: a busca de um projeto contra-hegemônico. In: CECEÑA, Ana Esther. *Hegemonias e emancipações no século XXI*. Buenos Aires: Clacso, 2005. Disponível em: [http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/grupos/cece2PT/10\\_lander.pdf](http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/grupos/cece2PT/10_lander.pdf). Acesso em: maio 2010.

LAURELL, Asa Cristina. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, Everardo Duarte (org.). *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983. p. 133-158.

LEHER, Roberto. Um novo senhor da educação? A política do Banco Mundial para a periferia do capitalismo. *Outubro*, v. 1, n. 3, p. 19-30, 1999.

LIMA, Júlio César França. *Política de saúde e formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem*. 2010. Tese (Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana) – Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

\_\_\_\_\_ et al. Educação profissional em enfermagem: uma releitura a partir do Censo Escolar 2001. *Formação*, Ministério da Saúde, Brasília, v. 2, n. 6, p. 37-54, set.-dez. 2002.

\_\_\_\_\_ et al. Educação profissional em saúde: uma análise a partir do Censo Escolar 2002. In: BRASIL. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. V. 2, p. 203-222.

\_\_\_\_\_ et al. Mapeando a educação profissional de nível técnico em saúde no Brasil. In: FALCÃO, André et al. (org.). *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. V. 1, p. 293-316.

MACHADO, Cristiani Vieira. Novos modelos de gerência nos hospitais públicos: as experiências recentes. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 105-197, 2001.

MACHADO, Lucília Regina de Souza. Mudanças tecnológicas e a educação da classe trabalhadora. In: \_\_\_\_\_ et al. *Trabalho e educação*. 2. ed. Campinas: Papirus, 1994.

MACHADO, Maria Helena. A formação dos trabalhadores técnicos em saúde e o processo de integração: a perspectiva brasileira. In: PRONKO, Marcela A.; CORBO, Anamaria D. *A silhueta do invisível: a formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

\_\_\_\_\_ ; PAULA, Aída El-Khoury de; AGUIAR FILHO, Wilson. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2, p. S292-S301, 2007.

MARQUES, Cláudia Maria da Silva. Certificação de competências profissionais: o que o Profae está pensando e fazendo. *Formação*, Ministério da Saúde, Brasília, v. 2, n. 1, p. 53-60, 2001.

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

MATTA, Gustavo Corrêa. A Organização Mundial da Saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 3, n. 2, p. 371-396, 2005.

\_\_\_\_\_. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: \_\_\_\_\_. MOURA, Ana Lúcia de (org.). *Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do sistema único de saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio–Fiocruz, 2007. p. 61-80.

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

MERCADO COMUM DO SUL (MERCOSUL). Plan del Sector Educativo del Mercosur 2006-2010. [S.l.]: Mercosul, 2004. Disponível em: [http://portal.mj.gov.br/sedh/mercosul/PLAN\\_DEL\\_SECTOR\\_EDUCATIVO\\_DEL\\_MERCOSUR.pdf](http://portal.mj.gov.br/sedh/mercosul/PLAN_DEL_SECTOR_EDUCATIVO_DEL_MERCOSUR.pdf). Acesso em: fev. 2011.

\_\_\_\_\_. *Plano Trienal do Setor Educacional do Mercosul 1998-2000*. [S.l.]: Mercosul, 1998. Disponível em: <http://www.sic.inep.gov.br>. Documentos e Referências. Planos. Acesso em: fev. 2011.

\_\_\_\_\_. *Tratado de Assunção*. Tratado para a constituição de um mercado comum entre a República Argentina, a República Federativa do Brasil, a República do Paraguai e a República Oriental do Uruguai, assinado em Assunção, em 26 de março de 1991. Assunção: Mercosul, 1991a. Disponível em: <http://www.mercosul.gov.br/tratados-e-protocolos/tratado-de-assuncao-1/>. Acesso em: fev. 2011.

\_\_\_\_\_. *Protocolo de intenções*. Assinado em Brasília, em 13 de dezembro de 1991. Brasília: Mercosul, 1991b. Disponível em: <http://www.sic.inep.gov.br>. Documentos e Referências. Acordos. Acesso em: fev. 2011.

MILA, Juan. *Os desafios e as perspectivas da formação dos trabalhadores técnicos em saúde: a situação dos países do Mercosul*. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FORMAÇÃO DE TRABALHADORES TÉCNICOS EM SAÚDE NO BRASIL E NO MERCOSUL. Rio de Janeiro: Escola Politéc-

nica de Saúde Joaquim Venâncio, 24 a 26 de novembro de 2008. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Destaque&Num=63>. Acesso em: out. 2009.

MIRANDA, Roberto Alfredo. O projeto educativo do Mercosul: notas sobre a problemática internacional. *Teias*, Faculdade de Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, jul.-dez. 2001.

NEVES, Carmem Moreira de Castro. Autonomia da escola pública: um enfoque operacional. In: VEIGA, Ilma Passos A. (org.). *Projeto político-pedagógico da escola: uma construção possível*. Campinas: Papyrus, 1995.

NEVES, Lúcia Maria Wanderley. A reforma da educação superior e a formação de um novo intelectual urbano. In: SIQUEIRA, Ângela C. de; NEVES, Lúcia Maria Wanderley (org.). *Educação superior: uma reforma em processo*. São Paulo: Xamã, 2006. p. 81-106.

\_\_\_\_\_. A sociedade civil como espaço estratégico de difusão da nova pedagogia da hegemonia. In: \_\_\_\_\_ (org.). *A nova pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso*. São Paulo: Xamã, 2005. p. 85-125.

\_\_\_\_\_; PRONKO, Marcela A. *O mercado do conhecimento e o conhecimento para o mercado: da formação para o trabalho complexo no Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008.

NUNES, Everardo Duarte (org.). *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1985.

O'DONNELL, Guillermo. Notas sobre la democracia en América Latina. In: PÁSARA, Luis (org.). *El debate conceptual sobre la democracia*. Lima: Pnud, 2004.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). International Human Development Indicators. In: \_\_\_\_\_. *Human Development Report 2010*. Washinton, D.C.: ONU, 2010. Disponível em: <http://hdrstats.undp.org/en/indicators/53906.html>. Acesso em: dez. 2010.

\_\_\_\_\_. United Nations Statistic Division. *Size and structure of the population*. Demographic 2006. Population by sex, rate of population increase, surface area and density. Nova York: United Nations, 2008. Disponível em: <http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dyb2006/Table03.pdf>. Acesso em: abr. 2009.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Estadísticas sanitarias mundiales 2009*. Paris: OMS, 2009. Disponível em: [http://www.who.int/whosis/whostat/ES\\_WHS09\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS09_Full.pdf). Acesso em: fev. 2011.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *Perfil de los sistemas de salud*. Washington, D.C.: OPS, 2008.

\_\_\_\_\_. *Salud en las Américas*. Países. Washington, D.C.: OPS, 2002. V. 2.

\_\_\_\_\_. *Salud en las Américas*. Países. Washington, D.C.: OPS, 2007. V. 2.

\_\_\_\_\_; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Recursos humanos em saúde no Mercosul*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

PAGANO, Ana; FINNEGAN, Florencia. *El derecho a la educación en Argentina*. Buenos Aires: Fundación Laboratorio de Políticas Públicas, 2007.

PAIM, Jairnilson S. *Reforma Sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

PARAGUAI. *Constitución de la República del Paraguay*. Assunção: Gaceta Oficial, 1992.

\_\_\_\_\_. *Decreto n° 19.966, de febrero de 1998*. Reglamenta la descentralización sanitaria local, la participación ciudadana y la autogestión en salud. Assunção: Gaceta Oficial, 1998a.

\_\_\_\_\_. *Ley n° 1.032, de 30 de diciembre de 1996*. Ley que crea el Sistema Nacional de Salud. Assunção: Gaceta Oficial, 1996.

\_\_\_\_\_. *Ley n° 1.264, de 14 de mayo de 1998*. Ley General de Educación. Assunção: Gaceta Oficial, 1998b.

\_\_\_\_\_. *Ley n° 836/1980, de 15 de diciembre de 1980*. Ley del Código Sanitario. Assunção: Gaceta Oficial, 1980.

\_\_\_\_\_. Ministerio de Educación y Cultura. *Población indígena. Situación educativa*. Assunção: Ministerio de Educación y Cultura, 2008. Disponível em: <http://www.mec.gov.py>. Acesso em: abr. 2009.

PAULANI, Leda M. O projeto neoliberal para a sociedade brasileira: sua dinâmica e seus impasses. In: LIMA, Júlio César França; NEVES, Lúcia Maria Wanderley. *Fundamentos da educação escolar no Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 67-107.

PAZ ARAUCO, Verónica. El desafío urgente: actuar ante la asimetría departamental. Documento de trabajo 4/2008. In: PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO. *Informe Nacional sobre Desarrollo Humano – 2009*. La Paz: Pnud, [s.d.]. Disponível em: <http://www.idh.pnud.bo>. Acesso em: maio 2010.

PERALTA, Victoria; PERROTA, Martha. *Paraguay: contexto económico, político y social: situación general del país*. 2005. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd53/dersal/cap9.pdf>. Acesso em: set. 2008.

PEREIRA, Isabel Brasil. *A formação profissional em serviço no cenário do Sistema Único de Saúde*. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação: História, Política e Sociedade, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

\_\_\_\_\_; LIMA, Júlio César França. Educação profissional em saúde. In: \_\_\_\_\_. (org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

PEREIRA, João Márcio Mendes. *O Banco Mundial como ator político, intelectual e financeiro: 1944-2008*. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira, 2010.

PEREIRA, Larissa Dahmer. A gestão da força de trabalho em saúde na década de 90. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 363-382, 2004.

PIRES, Denise. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo: Annablume, 1998.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). *Relatório do desenvolvimento 2009*. Brasília: Pnud, 2010. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/rdh/>. Acesso em: set. 2010.

PRONKO, Marcela A. A formação de técnicos em saúde no Mercosul: entre as políticas nacionais de saúde e os entraves da integração regional. In: PEREIRA, Isabel Brasil; DANTAS, André V. (org.). *Estudos de politécnica e saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. V. 3, p. 11-31.

\_\_\_\_\_. As políticas de formação profissional impulsionadas pelos organismos internacionais no Mercosul. In: YANNOULAS, Silvia (org.). *Atuais tendências na educação profissional*. Brasília: Paralelo 15, 2001.

\_\_\_\_\_. *Recomendación 195 de OIT*. Cuestiones históricas y actuales. Montevideú: Cinterfor, 2005.

\_\_\_\_\_; CORBO, Anamaria D. *A silhueta do invisível: a formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

RAMOS, Marise Nogueira. *A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?* São Paulo: Cortez, 2002.

\_\_\_\_\_. A pesquisa sobre educação profissional em saúde no Mercosul: uma contribuição para políticas de integração regional referentes à formação de trabalhadores técnicos em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2, 2007a.

\_\_\_\_\_. Itinerário formativo. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

\_\_\_\_\_. Pedagogia das competências. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. p. 299-305.

\_\_\_\_\_. Políticas públicas de educação profissional em saúde no Brasil e no Mercosul. In: SEMINÁRIO DE PESQUISA TRABALHO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EDUCAÇÃO: PROJETOS EM DISPUTA NA SOCIEDADE BRASILEIRA. *Anais...* Rio de Janeiro, 4 e 6 de dezembro de 2006. Rio de Janeiro: UFF–Uerj–Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007b.

\_\_\_\_\_. Possibilidades e desafios na organização do currículo integrado. In: FRIGOTTO, Gaudêncio; CIAVATTA, Maria; RAMOS, Marise Nogueira (org.). *Ensino médio integrado: concepções e contradições*. São Paulo: Cortez, 2005. p. 106-127.

\_\_\_\_\_. *Referências teórico-metodológicas da educação profissional em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, 2007c. (Mimeo.).

\_\_\_\_\_. *Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio—Editora UFRJ, 2010.

\_\_\_\_\_ et al. *Um panorama sobre as correntes pedagógicas críticas e não-críticas*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008. (Mimeo.).

RIBEIRO, José Mendes; COSTA, Nilson do Rosário. Experiências em gestão descentralizada de redes e organizações. In: NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI, Geraldo (org.). *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: Unicamp, 2001. p. 529-554.

RÍGOLI, Félix; SUGO, Milagros; SERRA, Joaquim. Formação e mercado de trabalho de algumas categorias profissionais de saúde no Uruguai. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (org.). *Recursos humanos em saúde no Mercosul*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. *Integração docente-assistencial em saúde. Origens, implicações e perspectivas*. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

\_\_\_\_\_. *Saúde: promessas e limites da Constituição*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

SANTANA, José Paranaguá de. Dimensões políticas da RET-SUS. *Vox Poli*, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, Rio de Janeiro, jan.-mar. 2001.

SCHRAIBER, Lilia. *Educação médica e capitalismo*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.

SILVA, Tomaz Tadeu da. *O currículo como fetiche: a poética e a política do texto curricular*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

\_\_\_\_\_. Currículo como prática de significação. In: \_\_\_\_\_. *O currículo como fetiche: a poética e a política do texto curricular*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. p. 7-21.

SOUSA, José Vieira; CORRÊA, Julian. Projeto pedagógico: a autonomia construída no cotidiano da escola. In: VIEIRA, Sofia Lerche (org.). *Gestão da escola: desafios a enfrentar*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. p. 47-75.

SOUZA, André de Mello e; OLIVEIRA, Ivan Tiago M.; GONÇALVES, Samo Sérgio. Mercosul: assimetrias estruturais em debate. *Boletim de Economia e Política Internacional*, Ipea, Brasília, n. 1, jan.-mar. 2010.

STAUFFER, Anakeila de Barros. *Projeto político-pedagógico: instrumento consensual e/ou contra-hegemônico à lógica do capital?* Tese (Doutorado em Ciências Humanas–Educação) – Programa de Pós-graduação em Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

SUÁREZ, Benny; HEREDIA, Henny Luz. *Barrio Adentro: eje articulador de las políticas sociales y de la construcción del sistema público nacional de salud en Venezuela*. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Escola Nacional de Saúde Pública, 2006.

TORREZ, Milta Neide F. Barron. Sistema de certificação de competências Profae: bases conceituais. *Formação*, Ministério da Saúde, Brasília, n. 4, p. 45-51, 2001.

UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS (UDAPE). *Objetivos de desarrollo del milenio en Bolivia*. Sexto informe de progreso 2010. La Paz: Udape, 2010. Disponível em: <http://www.udape.gob.bo>. Acesso em: fev. 2011.

UNITED NATIONS (UN). United Nations Statistics Division. *National Accounts Main Aggregates Database*. Basic Data Selection. Nova York: UN, 2008.

Disponível em: <http://unstats.un.org/unsd/snaama/selectionbasicFast.asp>. Acesso em: mar. 2009.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). *Statistics and Monitoring*. Country Statistics. Disponível em: [http://www.unicef.org/statistics/index\\_countrystats.html](http://www.unicef.org/statistics/index_countrystats.html). Acesso em: dez. 2010.

URUGUAI. *Constitución de la República*. Montevideu: Poder Legislativo de Uruguay, 2004. Disponível em: <http://www.parlamento.gub.uy/constituciones/const004.htm>. Acesso em: jul. 2010.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 308/995. Apruébase el ordenamiento del sistema de enseñanza terciaria privada y fíjanse sus cometidos. *Diario Oficial*, Montevideu, 29 ago.1995.

\_\_\_\_\_. *Ley nº 15.661*. Establece disposiciones para los títulos profesionales que otorguen las universidades privadas. Montevideu: Sala de Sesiones del Consejo de Estado, 23 oct. 1984.

\_\_\_\_\_. Ley nº 15.739, de 28 de marzo de 1985. Se aprueba la Ley de Emergencia. *Diario Oficial*, Montevideu, 25 abr. 1985.

\_\_\_\_\_. Ley nº 17.015, de 13 de octubre de 1998. Díctanse normas referentes a la educación inicial que se dispensa a niños menores de seis años. *Diario Oficial*, Montevideu, 20 oct. 1998.

\_\_\_\_\_. Ley nº 18.437. Ley General de Educación. *Diario Oficial*, Montevideu, 16 ene. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministerio de Salud Pública. Departamento de Habilitación y Control de Profesionales de la Salud. *Primer censo nacional de recursos humanos en salud: desarrollo y presentación de los primeros resultados*. Montevideu: Ministerio de Salud Pública, 2010. Disponível em: [http://www.msp.gub.uy/uc\\_3891\\_1.html](http://www.msp.gub.uy/uc_3891_1.html). Acesso em: 25 jan. 2011.

VALENZUELA, Norma. La formación de trabajadores técnicos en salud en Paraguay. In: PRONKO, Marcela A.; CORBO, Anamaria D. *A silhueta do invisível: a formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

VEIGA, Ilma Passos A. Perspectivas para a reflexão em torno do projeto político-pedagógico. In: \_\_\_\_\_; RESENDE, Lucia Maria G. (org.). *Escola: espaço do projeto político-pedagógico*. Campinas: Papyrus, 1998. p. 9-32.

VENEZUELA. *Constitución de la República Bolivariana de Venezuela*. Lei nº 36.860. Caracas: Gaceta Oficial, 1999a.

\_\_\_\_\_. *Cumpliendo las metas del milenio*. Caracas: Directorio Ejecutivo, 2004.

\_\_\_\_\_. *Decreto nº 2.517*. Caracas: Gaceta Oficial, 2003.

\_\_\_\_\_. *Decreto nº 313*. Reglamento General de la Ley Orgánica de la Educación. Caracas: Gaceta Oficial, 1999b.

\_\_\_\_\_. *Decreto nº 36.605*. Caracas: Gaceta Oficial, 1999c.

\_\_\_\_\_. *Ley nº 2.635*. Ley Orgánica de la Educación. Caracas: Gaceta Oficial, 1980.

\_\_\_\_\_. *Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2001-2007*. Caracas: Directorio Ejecutivo, 2001.

\_\_\_\_\_. *Universidad Bolivariana de Venezuela*. Programas de formación. Caracas: Universidade Bolivariana de Venezuela, [s.d.]. Disponível em: <http://www.ubv.edu.ve>. Acesso em: abr. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministerio del Poder Popular para la Educación Universitaria. *Misión, visión y principios orientadores*. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Educación Universitaria, [s.d.]. Disponible em: <http://www.mppeu.gob.ve/misionvision.php>. Acesso em: out. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministerio del Poder Popular para la Salud. *Misión Barrio Adentro*. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud, [s.d.]. Disponível em: <http://www.mpps.gob.ve/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=513>. Acesso em: out. 2010.

VIEIRA, Mônica et al. A inserção das ocupações técnicas nos serviços de saúde no Brasil: acompanhando os dados de postos de trabalho pela pesquisa AMS/IBGE. *Formação*, Ministério da Saúde, Brasília, v. 3, n. 8,





---

Este livro foi impresso pela MCE Gráfica e Editora, para a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, em março de 2011. Utilizaram-se as fontes Garamond e Humanst521 na composição, papel offset 90g/m<sup>2</sup> para o miolo e cartão supremo 250 g/m<sup>2</sup> para a capa.