

Tendências do sistema educativo no Brasil: medicina, enfermagem e odontologia¹

Ana Luiza Stiebler Vieira, Ana Claudia Pinheiro Garcia, Antenor Amâncio Filho, Célia Regina Pierantoni,

Clarice Aparecida Ferraz, Eliane dos Santos Oliveira, Janete Rodrigues da Silva Nakao, Sérgio Pacheco de Oliveira,

Silvana Martins Mishima, Tania França e Thereza Christina Varella

Introdução

O objetivo central deste estudo é a análise do sistema educativo das graduações em medicina, enfermagem e odontologia. Os resultados viabilizam a geração de conhecimento das principais tendências dessas graduações e, em particular, permitem apontar as distorções nas suas formações subsidiando as instâncias gestoras do SUS na formulação e na implementação da política de saúde e de seus recursos humanos. A análise foi realizada com a participação de três estações – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz), Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERB/USP) e apresenta as principais tendências das formações em medicina, enfermagem e odontologia no Brasil, observadas no período de 1995 a 2001 por meio dos dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) do Ministério da Educação.² Vale ressaltar que essa base de dados apresentava problemas de consistência dos dados que foram saneados após a importação para um ambiente de banco de dados e minuciosa conferência.

As principais tendências estão relacionadas à oferta de cursos, vagas e egressos dessas graduações segundo a natureza jurídica das instituições (pública, privada) e as unidades federadas.

¹ Constitui um dos produtos da pesquisa *Tendências e situação atual da oferta do sistema educativo na área da saúde*, que analisou no Brasil doze graduações, a educação profissional de nível técnico e, em São Paulo, os programas de residência médica e de aprimoramento profissional. Tal pesquisa foi coordenada por duas estações da Fiocruz, a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca e a Escola Politécnica Joaquim Venâncio, em parceria com outras sete estações de trabalho (IMS/Uerj, Nesc/UFRN, Nesp/UnB, EERP/USP, ESP/SES/RS, UEL/PR, SES/SP) participantes da Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde (Rorehs).

² A pesquisa foi iniciada em dezembro de 2003 e utilizou o banco de dados disponível pelo Inep que se referia a 2001.

Graduações em saúde

No período de 1995 a 2001, o quadro geral do sistema educativo da graduação em saúde no país apresenta grandes características: o grande crescimento da sua oferta, a desigualdade geográfica dessa oferta e, ainda, a privatização do sistema. Dentre as razões de aumento dos cursos, além das historicamente acumuladas (Pierantoni et al., 2003), podem-se destacar as mudanças provocadas pela Lei de Diretrizes e Bases, Lei nº 9.394/96, que favoreceram a criação de cursos e a privatização do ensino, com a autonomia dada às instituições de ensino superior e com a flexibilização dos currículos. Entre outros artigos da referida lei que tratam da autonomia das instituições e da flexibilização dos currículos, destaca-se o art. 53. Neste, são asseguradas às universidades, no exercício da sua autonomia e sem prejuízo de outras, as atribuições de: criar, organizar e extinguir, em sua sede, cursos e programas de educação superior previstos nesta lei, obedecendo às normas gerais da União e, quando for o caso, do respectivo sistema de ensino; fixar os currículos dos seus cursos e programas, observadas as diretrizes gerais pertinentes. Tendo em vista esse contexto, pode-se observar por meio dos itens subseqüentes as tendências das três formações objeto deste estudo no período de 1995 a 2001.

As tendências das graduações em medicina, enfermagem e odontologia

O crescimento da oferta

Os dados revelam uma ampliação indiscriminada dos cursos e das vagas das graduações em medicina, enfermagem e odontologia entre os anos de 1995 e 2001 no Brasil (Tabelas 1, 2, 3). Para a **medicina**, nesse período (Tabela 1), foram criados 21 novos cursos, o que representou um aumento de 24,7%.³ O total de vagas oferecidas acompanhou o aumento dos cursos, passando de 8.247 para 11.282 vagas, o que significou um crescimento de 36,8%. Entretanto, a repercussão da oferta de profissionais médicos decorrente do aumento do número de vagas do setor privado a partir de 1997 só deverá ser observada nos próximos anos, em função do tempo exigido para a formação. Dessa forma, observa-se que o quantitativo de egressos dos cursos de medicina se manteve estável, em torno de 7.600 graduados anuais.

³No ano de 2001 estavam registradas 103 escolas que ofereciam 106 cursos de graduação em medicina.

A comparação da evolução do número de vagas ofertadas com o número de egressos, considerando-se o quantitativo de egressos do ano de 2001 (8.004) e o quantitativo das vagas de 1995 (8.247), sugere que o curso de medicina teve pouca evasão. Segundo Pierantoni (2001), a graduação em medicina sofreu nas décadas de 1960 e 1970 uma importante inflexão com um *boom* de universidades e vagas verificado entre 1965 a 1975. Até 1970, foram criadas 43 novas escolas, sendo a maioria privadas, com subsídios governamentais. Em 1996, o país contava com 84 instituições autorizadas a funcionar. De acordo ainda com a autora, em razão da concorrência, novas escolas médicas foram sendo criadas indiscriminadamente como solução para o grande número de excedentes, bem como por pressão da categoria médica por mais vagas universitárias.

Para a **enfermagem** (Tabela 2), os cursos aumentaram de 108 para 215, o que significa um crescimento de 99,1% no período de 1995 a 2001. O número de vagas ofertadas cresceu ainda mais, 174,3%, aumentando de 8.068 para 22.133. Quanto ao número de egressos, já se observa uma expansão de 45,3%, mas que ainda não reflete o aumento global do número de cursos e vagas. Um dos fatores que podem se apresentar como importante ferramenta de abertura de postos de trabalho e que de forma indireta fomentaria a expansão de cursos/vagas para a enfermagem é o conjunto de normatizações nos últimos anos relacionadas principalmente à alocação de enfermeiros em serviços, com os Conselhos Regionais exercendo intensa fiscalização sobre essas normatizações.

Para a **odontologia** (Tabela 3), foram criados 61 novos cursos de graduação, significando um crescimento de 68,5%, notadamente a partir de 1998. O número de vagas registrou um aumento de 63,7%; em média, foram oferecidas anualmente 10.820 vagas de odontologia no país. No período de 1995-2001, o número de egressos passou de 6.741 para 7.698, um incremento bruto de 14,2%, que ainda também não reflete o aumento do número de vagas, tendo em vista o tempo mínimo exigido para conclusão da graduação. Pode-se dizer que as políticas públicas formuladas nos últimos cinco anos contribuíram de forma ímpar tanto para o crescimento das categorias odontológicas quanto para a procura da graduação, com a implantação das equipes de saúde bucal no PSF (Brasil, 2004a).

O processo de descentralização decorrente da implantação e da implementação do Sistema Único de Saúde teve como consequência a transformação do perfil qualitativo e quantitativo da força de trabalho em saúde, com a incorporação crescente de trabalhadores de distintas formações (odontólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, físicos, assistentes sociais)

e aumento considerável das categorias já existentes. Verifica-se, portanto, um efetivo crescimento dos postos de trabalho na década de 1990, fruto da ampliação, principalmente, da rede de atenção básica nos distintos espaços geopolíticos brasileiros (Mishima et. al., 1990, Tanaka et. al., 1991; Mishima et. al., 1999). Nesse cenário, de fato houve a ampliação de postos de trabalho em saúde, primordialmente dos médicos, da enfermagem e dos odontólogos, os quais se tornaram quantitativamente as categorias mais expressivas da equipe de saúde no país. Assim, pode-se inferir que as políticas públicas do setor saúde – as quais vêm ampliando substancialmente o mercado de trabalho setorial –, aliadas às políticas do setor de educação – que flexibilizaram o seu sistema –, representam o contexto favorável para o grande crescimento dos cursos, das vagas e dos conseqüentes egressos das graduações em saúde, particularmente da medicina, da enfermagem e da odontologia.

A concentração geográfica da oferta

Os dados da Associação Brasileira de Educação Médica, atualizados em dezembro de 2003, mostram que já existem 112 escolas médicas no Brasil, das quais 68% se concentram nas regiões Sul e Sudeste. No período de 1995 a 2001 (Tabela 1), observa-se que o número de cursos de medicina no Sudeste cresceu 15,2%, sendo o Estado de São Paulo o principal responsável por esse incremento, com a abertura de mais cinco cursos. Na região Nordeste, houve um acréscimo de 28,6%, com mais cinco cursos nos Estados da Bahia, Ceará e Piauí; a região Sul registrou aumento de 35,3%, contando com mais seis cursos, quatro destes em Santa Catarina; a região Centro-Oeste duplicou seu número de cursos, concentrados principalmente no Mato Grosso do Sul; e a região Norte manteve-se estável, com apenas quatro cursos.

Em função do aumento do número de cursos no Nordeste, no Sul e no Centro-Oeste, essas regiões apresentaram maior participação proporcional de crescimento dos cursos. No entanto, mesmo que o crescimento proporcional do Sudeste tenha sido menor em 2001, somente nessa região estava concentrada metade dos cursos de medicina do Brasil, sendo a maior parte (40) nos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro. A oferta de vagas de medicina no país manteve essa mesma dinâmica, sendo proporcionalmente acentuada no Centro-Oeste, no Sudeste e no Sul. Mas por causa da diferença numérica das vagas, o Sudeste, que ofertava 57,7% das vagas do país em 1995, passa a ofertar 64,3% em 2001. Observa-se que o estado responsável pelo aumento da oferta de vagas na região Sudeste foi o Rio de Janeiro, que passa de 1.930

vagas no ano de 1995 para 3.685 vagas em 2001. Apesar de o Estado de São Paulo ter sido o que mais aumentou cursos (5) no período analisado, não houve um aumento correspondente do número de vagas ofertadas.

Tabela 1 – Cursos, vagas e egressos da graduação em medicina por regiões, segundo unidades federadas. Brasil, 1995-2001

Graduação	Medicina					
	Cursos		Vagas		Egressos	
	1995	2001	1995	2001	1995	2001
Brasil	85	106	8247	11282	7622	8004
Norte	4	4	360	310	319	241
Acre	0	0	0	0	0	0
Amapá	1	1	80	80	75	48
Amazonas	0	0	0	0	0	0
Pará	2	2	250	210	244	179
Rondônia	0	0	0	0	0	0
Roraima	1	1	30	20	0	14
Tocantins	0	0	0	0	0	0
Nordeste	14	18	1574	1493	1281	1376
Alagoas	2	2	150	130	128	133
Bahia	2	3	560	400	310	391
Ceará	1	4	140	330	136	169
Maranhão	1	1	70	63	121	61
Paraíba	2	2	164	290	158	118
Pernambuco	3	2	290	0	219	284
Piauí	1	2	50	110	52	58
Rio G. do Norte	1	1	80	90	83	80
Sergipe	1	1	70	80	74	82
Sudeste	46	53	4757	7258	4550	4838
Espírito Santo	2	2	200	200	216	232
Minas Gerais	10	11	1054	1190	1039	1079
Rio de Janeiro	15	16	1930	3685	1700	1719
São Paulo	19	24	1573	2183	1595	1808
Sul	17	23	1298	1711	1222	1261
Paraná	5	6	406	516	395	372
Rio G. do Sul	10	11	752	816	729	754
Santa Catarina	2	6	140	379	98	135
Centro-Oeste	4	8	258	510	250	288
Distrito Federal	1	2	60	95	46	82
Goiás	1	1	110	110	105	110
Mato Grosso	1	2	40	140	44	52
Mato G. do Sul	1	3	48	165	55	44

Fonte: Inep/ME, adaptado pela Rorehs em 2004.

Em relação à graduação em **enfermagem** (Tabela 2), os dados demonstram que, no ano de 1995, a região Norte participava com 6,5% dos cursos, o Nordeste, com 20,4%, o Sudeste, com 47,2%, o Sul, com 21,3% e o Centro-Oeste, com 4,6%. Nos anos subseqüentes a 1995, observa-se que houve mobilidade dos percentuais de cursos de enfermagem por regiões, no entanto sem privilegiar as regiões Norte e Nordeste. Em 2001, o Nordeste diminuiu sua participação para 13,5%, o Norte manteve em 6% e as regiões Sudeste, Sul e o Centro-Oeste aumentaram respectivamente para 48,8%, 25,1% e 6,5%. Observa-se que, em comparação com as demais regiões, o crescimento de cursos de enfermagem na região Norte, independentemente da vinculação administrativa, é inexpressivo.

Na distribuição de vagas de graduação em enfermagem, durante todo o período analisado, observa-se sua concentração na região Sudeste, a qual apresentou um crescimento de 209,4%; somente os Estados do Rio de Janeiro e São Paulo concentravam, em 2001, 52,3% da oferta de vagas do país. O Nordeste, que em 1995 era a segunda região que mais concentrava vagas, teve o menor aumento do país (43,3%), ocupando o terceiro lugar em 2001, destacando-se os Estados da Bahia e do Ceará. Situação inversa foi verificada na região Sul, que passou do terceiro para o segundo lugar em concentração de vagas, com um crescimento de 198,2% e maior oferta no Estado do Rio Grande do Sul. Quanto à região Centro-Oeste, foi a que apresentou o maior aumento proporcional de vagas (241%), entretanto, durante todo o período considerado, ocupou o quarto lugar na oferta de vagas; somente o Estado de Goiás concentrava, em 2001, 47,6% das vagas dessa região. Já o Norte, embora tenha apresentado expressivo aumento do total de vagas (178,9%), manteve-se como a região com a menor concentração.

Tabela 2 — Cursos, vagas e egressos da graduação em enfermagem por regiões, segundo unidades federadas. Brasil, 1995-2001

Graduação	Enfermagem					
	Cursos		Vagas		Egressos	
	1995	2001	1995	2001	1995	2001
Brasil	108	215	8068	22133	4373	6355
Norte	7	13	270	753	280	245
Acre	1	1	30	30	16	14
Amapá	1	1	30	35	0	19
Amazonas	1	2	40	200	37	16
Pará	3	6	140	258	214	177
Rondônia	1	2	30	130	13	19
Roraima	0	0	0	0	0	0
Tocantins	0	1	0	100	0	0
Nordeste	22	29	1615	2314	1023	1244
Alagoas	1	2	40	280	31	26
Bahia	5	6	370	560	240	412
Ceará	4	5	290	440	167	233
Maranhão	2	2	140	67	77	103
Paraíba	3	3	280	240	214	141
Pernambuco	3	3	320	350	165	179
Piauí	1	4	50	240	43	41
Rio G. do Norte	2	2	85	97	68	57
Sergipe	1	2	40	40	18	52
Sudeste	51	105	4384	13565	2135	3485
Espírito Santo	1	4	60	520	12	54
Minas Gerais	8	19	580	1463	338	480
Rio de Janeiro	12	25	1104	3386	743	637
São Paulo	30	57	2640	8196	1042	2314
Sul	23	54	1485	4429	782	1048
Paraná	7	21	345	1749	268	312
Rio G. do Sul	12	21	880	2026	395	559
Santa Catarina	4	12	260	654	119	177
Cento-Oeste	5	14	314	1072	153	333
Distrito Federal	1	3	56	212	30	60
Goiás	2	4	168	510	74	183
Mato Grosso	1	3	50	170	29	40
Mato G. do Sul	1	4	40	180	20	50

Fonte: Inep/ME, adaptado pela Rorehs em 2004.

A oferta de graduação em **odontologia** (Tabela 3) também apresenta uma distribuição bastante desigual, dessa forma, em 2001, apenas quatro estados do país concentravam 61,3% dos cursos: São Paulo (30%), Rio de Janeiro (12%), Minas Gerais (10%) e Paraná (9,3%). Em relação a novas instalações de cursos de odontologia no período estudado, as regiões Sudeste e Sul foram as mais beneficiadas: São Paulo (19), Rio de Janeiro (7), Paraná (5), Santa Catarina (5), Rio Grande do Sul (3) e Minas Gerais (3). O Norte, apesar de a capacidade instalada ser inferior às demais regiões, foi a que teve melhor PERFORMANCE, apresentando um crescimento bruto de 350%, aumentando de 2 para 9 cursos de odontologia. O Sul obteve 76,5% de acréscimo proporcional, alterando de 17 para 30 cursos. O Sudeste apresentou um índice de aumento de 60% para a graduação em odontologia, passando de 50 para 80 cursos, a maior cobertura do país. No Nordeste, o aumento foi de 57,1%, com a abertura de mais 8 cursos. O Centro-Oeste atingiu o menor crescimento se comparado com as demais regiões (50%), aumentando de 6 para 9 o número de cursos de odontologia.

Na oferta de vagas de graduação em odontologia, em 1995, nota-se que a região Sudeste concentra mais da metade (67,9%) das vagas do país. Em 2001, apesar de sua participação ter declinado quase 9 pontos (59,2%), continuou na posição de destaque com um aumento de quase 2.421 vagas, perfazendo uma oferta total de 8.093 vagas. Em segundo lugar no *ranking* de vagas, encontra-se a região Sul, ofertando, em 1995, 1.219 vagas (14,6% do total); em 2001, mesmo com um acréscimo de 1.237 vagas e uma participação maior (18%), manteve sua colocação.

Quanto ao Nordeste, quase duplicou sua oferta de vagas no período, passando de 978 (11,7%) para 1.787 (13,1%). O Centro-Oeste duplicou seu quantitativo de 332 (4%) para 722 vagas (5,3%). Se comparado com todas as regiões, o Norte apresentou o melhor desempenho proporcional do período, quadruplicando seu número de vagas, já que da oferta de 150 vagas (1,8%) passou a ofertar 614 (4,5%) em 2001.

Mesmo se constatando uma maior participação de outras regiões no total de vagas de graduação em odontologia e um leve declínio do Sudeste, ainda é muito difícil visualizar um quadro mais equitativo em curto prazo, tendo em vista a discrepância numérica de vagas existentes no Sudeste em relação às outras regiões. Há de se considerar também o ritmo de crescimento inter-regional, ou seja, a velocidade de expansão é muito mais intensa no Sudeste, fazendo com que exista um leque de oferta bem mais elevado, proporcionando sem dúvidas uma maior procura e uma intensa migração

para a região. Segundo dados disponíveis do CFO, há um movimento crescente de saída de profissionais de seus estados de origem para a região Sudeste, assim configurado: do Sul migram 12,5%; do Centro-Oeste, 51,6%; do Nordeste, 6,9% e do Norte, 28,7% (CFO, 2003).

Tabela 3 — Cursos, vagas e egressos da graduação em odontologia por regiões, segundo unidades federadas. Brasil, 1995-2001

Graduação	Odontologia					
	Cursos		Vagas		Egressos	
	1995	2001	1995	2001	1995	2001
Brasil	89	150	8351	13672	6741	7698
Norte	2	9	150	614	72	84
Acre	0	0	0	0	0	0
Amapá	0	0	0	0	0	0
Amazonas	1	5	60	334	31	31
Pará	1	2	90	170	41	53
Rondônia	0	1	0	60	0	0
Roraima	0	0	0	0	0	0
Tocantins	0	1	0	50	0	0
Nordeste	14	22	978	1787	765	894
Alagoas	1	2	60	180	41	60
Bahia	2	3	180	300	128	155
Ceará	2	2	180	190	92	169
Maranhão	1	3	48	245	41	34
Paraíba	2	2	130	140	124	123
Pernambuco	3	3	240	250	185	216
Piauí	1	3	40	190	47	42
Rio G. do Norte	1	2	60	152	68	58
Sergipe	1	2	40	140	39	37
Sudeste	50	80	5672	8093	4641	5109
Espírito Santo	1	2	60	130	70	60
Minas Gerais	12	15	1520	1640	1247	1180
Rio de Janeiro	11	18	964	1841	763	1179
São Paulo	26	45	3128	4482	2561	2690
Sul	17	30	1219	2456	957	1283
Paraná	9	14	576	1072	400	621
Rio G. do Sul	6	9	483	864	434	504
Santa Catarina	2	7	160	520	123	158
Centro-Oeste	6	9	332	722	306	328
Distrito Federal	2	3	100	212	95	105
Goiás	2	2	120	180	124	119
Mato Grosso	1	2	80	220	58	74
Mato G. do Sul	1	2	32	110	29	30

Fonte: Inep/ME, adaptado pela Rorehs em 2004.

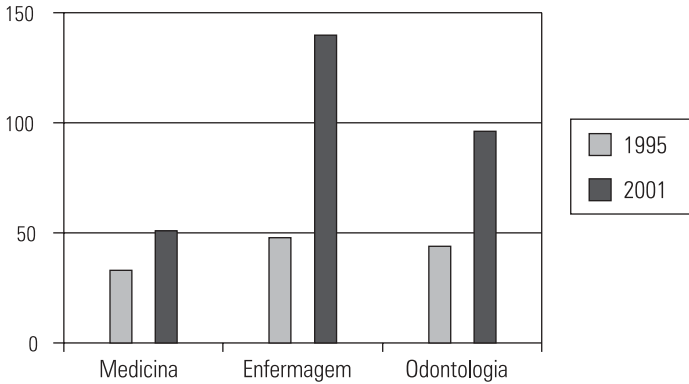
Como observado, a distribuição de cursos e de vagas retrata as desigualdades espaciais do ensino em medicina, enfermagem e odontologia. Pode-se dizer que a expansão dos cursos no Sudeste e no Sul obedeceu muito mais ao desenvolvimento econômico e ao poder de compra dessas regiões do que às reais necessidades de acesso ao ensino superior nas regiões desprovidas de infra-estrutura como o Norte e o Nordeste. Essa constatação indica a necessidade de políticas públicas educacionais que revertam em ampliação do número de cursos de medicina, enfermagem e odontologia, principalmente com dependência pública nas regiões menos favorecidas.

A privatização do ensino

A política para a educação superior na década de 1990 assumiu que o mercado econômico deveria desempenhar um papel central na criação de novos cursos e instituições. A satisfação da demanda por novas vagas no ensino superior tornou-se um princípio fundamental e propiciou ampla margem para o crescimento da rede privada. Essa ótica contrasta com a premissa da necessidade social do ensino. Assim, de 1995 a 2001, no Brasil, o crescimento absoluto e percentual dos cursos públicos foi menor do que os privados (Gráficos 1 e 2). O crescimento percentual dos cursos privados de medicina foi da ordem de 54,5% (de 33 para 51 cursos privados); na enfermagem foi de 191,7% (de 48 para 140 cursos privados); e na odontologia, esse crescimento foi de 123,3% (de 43 para 96 cursos privados).

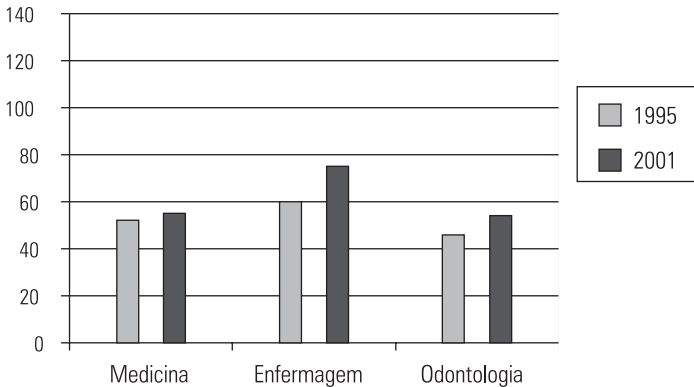
Vale destacar que esse crescimento se verifica primordialmente a partir de 1997, refletindo a flexibilização e a autonomia das instituições de ensino advindas da Lei nº 9.394 de Diretrizes e Bases de 1996. Dessa forma, do total da oferta de cursos dessas graduações em 2001, os cursos públicos e os privados na medicina representavam, respectivamente, 51,9% e 48,1%; na enfermagem, 34,9% de cursos públicos e 65,1% de cursos privados; e na odontologia, 36% de cursos públicos e 64% de cursos privados.

Gráfico 1 — Cursos privados de medicina, enfermagem e odontologia. Brasil, 1995 e 2001



Fonte: Inep/ME, adaptado pela Rorehs em 2004.

Gráfico 2 — Cursos públicos de medicina, enfermagem e odontologia. Brasil, 1995 e 2001

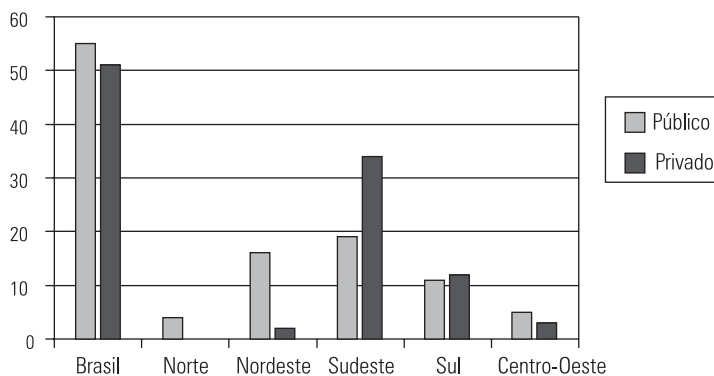


Fonte: Inep/ME, adaptado pela Rorehs em 2004.

O crescimento da rede privada da graduação em **medicina** no período espelha em 2001 a premissa mercadológica da educação superior (Gráfico 3). No Sudeste e no Sul, regiões mais desenvolvidas do país, houve crescimento praticamente só de cursos privados ao longo do período, com destaque para os Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Santa Catarina (no Sudeste, de 25 cursos privados em 1995 passa para 34 em 2001; e no Sul, de 7 para 12 cursos privados). No Centro-Oeste, houve a criação de 3 cursos privados (DF, MT, MS) em detrimento de apenas mais 1 curso público no Estado de Mato Grosso do Sul. Na região Nordeste, houve acréscimo de 4 cursos, 3 públicos e de apenas mais 1 curso privado no Estado do Ceará. A região Norte permaneceu

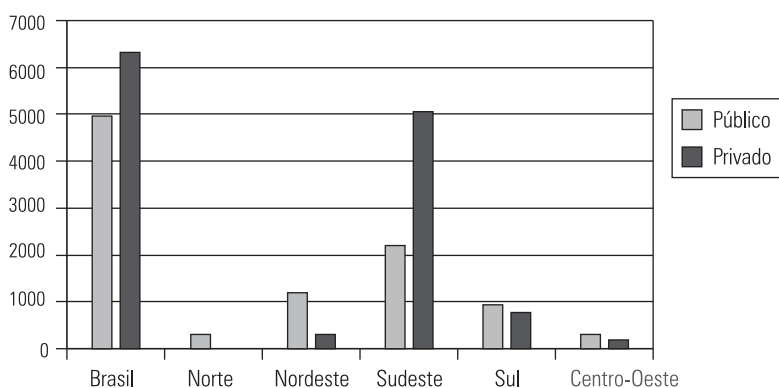
estável durante todo o período, com a oferta de 4 cursos públicos. Nessa mesma dinâmica, observa-se o crescimento das vagas para a graduação em medicina no período de 1995 a 2001 (Gráfico 4), ou seja, um crescimento de 86,1% de vagas privadas e de apenas 2,2% de vagas públicas no país. No Sudeste, os cursos privados em 2001 passaram a ofertar 44,9% do total geral de vagas no país, e ainda, 69,8% do total das vagas disponíveis na região. Mas, nas demais regiões, embora em algumas tenha havido crescimento de cursos privados, prevalece a maior disponibilidade de vagas públicas.

Gráfico 3 – Cursos de medicina por regiões segundo entidade mantenedora. Brasil, 2001



Fonte: Inep/ME, adaptado pela Rorehs em 2004.

Gráfico 4 – Vagas de medicina por regiões segundo entidade mantenedora. Brasil, 2001

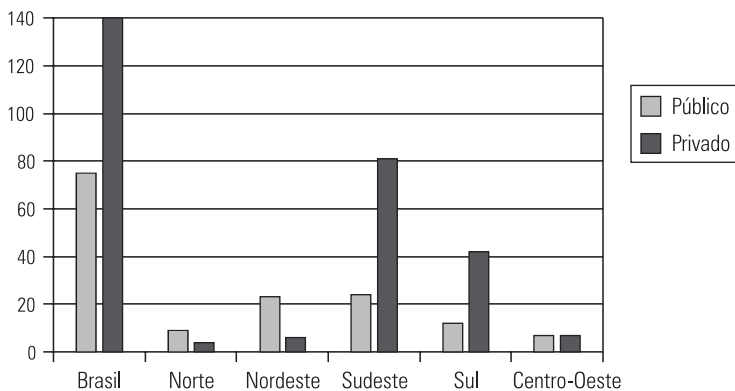


Fonte: Inep/ME, adaptado pela Rorehs em 2004.

A **enfermagem** exemplarmente reflete em 2001 o crescimento da privatização do seu ensino graduado (Gráfico 5), tendo em vista que a oferta de cursos privados no país passou de 44,4% em 1995 para 65,1% em 2001. A exemplo da medicina, esse crescimento deu-se primordialmente no Sudeste e no Sul. Do total dos cursos privados no país, essas regiões são responsáveis por 87,9% dessa oferta (57,9% no Sudeste e 30% no Sul). Em todos os estados dessas duas regiões, prevalecem os cursos privados em 2001. O Estado de São Paulo concentra a oferta do ensino privado tanto na região Sudeste como no país, ou seja, respectivamente oferta de 58% desses cursos na região e 33,6% dos cursos privados nacionais. E ainda, somente a rede privada de São Paulo representa 21,9% do total geral da oferta de cursos públicos e privados do país.

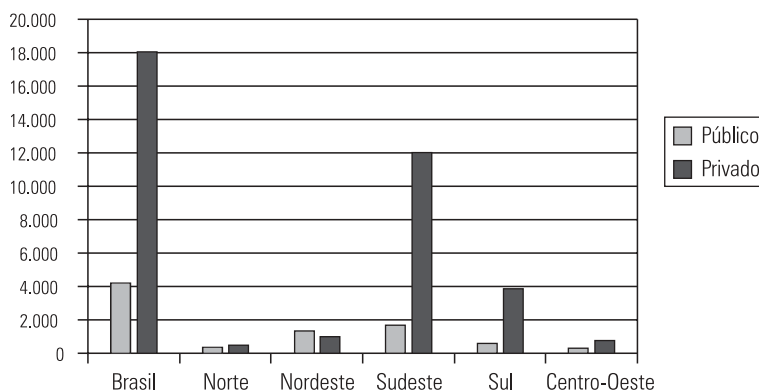
Os Estados do Rio de Janeiro, do Rio Grande do Sul, do Paraná, de Santa Catarina e de Minas Gerais são responsáveis por 52,1% da oferta de cursos privados nacionais, e, assim, as demais regiões, o Norte, o Nordeste, o Centro-Oeste e o Estado do Espírito Santo, pelo restante (14,3%) dessa oferta privada nacional. A tendência da privatização do ensino de graduação em enfermagem também pode ser representada pela participação das instituições públicas na oferta de vagas (Gráfico 6), que de 45,6% em 1995 passou para 18,9% em 2001, enquanto as instituições privadas passaram de 54,4% das vagas ofertadas para 81,1% nos respectivos anos.

Gráfico 5 — Cursos de enfermagem por regiões segundo entidade mantenedora. Brasil, 2001



Fonte: Inep/ME, adaptado pela Rorehs em 2004.

Gráfico 6 — Vagas de enfermagem por regiões segundo entidade mantenedora. Brasil, 2001

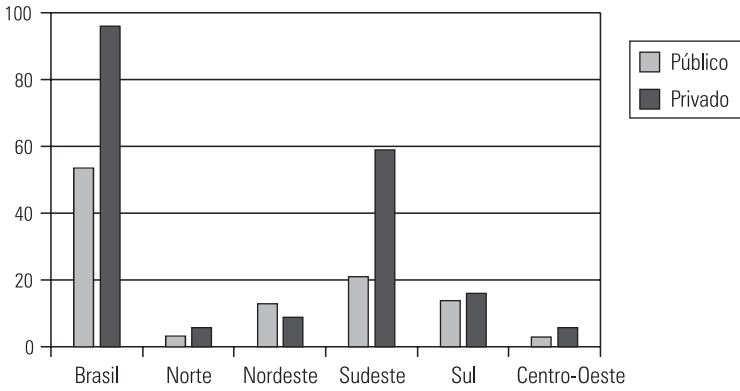


Fonte: Inep/ME, adaptado pela Rorehs em 2004.

A tendência de privatização também pode ser fortemente identificada na graduação em **odontologia** (Gráfico 7), que do total da oferta de cursos nacionais em 2001, como verificado, 64% são cursos privados. O Sudeste constitui a principal região concentradora dos cursos privados do país (61,5%), bem como do total dos cursos públicos (38,9%). O Estado de São Paulo também se destaca com a maior rede pública, entretanto mais ainda pela rede privada, a qual representa em 2001 35,4% da oferta nacional privada. Ainda em 2001, com menos da metade de São Paulo, o Estado do Rio de Janeiro oferta a segunda maior rede privada da graduação em odontologia, seguida dos Estados de Minas Gerais, Paraná, e Rio Grande do Sul.

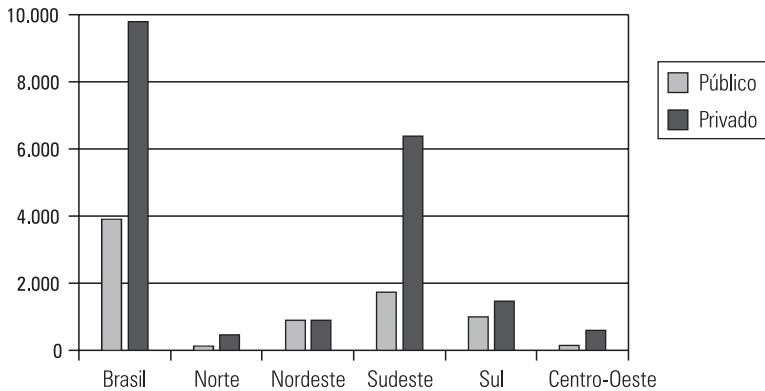
Assim, estes quatro últimos estados representam 40,6% do total da oferta dos cursos privados nacionais e, se somados aos de São Paulo, apenas esses cinco estados respondem por 76% da graduação privada de odontologia no país. As regiões Sul e Norte praticamente dividem suas ofertas, o que se dilui no Norte, considerando o quantitativo de seus estados em comparação com o Sul. Dessa forma, as regiões Sudeste, Sul e Nordeste ofertam 88,9% dos cursos públicos do país, com destaque claro para o Estado de São Paulo, e ainda, subseqüentemente, para os Estados de Minas Gerais, Santa Catarina, Paraná, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, e em terceiro plano, para os Estados da Bahia, Paraíba, Pernambuco e Piauí. Coerente com os cursos, a oferta de vagas públicas e a maior oferta de vagas privadas estão concentrada no Sudeste (Gráfico 8), essencialmente no Estado de São Paulo, seguido do Rio de Janeiro; e as vagas públicas, também em São Paulo, seguido dos Estados de Minas Gerais, Santa Catarina e Paraná.

Gráfico 7 — Cursos de odontologia por regiões, segundo entidade mantenedora. Brasil, 2001



Fonte: Inep/ME, adaptado pela Rorehs em 2004.

Gráfico 8 — Vagas de odontologia por regiões segundo entidade mantenedora. Brasil, 2001



Fonte: Inep/ME, adaptado pela Rorehs em 2004.

Importante é ressaltar a grande concentração tanto pública quanto privada da oferta de cursos e vagas das três graduações em basicamente duas regiões, o Sudeste e o Sul, e ainda a concentração dessa concentração, ou seja, principalmente no Estado de São Paulo seguido dos outros estados das duas regiões, com exceção do Espírito Santo. Entretanto, faz-se necessário revistar algumas facilidades criadas nas décadas de 1970 e 1980 que prenunciavam possibilidades de privatização do ensino universitário.

A primeira grande decisão do governo federal foi a criação em 1976 do programa Crédito Educativo (Creduc), incentivando a criação de novas vagas no ensino superior na medida em que órgãos governamentais iniciaram a implementação de políticas de pagamento às instituições privadas com o compromisso de os alunos restituírem o Estado após a formatura. No que se refere ao sistema de educação superior, nos anos 1980, emergiu a necessidade de redefinição da política educacional, e como forma de conter gastos em curto prazo, ocorreu a suspensão temporária da criação de novos cursos de graduação pelas instituições federais por meio do Decreto nº 86.000/1981 (Lima e Baptista, 2002). Todavia, o setor privado continuou com liberdade para expandir sua rede de cursos de nível superior, sendo predominante nas décadas subseqüentes a lógica do ensino em instituições do tipo empresarial, reforçando as críticas à política recessiva do Estado.

Revela-se, ainda, tendência de modificação na configuração do ensino universitário privado, proliferando institutos isolados para posterior aglutinação em forma de federações a partir de autorização e reconhecimento do Conselho Federal de Educação. Esses novos institutos, mesmo sem o status e a autonomia de universidade, começaram a atrair mercado (Sampaio apud Lima e Baptista, 2002). No início dos anos 1990, o movimento do setor privado é o de transformar as federações criadas em universidades particulares.

Um momento importante no sistema educacional que teria grande repercussão na criação de novos cursos, como já referenciado, foi a promulgação da LDB, que apresentou modificações fundamentais a respeito da flexibilização e da autonomia pedagógica, administrativa e de gestão financeira das instituições de ensino, e outras, como a substituição do currículo mínimo por diretrizes curriculares por curso e a não-obrigatoriedade do vestibular para ingresso no ensino universitário.

Ao refletirmos sobre os conteúdos da lei, certamente encontraremos avanços e pontos polêmicos. A abertura proposta em lei possibilita que cada instituição de ensino superior possa utilizar as novas diretrizes conforme sua ótica, o que poderá produzir benefícios para a sociedade ou para grupos empresariais da educação (Magalhães, 2000).

Ainda, dois tópicos importantes merecem ser analisados quando estudamos os facilitadores da privatização do ensino a partir da LDB. O primeiro é a admissão formal de instituições educacionais com fins lucrativos por meio do Decreto nº 2.306 de 19.8.97 no seu artigo 1º, que estabelece a liberdade quanto à forma de organização das entidades mantenedoras privadas de ensino superior, regulando suas condições de funcionamento. O segundo

tópico refere-se à classificação acadêmica de Centro Universitário, definindo-o no artigo 4º como centro de ensino superior caracterizado pela excelência do ensino oferecido e comprovada pela qualificação do seu corpo docente, mas sem exigência de desenvolvimento de pesquisa (Lima e Baptista, 2002). A exemplo, em 1998, as escolas públicas retinham 28,1% de doutores contra 9,3% em escolas privadas (Folha de S. Paulo, 2003).

Mudanças em processo

Embora tenha sido observado que no país existe uma oferta substancial de egressos das três graduações, o que se identifica é uma desproporção do quantitativo de profissionais por habitante nas diferentes regiões, bem como uma concentração nos grandes centros urbanos. Esses fatos consistem em uma questão relevante para a formação desses profissionais, porque, aliada à proliferação de escolas, primordialmente privadas, e à massificação do ensino, verifica-se uma queda na qualidade do ensino: nem sempre as escolas criadas apresentam capacidade técnica e instalações adequadas às necessidades dessas formações, que exigem importantes laboratórios, tecnologia e infra-estrutura. Têm sido buscados mecanismos de regulação para a abertura de novos cursos, aproximando-se critérios de qualidade e de regionalização. Dois tipos de projetos já tramitaram na Câmara dos Deputados, procurando criar formas de controle para a abertura de cursos de medicina no Brasil: um deles atribuindo ao Conselho Nacional de Medicina e ao Conselho Nacional de Odontologia o parecer final, a ser submetido ao Ministro da Educação, quando da solicitação de abertura de novos cursos; o outro, proibindo a criação de novos cursos médicos e a ampliação de vagas nos cursos existentes nos próximos dez anos.

Por sua vez, o Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Departamento de Gestão e da Educação na Saúde, assumindo o papel "definido na legislação de gestor federal do SUS no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da formação, do desenvolvimento, da distribuição, da regulação e da gestão dos trabalhadores de saúde no Brasil" (Brasil, 2003), propôs a constituição dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, visando estabelecer um espaço de integração interinstitucional para a proposição de alternativas de integração universidade-serviços, visando ao ordenamento da formação e ao desenvolvimento permanente dos trabalhadores da saúde.

Em 2003, o ministro da Saúde, em atendimento à Resolução do CNS nº 324/03, publica uma resolução que suspende por 180 dias a criação de novos cursos superiores na área da saúde, incluindo os processos de solicitação de abertura de novos cursos em andamento. Em março de 2004, o ministro da Educação prorroga por mais sessenta dias essa decisão, também em atendimento a uma outra Resolução, a de nº 336/04 do CNS, e ainda baseado na solicitação de oito entidades da área médica no Brasil, entre elas o CFM.

Os Ministérios da Saúde e da Educação vêm trabalhando na perspectiva de construção de critérios para abertura de novos cursos de graduação para a área da saúde, que envolvem a abrangência de atuação conjunta saúde e educação no credenciamento desses cursos (atualmente somente para medicina, odontologia e psicologia), definição de um papel regulador do Estado, regionalização, ampliação da rede pública de ensino e inovação das propostas pedagógicas e orientação do curso (Brasil, 2004b).

Recentemente, em 19 de agosto de 2004, o Ministério da Educação publica no Diário Oficial da União, a Portaria nº 2.477, a qual tem a finalidade de apresentar um marco regulatório que oriente as autorizações dos cursos superiores com o objetivo de defender e expandir o ensino público e organizar o ensino privado garantindo a qualidade dos cursos implantados. Entendida a ordenação do ensino como uma função do Estado, esta portaria, quando em vigor, determina que os cursos de graduação só serão autorizados quando o número de vagas solicitadas corresponder à infra-estrutura apresentada pela instituição, e seriam deferidos somente os pedidos de autorização que caracterizem interesse público.

Ainda em agosto de 2004, a Secretaria de Educação Superior estava finalizando uma classificação para as solicitações de autorização de novos cursos, com critérios definidos, que leva em conta critérios tais como: pobreza, percentual de jovens, alfabetização, escolaridade, emprego formal, regionalização, violência, desigualdade e exclusão social. A Portaria nº 2.477 tem caráter temporário enquanto o projeto de reforma universitária permanecer no período de tramitação sendo previsto para novembro de 2004 o encaminhamento da Lei Orgânica da Reforma da Educação Superior ao Congresso Nacional. Tais iniciativas apontam a construção de processos regulatórios que podem reverter de fato as tendências observadas, que caracterizam o sistema de ensino no país como desordenado, desigual e privatizado.

Referências bibliográficas

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. Disponível em <http://abem-educmed.org.br/paginasregionais>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS. Caminhos para a educação permanente em saúde. Pólos de educação permanente em saúde.* Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Educação na Saúde. Brasília, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROJETO SAÚDE BUCAL. *Condições de saúde bucal da população brasileira -2002-2003: resultados principais.* Documento de trabalho, Brasília, 2004a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Discussão sobre a política de abertura de cursos de graduação da área da saúde no Brasil, necessidade de regulação pelo Estado e correspondência ao interesse público.* Nota Técnica. Brasília, agosto de 2004 (mimeo.), 2004b.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. *Perfil do cirurgião-dentista no Brasil.* Relatório de pesquisa do Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas Socioeconômicas - Inbrape, abril de 2003.

FACULDADES públicas lideram em "docentes-doutores". *Folha de S. Paulo*, 18 de outubro, 2003. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/folha/educacao/ult305u14011.shtml>. Acessado em 12 de março de 2004.

LIMA, Thaís Góis F. de M. S.; BAPTISTA, Suely de Souza. Do público ao privado: a situação dos cursos superiores privados de enfermagem no Estado do Rio de Janeiro. *Esc. Anna Nery R. Enferm.* Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 359-374, dez. 2002.

MAGALHÃES, Ligia Maria Thomaisino. *O ensino superior em enfermagem e o desafio da mudança: os referenciais de um novo processo de formação.* São Paulo, 2000. 108 p. Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

PIERANTONI, Célia Regina. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 6, n. 2, p. 341-360. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.

PIERANTONI, Célia Regina; FRANÇA, Tânia; VARELLA, Thereza Christina. Evolução da oferta de médicos e enfermeiros no Brasil: disponibilidade do sistema educacional para a formação. In: SANTOS NETO, Pedro Miguel; COSTA, Péricles Silveira (Orgs.). *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 279-292.

MISHIMA, Silvana Martins; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel; UNGARI, Iara Carneiro; SILVA, Eliete Maria. Recursos humanos na implantação das ações integradas de saúde no município de Ribeirão Preto - visão da equipe de enfermagem. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 6, n. 1, p. 40-49, 1990.

MISHIMA, Silvana Martins et. al. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva no Brasil - Cipesec - apresentando o cenário de pesquisa do município de Ribeirão Preto - São Paulo. In: CHIANCA, Tânia Couto; ANTUNES, Maria José Moraes (Orgs.). *A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva no Brasil - Cipesec*. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1999.

TANAKA, Oswaldo Y. et al. A municipalização dos serviços de saúde no Estado de São Paulo. *Saúde em Debate*, n. 33, p. 73-79, 1991.

Educação profissional em saúde: uma análise a partir do censo escolar 2002¹

Júlio César França Lima, Luciane Velasque, Mônica Vieira,

Renata Reis, Rita Elisabeth da Rocha Sório e Valdemar de Almeida Rodrigues

Apresentação

O presente estudo foi planejado a partir da demanda da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, por meio da Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde (Rorehs). O objetivo geral foi subsidiar as discussões então travadas durante a 12a Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em dezembro de 2003, bem como as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formulação e a implementação de políticas de formação em saúde.

Coordenado pela Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz, este estudo, realizado em parceria com o Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília, tem como objetivo específico analisar o sistema formador da educação profissional técnica de nível médio em saúde no país a partir do Censo Escolar de 2002.

Este estudo, portanto, é de natureza quantitativa, considerando os estabelecimentos de ensino, os cursos oferecidos e os alunos matriculados e concluintes. As instituições são apresentadas segundo o vínculo institucional – público e privado. Os cursos são organizados por subáreas de formação do setor saúde, tendo como parâmetro os Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico (Brasil/MEC, 2000), sendo os alunos distribuídos segundo o sexo, o turno escolar e a faixa etária.

O Censo Escolar é uma base de dados que agrega informações estatístico-educacionais de âmbito nacional, abrangendo a educação básica em seus diferentes níveis: educação infantil, ensino fundamental e ensino médio.

¹ Este artigo foi elaborado a partir do relatório final da pesquisa *Tendências e situação atual da oferta do sistema educativo na área da saúde*, que compreendeu a análise da formação graduada em saúde e dos programas de residência médica e aprimoramento profissional no Estado de São Paulo. A análise detalhada da educação profissional técnica em saúde compõe o volume 6, de junho de 2004.

A partir de 2001, passou a levantar e a incorporar também dados relativos à educação profissional técnica em todas as grandes áreas – agropecuária e pesca, indústria, comércio e serviços. Esse levantamento, realizado anualmente, é um dos principais componentes do sistema de informações da educação brasileira.

Aspectos metodológicos

Como já ressaltamos em trabalhos anteriores (Lima et al., 2002 e 2003), a análise dos dados da educação profissional técnica² deve ser realizada com cuidado, pois, atualmente, essa fonte de informação ainda é um instrumento precário para um diagnóstico acurado da realidade, em razão da baixa cobertura alcançada até o momento e da própria estrutura do instrumento de coleta de dados utilizado pelo Censo Escolar. No primeiro caso, foi possível constatar a partir da comparação com o cadastro de estabelecimentos de ensino que oferecem cursos na subárea de enfermagem, disponível no Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), que o Censo Escolar de 2001 expressava muito mais a realidade dos estabelecimentos com cursos de técnico de enfermagem do que daqueles com cursos de auxiliar de enfermagem, uma vez que os primeiros se encontram três vezes mais representados do que os últimos na base de dados do Censo. Infelizmente, tornou-se inviável a ampliação dessa análise para o conjunto das subáreas de formação técnica em saúde, decorrente da ausência de um cadastro de estabelecimentos das outras subáreas que sirvam de referência. Em outras palavras, é impossível calcular a cobertura do Censo da Educação Profissional Técnica para o conjunto das subáreas de formação em saúde, pois o total de escolas que oferece essa modalidade de ensino é desconhecido.

Quanto ao instrumento de coleta, cabe lembrar também alguns limites detectados naquele estudo que permanecem, tais como: os dados continuam não permitindo configurações de níveis de desagregação suficientes para que as instalações físicas dos estabelecimentos de ensino de educação profissional técnica em saúde possam ser discriminadas, o mesmo ocorrendo em relação ao corpo docente. É possível caracterizar um determinado conjunto de instituições, mas não é possível verificar, com exatidão, quais os cursos de saúde utilizados em determinadas instalações e nem tampouco discriminar

² A partir de julho de 2004, o Decreto nº 5.154/04 revoga o Decreto nº 2.208/97 e passa a regulamentar a educação profissional no Brasil, organizando-a em quatro modalidades: formação inicial e continuada de trabalhadores, habilitação técnica de nível médio, graduação tecnológica e pós-graduação tecnológica. A base de dados do Censo do Ensino Superior agrega as informações dos cursos tecnológicos.

o quantitativo de professores dedicados a diferentes cursos porventura oferecidos pelas instituições. Em outras palavras, a partir dessa base de dados não é possível caracterizar o número de professores por grandes áreas de atuação (agropecuária e pesca, indústria, comércio e serviços) ou por subárea da saúde (enfermagem, farmácia, etc.), bem como o nível de escolaridade do corpo docente. Além disso, não há informações sobre o número de vagas oferecidas à população, somente o número de alunos matriculados, o que impede uma análise mais apurada da oferta de cursos técnicos de maneira geral e, no nosso caso, na área de saúde; não há uma classificação prévia dos cursos técnicos oferecidos por subáreas de formação, e o formulário não permite identificar previamente a modalidade do curso oferecido, isto é, se auxiliar, técnico ou de especialização técnica.

No presente estudo, a agregação dos cursos por subárea de formação foi feita com base nas doze subáreas que compõem o setor, segundo os Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico (Brasil/MEC, 2000).³ No entanto, além dessas optamos por agregar também as subáreas de gestão em saúde, tradicionalmente oferecidas pelo setor com habilitações reconhecidas pelo MEC desde a década de 1970, de terapias alternativas, com o objetivo de acompanhar novos tipos de cursos do sistema formador em saúde em vias de crescimento, consoante com a abertura de novos nichos de mercado de trabalho, além de criar a categoria "outros". Sendo assim, definimos quinze subáreas de formação em saúde. Por outro lado, os cursos foram classificados como técnico, auxiliar e especialização, segundo modalidades que apareciam no nome do curso. Os cursos que não traziam no nome a modalidade foram classificados como ignorados.

Análise da educação profissional em saúde

a) A grande concentração regional e o caráter privado do ensino técnico em saúde

No ano de 2002, o Censo Escolar contabilizou no país, 995 estabelecimentos de ensino que oferecem 1.473 cursos de educação profissional técnica em saúde, podendo uma mesma instituição oferecer cursos de diferentes subáreas de formação. Esses estabelecimentos e cursos, na sua maioria, estão localizados na região Sudeste e, se considerarmos o eixo Sudeste-Sul,

³ As doze subáreas são: biodiagnóstico, enfermagem, estética, farmácia, hemoterapia, nutrição e dietética, radiologia e diagnóstico de imagem, reabilitação, saúde bucal, saúde visual, segurança do trabalho, vigilância sanitária.

observamos que aí se concentrava mais de 80% da capacidade instalada e da oferta de cursos técnicos, públicos e privados. Esse percentual chega a 96% se considerarmos os estabelecimentos e os cursos do setor público municipal dessas duas regiões, com destaque para o Sudeste. A região com menor capacidade instalada e oferta de cursos é a região Norte (2,51% e 2,38%, respectivamente), seguida da Centro-Oeste (5,13% e 4,48%, respectivamente), e depois a Nordeste (8,64% e 7,26%, respectivamente).

Além disso, podemos levantar a hipótese, a ser confirmada com séries históricas mais longas, de que o setor privado de ensino, mais que o setor público, tende a uma concentração maior nas regiões brasileiras mais desenvolvidas, como a Sudeste e a Sul, em detrimento das outras regiões, tal qual verificado no Censo Escolar 2001. Naquele ano, os dados apontavam para uma distribuição mais equilibrada de estabelecimentos e cursos do setor público entre as diversas regiões, o que não se verifica em 2002.

Essa concentração na região Sudeste pode ser explicada quando relacionamos esses dados ao desenvolvimento do mercado de trabalho em saúde. Em 1999, essa região detinha 50,6% (ou 696.390) dos 1.375.238 empregos de saúde no país, e em 2002, 48,2% (ou 771.527) dos 1.600.716 postos de trabalho (Vieira, et al., 2003). Agrega-se a isso o fato de que nessa região se situa também o maior número de estabelecimentos de saúde existentes.

Apesar da crítica que fizemos anteriormente a essa base de dados, principalmente em razão de não sabermos a cobertura de escolas que ela abrange, a concentração de estabelecimentos e cursos de educação profissional em saúde na região Sudeste parece ser coerente com a realidade, pois segue a mesma tendência verificada nos cursos de graduação em saúde (Vieira et al., 2004). Além disso, os resultados de 2002 confirmam os resultados de 2001 em relação à concentração no Sudeste e à distribuição de estabelecimentos e cursos entre as regiões brasileiras. Mas o levantamento revela também que no Sudeste é o Estado de São Paulo que detém a maior capacidade instalada no país, superando os Estados do Rio de Janeiro, de Minas Gerais e do Espírito Santo juntos. Esse estado concentra quase a metade (45,93%) dos estabelecimentos de ensino técnico em saúde, seguido do Estado de Minas Gerais, com 12,86%. Além disso, cabe destacar que, de todos os estados da federação, é o que detém o maior número de estabelecimentos de ensino da rede própria do SUS, com seis estabelecimentos estaduais e um municipal, localizado no município de São Paulo. No país, existem atualmente

28 Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (Etsus) em funcionamento, localizadas em dezoito estados brasileiros, que, em sua maioria, estão vinculadas às secretarias estaduais de saúde. Do total de Etsus, 25 pertencem às esferas estaduais, duas às municipais e apenas uma à esfera federal.⁴

Quando analisamos os dados segundo a dependência administrativa, observamos que 79,50% (791) dos estabelecimentos e 81,40% (1.199) dos cursos técnicos são vinculados e ofertados pela iniciativa privada. Nas regiões Norte e Sul, o número de estabelecimentos privados chega a representar 84% em média da capacidade instalada, enquanto o Nordeste abarca 72% da rede de estabelecimentos que respondeu ao Censo. Esses dados indicam a forte presença do setor privado na área do ensino técnico em saúde, sendo responsável também pela oferta de maior número de cursos em todas as regiões brasileiras.

No setor público, a esfera estadual é a principal prestadora de serviços educacionais de cursos técnicos em saúde. Se considerarmos o total de estabelecimentos do setor público (204), vemos que a esfera estadual detém 69% da capacidade instalada no país, só superados pela esfera federal nas regiões Norte e Nordeste. Da mesma forma, é responsável por 67% do total de cursos (274) oferecidos pelo setor.

Chama a atenção a baixa participação dos municípios nessa modalidade de ensino em todas as regiões brasileiras, dado bastante distinto da realidade dos estabelecimentos de saúde que estão majoritariamente localizados nessa esfera administrativa, conseqüência do processo de descentralização ocorrido nos anos 1990. Segundo o Censo Escolar 2002, apenas em seis estados brasileiros existe oferta de cursos técnicos em saúde nesse âmbito de governo (BA, MG, RJ, SP, PR, SC).

Talvez isso se explique pelo fato de que cabe aos municípios brasileiros assegurar e oferecer a educação infantil em creches e pré-escolas, e, prioritariamente, o ensino fundamental. Porém, isso não impede a atuação dessa esfera pública na oferta do ensino técnico, assim como do ensino médio, pois os municípios podem constituir seus próprios sistemas de ensino abrangendo essas modalidades de educação escolar, desde que atendidas as necessidades de sua área de competência, que é a educação infantil e o ensino fundamental, conforme a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

⁴ A região Norte conta com Etsus nos Estados do Acre (1) e Tocantins (1). Na região Nordeste, nos Estados de Alagoas (1), Bahia (1), Ceará (1), Paraíba (1), Pernambuco (1) e Rio Grande do Norte (1). Na região Centro-Oeste, nos Estados de Goiás (1), Mato Grosso (1), Mato Grosso do Sul (1) e no Distrito Federal (1). Na região Sul, nos Estados do Paraná (1) e Santa Catarina (2). Na região Sudeste, nos Estados do Espírito Santo (1), Minas Gerais (3), Rio de Janeiro (2) e São Paulo (7). O número de escolas existentes em cada estado encontra-se entre parênteses.

(Lei nº 9.394/96, art.11, inciso V; art.18, inciso I) e parecer CNE/CEB 34, de 07/08/2002.

Uma outra hipótese para a fraca presença da educação profissional a cargo dos municípios brasileiros pode ser a baixa tradição municipal em promover projetos e programas de desenvolvimento regional, papel historicamente vinculado aos níveis federal e estadual e que, em geral, propiciaram a implantação de escolas e/ou centros públicos de educação profissional no passado. A exigência de manter laboratórios e tecnologias atualizadas torna a educação profissional um investimento de maior prazo, necessário para sua sustentabilidade, o que em geral não está acessível à média dos municípios brasileiros, a não ser àqueles que se destacam por se constituírem em pólos de alguma fatia do setor produtivo.

b) A concentração de cursos técnicos na subárea de enfermagem

O Censo Escolar 2002, assim como o de 2001, aponta que os cursos técnicos em saúde mais ofertados pelas instituições escolares são da subárea de enfermagem, que inclui auxiliares e técnicos de enfermagem em todas as grandes regiões. No Brasil, eles representam 55,53% (818) de todos os cursos, sendo a região Sudeste a que apresenta o menor percentual de cursos de enfermagem (52,43%), talvez porque aí exista uma maior diversidade de cursos técnicos, enquanto na região Nordeste a subárea de enfermagem representa 73,83% de todos os cursos, quando comparada às demais subáreas.

A subárea que aparece em segundo lugar com relação ao percentual de cursos no Brasil é a de segurança do trabalho (11,95%), seguida de saúde bucal (8,15%), biodiagnóstico (6,65%) e radiologia e diagnóstico por imagem (5,50%), resultado idêntico ao encontrado no levantamento do Censo 2001 e um padrão nacional bastante influenciado pelo padrão da região Sudeste, dada a concentração de cursos nessa região.

A grande proporção de cursos técnicos de enfermagem já era esperada, pelo fato de essa categoria constituir o maior contingente de trabalhadores técnicos dentro da estrutura ocupacional do setor saúde. A análise da distribuição de postos de trabalho de nível técnico e auxiliar nos estabelecimentos de saúde abrangidos pelas pesquisas AMS-IBGE de 1999 e 2002 aponta para a predominância da subárea de enfermagem, que concentra 74,6% dos postos de trabalho em 1999 e 75,3% em 2002 (Vieira et al., 2003). Nenhuma das outras ocupações de nível técnico e auxiliar alcançam a faixa dos 10%, e os dados indicam que a demanda por cursos de técnicos de

enfermagem tende a aumentar, uma vez que nesse período esse posto de trabalho cresceu a uma participação de 29,6%, enquanto o dos auxiliares de enfermagem cresce apenas a uma taxa de 6,5%.

Em outras palavras, o grande contingente de auxiliares de enfermagem, que atualmente representa a maior parcela da força de trabalho nessa área, parece estar buscando concluir o ensino médio e realizar a complementação da sua trajetória profissional com o curso de técnico de enfermagem, possivelmente por exigência do mercado de trabalho em saúde, sem que isso signifique necessariamente ascensão na escala salarial. Isso pressupõe, a curto e a médio prazos, a ampliação da oferta de cursos de complementação profissional nessa área.

O Sudeste destaca-se do conjunto das grandes regiões, pois é a única no país, segundo o Censo 2002, que tem oferta de cursos em todas as quinze subáreas em análise. Nas regiões Norte e Centro-Oeste, os estabelecimentos ofertam cursos somente em sete subáreas.

Os cursos das subáreas de biodiagnóstico, enfermagem, farmácia, nutrição e dietética, saúde bucal e segurança do trabalho são os únicos oferecidos em todas as grandes regiões. Entretanto, a oferta desses cursos, como dos outros, está concentrada basicamente na região Sudeste, sendo a única região, por exemplo, que tem cursos na área de terapias alternativas. Chama a atenção o fato de que não apareça oferta de cursos da subárea de hemoterapia em nenhuma região brasileira, o que não ocorreu em 2001, quando o Censo registrou a existência de três cursos no país, localizados nas regiões Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste, além do número reduzido de cursos nas subáreas de vigilância sanitária e gestão. Trabalhamos com a hipótese de que antes de significar ausência de oferta de cursos, esses dados indicam ausência de registro ou de participação de estabelecimentos no Censo Escolar.

De todo modo, com pequenas variações, o conjunto das regiões segue a mesma ordem de oferta, indicando possivelmente as prioridades conferidas pelo sistema formador *vis-à-vis* às demandas do mercado setorial. Nesse sentido, cabe ressaltar que a prioridade do setor público não é necessariamente a mesma do setor privado. Os dados levantados indicam que na subárea de saúde bucal, por exemplo, privilegia-se a formação de técnicos em prótese dentária e não de higiene dental, prioritário para o setor público, considerando a necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar as ações a ela relacionadas por intermédio do Programa Saúde da Família.

Segundo o Censo 2002, apenas o setor privado oferece cursos nas subáreas de estética, reabilitação, saúde visual e terapias alternativas. Por outro lado, é apenas o setor público que oferece cursos na área de vigilância sanitária e a maioria dos cursos da área de gestão.

No levantamento da distribuição de cursos, segundo a modalidade declarada pela escola, observa-se que a maioria dos cursos é de nível técnico (77,05%) ou aqueles que exigem a conclusão do ensino médio. A única subárea que define cursos de especialização técnica, apesar de numericamente inexpressivo, é a de enfermagem, sendo a maioria de enfermagem do trabalho, com apenas um curso de centro cirúrgico e geronto-geriatria, respectivamente. Nesse caso, em particular, cabe esclarecer que apesar de o Cofen reconhecer a especialização técnica do profissional de enfermagem de nível médio, atendidos os pré-requisitos mínimos de escolaridade, conteúdos e carga horária, não define as especialidades nesse nível de ensino (Resolução Cofen nº 226/2000). O título de especialista em enfermagem do trabalho e em outros ramos da atenção à saúde é de competência exclusiva do enfermeiro de nível superior (Resolução Cofen nº 260/2001), sendo reservado aos técnicos e aos auxiliares de enfermagem o título de "qualificação em nível médio de enfermagem do trabalho" (Resolução Cofen nº 238/2000).

Além da enfermagem, as únicas subáreas que declararam cursos de auxiliares são: biodiagnóstico, farmácia, saúde bucal e segurança do trabalho. Parece-nos que, até o momento, a enfermagem é a única subárea que definiu a qualificação de auxiliar de enfermagem como parte da trajetória profissional do técnico de enfermagem, exigindo para isso a conclusão do ensino médio e a complementação de carga horária para a obtenção do diploma de técnico de enfermagem.

Observa-se também um grande número de cursos indefinidos ou ignorados nas subáreas de vigilância sanitária (87,50%), gestão (83,33%) e outros (52,17%), indicando que o preenchimento da informação provavelmente foi prejudicado pela inexistência, no formulário do Censo, de uma classificação prévia do tipo de curso. Na subárea terapias alternativas, um nicho de trabalho que tende a se desenvolver na área de saúde, todos os cursos são definidos como de nível técnico. Para o Cofen, os cursos dessa subárea podem ser considerados uma especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem, pois essas práticas (acupuntura, iridologia, fitoterapia, reflexologia, quiropraxia, massoterapia, dentre outras), segundo o Conselho, não são vinculadas a qualquer categoria profissional. Exige, para o registro profissional, que o egresso tenha concluído o curso em

instituição reconhecida com carga horária mínima de 360 horas (Resolução Cofen nº 197/1997).

c) Situação dos alunos

Em 2002, o Censo Escolar identificou 151.281 alunos matriculados em cursos de educação profissional técnica de nível médio em saúde. Uma análise dessas matrículas por região e dependência administrativa parece indicar a mesma tendência de concentração espacial-geográfica verificada anteriormente para os cursos e os estabelecimentos. As matrículas da região Sudeste (95.554) correspondem a 63,16% do total de matrículas de cursos técnicos em saúde, que, quando somadas às 21.344 da região Sul, perfazem um total de 116.888 matrículas, significando que juntas as duas regiões detêm 77,27% de todas as matrículas de ensino técnico em saúde no país.

Apesar dos esforços empreendidos nos últimos anos com a criação de políticas voltadas para a expansão da educação profissional em saúde no país, observa-se que a concentração no eixo Sul-Sudeste ainda predomina, o que aponta para a necessidade de maiores investimentos públicos, principalmente na região Norte, mas também no Centro-Oeste e no Nordeste.

O levantamento das matrículas por dependência administrativa revela que 118.835 ou 78,55% de todas as matrículas no país são oriundas de instituições privadas, indicando baixa oferta pública, ao mesmo tempo que possível barreira socioeconômica no acesso aos cursos privados. Sob este último aspecto, se considerarmos a relação entre o total de cursos e de alunos matriculados, observamos que existem em média 118 alunos por curso nas instituições públicas e 99 alunos por curso nas instituições privadas. Ou seja, apesar de, em termos absolutos, o setor privado oferecer um maior número de cursos e ter um maior número de alunos matriculados, em termos relativos o setor público detém um número elevado de alunos matriculados no país, particularmente nas regiões Nordeste e Sudeste. Isso indica que a procura por cursos públicos é maior e que, possivelmente, existe demanda reprimida, principalmente nas regiões Norte, Sul e Centro-Oeste.

Do total de 32.446 matrículas do setor público, 25.116 ou 77,4% estavam vinculadas à esfera estadual de ensino. A única exceção ocorre na região Norte, onde a maior parte das matrículas no ano de 2002 pertencia a instituições federais.

As matrículas por subáreas de formação

A distribuição de alunos matriculados em cursos técnicos pelas quinze subáreas de formação também guarda coerência com a análise de oferta de cursos. Entre as 151.281 matrículas captadas pelo Censo 2002, 105.915 ou 70,01% se relacionavam com a área de enfermagem. As demais catorze subáreas dividem os 30% restantes de matrículas com percentuais infinitamente menores. Por ordem decrescente, a situação das matrículas no país, entre as cinco primeiras subáreas após a enfermagem, encontra-se distribuída da seguinte forma: segurança do trabalho (10.499 ou 6,94%), radiologia e diagnóstico por imagem (9.539 ou 6,31%), biodiagnóstico (7.076 ou 4,68%), saúde bucal (5.678 ou 3,75%) e nutrição e dietética (5.416 ou 3,58%).

Essa abundância de matrículas na subárea de enfermagem, embora guarde coerência com o mercado de trabalho em saúde (Lima et al., 2002), também pode significar uma série de outras questões que precisam ser mais bem analisadas, como formato de abertura de cursos, disponibilidade de professores, incentivo à profissionalização desses trabalhadores para técnicos de enfermagem, com conseqüente elevação da escolaridade, como sinalizamos anteriormente. Melhor análise poderia ser obtida fazendo-se um estudo de segmento com análises de séries históricas por curso para observar tendência e estabilidade de vagas, uma informação que não está disponível no Censo da Educação Profissional. Até o momento, só há informação sobre o número de matrículas por escola. Por outro lado, é preciso mencionar que o modelo de atenção à saúde buscado com o SUS pressupõe o inverso, isto é, uma abordagem multidisciplinar, o que exige a presença de um leque maior de profissionais atuando no interior dos serviços e nas comunidades. Nesse sentido, há uma disjuntiva facilmente observável entre as políticas de saúde e as de educação/formação, como, por exemplo, na subárea de saúde bucal, em que parece haver baixa oferta de cursos de técnicos de higiene dental e atendente de consultório dentário, diante das políticas em curso nessa área, com a ampliação das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família.

A relação de gênero presente na formação em saúde

Mantendo-se a tendência histórica já conhecida e indicada por diversos trabalhos, o interesse por cursos na área de saúde é expressivamente maior entre mulheres que entre homens. O Censo de 2002 confirma essa informação, pois 78,08% das matrículas foram preenchidas por mulheres. Em cursos das

subáreas de estética e nutrição e dietética, a presença de mulheres ultrapassa a faixa dos 90% (98,6% e 94,81%, respectivamente). A única subárea que apresenta maior número de matrículas preenchidas pelo sexo masculino é a de segurança do trabalho, em que esse percentual corresponde a 65,50% do total da subárea, vindo a seguir saúde visual, com 58,23%.

No entanto, a despeito do fenômeno da "feminização" na saúde, é possível observar um maior número de homens na área. Analisando-se as matrículas da subárea enfermagem, o fenômeno parece estar sendo modificado paulatinamente. Essa subárea, que até bem pouco tempo atrás quase não dispunha de trabalhadores homens, hoje conta com um contingente masculino de 15,29% em seus cursos técnicos. Isso pode, em mais longo prazo, representar uma tendência ao crescimento de incorporação de homens ao mercado de trabalho em saúde, mudando as características de gênero de parte do setor, especialmente nas equipes vinculadas ao cuidado em saúde, historicamente terreno de prática exclusivamente feminina. Provavelmente, como em outros países, a entrada da força de trabalho masculina não inverte a tendência, mas pode caminhar no sentido de garantir maior equilíbrio de gênero nas equipes. Afinal, sabe-se que o grande percentual de mulheres na enfermagem não ocorreu por força e imposição do objeto de trabalho, mas sim por reprodução de padrões socioculturais. No entanto, as origens desse fenômeno mais recente merecem ser mais bem compreendidas na perspectiva de identificar suas causas. Ou seja, a maior procura masculina por cursos da área de saúde, especialmente de enfermagem, representa algum diferencial ou valor agregado em termos salariais e de reconhecimento profissional, ou, justamente ao contrário, reflete uma crise relacionada à situação do emprego no país?

A formação que ocorre (a)pós o trabalho

Em relação ao horário de funcionamento de cursos técnicos em saúde, os dados revelam que 62,45% dos alunos matriculados no Brasil, ou seja, 94.475, freqüentavam cursos noturnos. Esse índice esteve acima de 50% para todos os cursos oferecidos em treze subáreas de formação em saúde, à exceção das subáreas de terapias alternativas e saúde visual, nas quais esse número representou 44,66% e 42,06% do total de matrículas, respectivamente. Em cursos das subáreas de segurança do trabalho, estética e radiologia e diagnóstico por imagem, a proporção de matrículas noturnas mostrou-se mais elevada ainda, com 89,07%, 77,62% e 77,51%, respectivamente.

A abertura de cursos noturnos pode significar uma resposta à necessidade dos alunos trabalhadores que não encontram outra forma de acesso ao processo educativo e de formação profissional que não após o expediente de trabalho. Nesse caso, muito provavelmente, a abertura de turmas noturnas responde ao perfil socioeconômico da demanda. Para corroborar essa hipótese, seriam necessários outros dados relacionados aos alunos, como local de trabalho, renda, dentre outros.

Por outro lado, na medida em que se considera imprescindível promover maior articulação entre o processo formativo e os serviços de saúde, essa questão se complexifica. A formação profissional em saúde de qualidade impõe mudanças profundas nas práticas pedagógicas utilizadas na formação dos trabalhadores ou futuros trabalhadores de saúde, como a realização de estágios supervisionados, maior articulação teoria-prática e desenvolvimento de habilidades e competências nos serviços e programas de saúde. Em princípio, tais questões são bastante difíceis de serem viabilizadas em expedientes noturnos e podem resultar em déficits de conhecimento consideráveis para o aluno.

A tendência à formação tardia dos técnicos médios de saúde

Aproximadamente 50% dos alunos matriculados na educação profissional em saúde estão na faixa etária entre 20 e 29 anos, o que induz a pensar que a formação ocorre após o ensino médio ou que são alunos com distorção entre a idade e a série escolar. Em quase todas as subáreas, observa-se que a maioria dos alunos ocupa essa faixa etária, e nas subáreas de reabilitação e terapias alternativas a faixa etária é ainda mais elevada, com um número expressivo de alunos com mais de trinta anos. As únicas subáreas que concentram uma população mais jovem, segundo o Censo Escolar 2002, são biodiagnóstico, farmácia, nutrição e dietética, vigilância sanitária e gestão.

Esse resultado é compatível com o encontrado em 2001, quando se verificou também, em comparação com outras áreas da economia, que os alunos matriculados em cursos técnicos de saúde tendem a ser mais velhos. Naquele ano, apenas 22% dos matriculados na área tinham até dezenove anos de idade, enquanto 44,4% dos matriculados em outras áreas tinham menos de dezenove anos. A faixa etária de quinze a dezessete anos, que é compatível com a idade escolar do ensino médio, concentra apenas 5,29% dos alunos matriculados em cursos técnicos de saúde.

Esses dados indicam uma possível tendência a ser confirmada (ou não) sobre a formação tardia dos técnicos médios de saúde por meio de séries históricas mais longas. De todo modo, se agregamos a esse resultado a análise anterior sobre o grande número de alunos que estuda no período noturno, possivelmente alunos que também trabalham, esses resultados podem expressar o não-acesso ao ensino médio e à formação técnica nesse nível de ensino na idade escolar apropriada; o abandono da escola imposto pela necessidade de trabalhar para custear o próprio estudo, geralmente em escola privada; a busca por uma formação profissional após ingressar no mundo do trabalho com a perspectiva de ascensão profissional e/ou trabalho autônomo, etc.

Sobre os concluintes

Em 2001, de acordo com o Censo 2002, 68.036 alunos concluíram cursos técnicos relacionados às subáreas de formação em saúde. Em uma análise mais detida sobre a dependência administrativa das instituições responsáveis por esses concluintes, pode-se observar que 13,32% (9.065 alunos) eram oriundos de escolas públicas, e 86,68% (58.971), de escolas privadas. Esse dado reflete a maior oferta privada já apontada com relação aos estabelecimentos, aos cursos e às matrículas.

Uma verificação interna dos dados relativos à esfera pública permite as seguintes afirmativas: em termos nacionais, considerando o número total de concluintes (9.065), a maior parte estava vinculada a escolas pertencentes a redes estaduais de educação, responsáveis pela formação de 80,74% daqueles alunos; a esfera federal respondeu por 12,90%; e a municipal, por 6,37% dos concluintes.

Ao analisarmos a participação do setor privado nos resultados relacionados a concluintes, é possível afirmar que, invariavelmente, para cada aluno formado no setor público houve no mínimo 4 e no máximo 27 concluintes de escolas privadas, variando essa relação de acordo com a região, da seguinte forma: região Centro-Oeste, 1/4, região Nordeste, 1/6, região Sudeste, 1/6, região Sul, 1/11 e região Norte, 1/27.

Em relação à distribuição regional, observa-se que os concluintes pertenciam a instituições concentradas na região Sudeste (65,08%), seguida pelas regiões Nordeste (14,03%), Sul (13,54%), Centro-Oeste (4,06%) e Norte (3,29%).

A maioria dos concluintes, em todas as regiões brasileiras, é da subárea de enfermagem. No país, são 70% do conjunto de todas as subáreas, chegando a representar mais de 90% na região Nordeste. De todas as regiões, a Sudeste responde por mais de 60% dos concluintes de cursos técnicos médios em saúde que irão disputar uma vaga no mercado de trabalho ou já estão inseridos no mercado setorial e estão buscando melhor qualificação escolar.

Com relação às variáveis sexo, turno e faixa etária, os dados reproduzem os resultados já encontrados quando da análise dos alunos matriculados. No conjunto das subáreas, a maioria dos concluintes é de mulheres (78%), sendo as subáreas de segurança do trabalho, saúde visual e radiologia e diagnóstico por imagem as únicas cuja maioria dos concluintes é homem. Nesta última subárea, há uma possível tendência de inversão desse quadro se o número de mulheres matriculadas nesses cursos continuar a ser maior do que de homens, como ocorreu em 2002.

O período noturno também é o turno com maior número de concluintes dos cursos técnicos médios em saúde (60%), exceto nas subáreas de estética e vigilância sanitária, em que 100% deles são do período diurno, o que também tende a se reverter, pois em 2002 a maioria dos alunos matriculados nessas subáreas estuda à noite.

Por último, a faixa etária predominante é de 20 a 29 anos, que corresponde a mais de 50% dos concluintes, que, quando somados àqueles com até 39 anos, representam mais de 70% destes, o que pode ser um indicador da presença de uma força de trabalho mais velha no mercado de trabalho em saúde.

Conclusão

Este estudo procurou apresentar um panorama da educação profissional técnica de nível médio em saúde no país a partir da base de dados do Censo Escolar 2002. Tal levantamento é realizado com o objetivo de subsidiar a formulação e a implementação de políticas de formação profissional, que ressurge como pauta importante na agenda da área. É nesse contexto que a análise dessa base de dados se insere, o que exige antes de tudo avaliar a contribuição desta para a formulação de políticas públicas no setor saúde.

A principal crítica formulada neste estudo é que essa fonte de informação pode não estar abarcando a totalidade dessa modalidade de ensino na área de saúde, devendo-se por isso utilizar os dados com cautela, pois não se sabe qual é a cobertura de escolas que essa base abrange, ou qual a fração do total

de estabelecimentos de educação profissional técnica que está presente nesta, dificultando a extrapolação das conclusões.

Apesar disso, parece-nos que o Censo Escolar serve de orientação e indica de certo modo a realidade da educação profissional técnica em saúde no país, principalmente quando cotejado com dados de outras fontes de informação, como a Pesquisa Assistência Médico-Sanitária do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (AMS/IBGE), realizada no decorrer do estudo, assim como com o levantamento realizado dos cursos de graduação em saúde.

Por outro lado, cabe ressaltar que o Censo Escolar é considerado uma base sólida e consistente para a definição de políticas públicas na área de educação, principalmente pela cobertura alcançada na rede de ensino fundamental. Para isso, contribuiu bastante a criação do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (Fundef), pelo Ministério da Educação (MEC), pois o número de matrículas nas redes públicas de ensino é a base de cálculo do coeficiente de redistribuição dos recursos do governo federal para estados e municípios, incidindo diretamente na distribuição de livros didáticos e merenda escolar, entre outros. Desse ponto de vista, a proposta que vem sendo discutida de criação de um Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação Profissional e Tecnológica (Fundep) (BRASIL/MEC, 2003) pode servir também para incentivar os estabelecimentos que oferecem cursos de educação profissional técnica a participarem do Censo Escolar, garantindo uma melhor cobertura e, conseqüentemente, um retrato mais próximo da realidade dessa modalidade de ensino.

Considerando essas questões, o levantamento revela que a maioria dos estabelecimentos de ensino, os cursos existentes e o conjunto de alunos matriculados e concluintes estão localizados na região Sudeste do país, bem como são vinculados ao setor privado em todas as regiões brasileiras. Isso aponta para uma grande concentração espacial-geográfica da capacidade instalada e da oferta, principalmente se considerarmos o eixo Sul-Sudeste, e o caráter predominantemente privado da educação profissional em saúde. O Sudeste detém a maioria dos empregos em saúde e a maior rede de serviços do setor, o que pode explicar essa concentração, embora não justifique a baixíssima ou inexistente oferta pública em outras. A região que apresenta o menor percentual nas três variáveis anteriores é a Norte, seguida da Centro-Oeste, indicando a necessidade de maiores investimentos públicos nessas regiões.

Com base na análise de concluintes dos cursos técnicos em saúde das escolas públicas e privadas, em 2002, é possível afirmar que para cada aluno formado no setor público houve no mínimo quatro e no máximo 27 concluintes de escolas privadas, variando essa relação de acordo com a região, da seguinte forma: Centro-Oeste, 1/4, Nordeste, 1/6, Sudeste, 1/6, Sul, 1/11, e Norte, 1/27.

Entretanto, a análise indica também que apesar de, em termos absolutos, o setor privado oferecer um maior número de cursos, o setor público detém um número elevado de alunos matriculados no país, principalmente nas regiões Nordeste e Sudeste. Isso pode estar significando que a procura por cursos públicos é maior, possivelmente em função de barreira socioeconômica que permita o acesso aos cursos privados, e que existe demanda reprimida pelo setor público, principalmente nas regiões Norte, Sul e Centro-Oeste. No setor público, a esfera estadual é a principal prestadora de serviços educacionais na área de saúde, exceto nas regiões Norte e Nordeste, onde predomina a esfera federal. Os municípios têm pequena participação nessa modalidade de ensino, talvez porque, prioritariamente, sejam responsáveis pela oferta de educação infantil e fundamental em razão da baixa tradição dessa esfera pública na promoção de projetos de desenvolvimento regional vinculados à implantação de escolas e/ou centros públicos de educação profissional.

A enfermagem é a subárea de formação que detém o maior número de cursos (55,53%) e matrículas (70,01%) no país e em todas as regiões brasileiras, o que tem correspondência com o expressivo quantitativo de postos de trabalho dessa área nos estabelecimentos de saúde. Trabalhamos com a hipótese de que a demanda por cursos de técnicos de enfermagem tende a aumentar, uma vez que, no período 1999-2002, esse posto de trabalho cresceu a uma participação de 29,6%, enquanto o dos auxiliares cresce apenas a uma taxa de 6,5%, sem que isso signifique necessariamente ascensão na escala salarial.

É preciso mencionar que o modelo de atenção à saúde buscado com o SUS pressupõe o inverso, isto é, uma abordagem multidisciplinar, que exige a presença de um leque maior de profissionais atuando no interior dos serviços e nas comunidades. Nesse sentido, esses dados indicam a existência de uma disjuntiva facilmente observável entre as políticas de saúde e as de educação/formação, como, por exemplo, na subárea de saúde bucal, em que parece haver baixa oferta de cursos de técnicos de higiene dental e atendente de consultório dentário ante as políticas em curso nessa área, com a ampliação das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família. Nessa subárea, a maioria dos cursos é privada e voltada para a formação de técnicos em

prótese dentária, que são vinculados historicamente à prática liberal, e não de técnicos de higiene dental, prioritários para a política de saúde em curso.

Quanto aos alunos, o levantamento indica que entre os matriculados e concluintes há predomínio de mulheres na formação técnica em saúde, resultado profundamente influenciado pelo grande contingente feminino na subárea de enfermagem. Em cursos das subáreas de estética e nutrição e dietética, a presença de mulheres ultrapassa a faixa dos 90%. A única subárea que apresenta maior número de matriculados e concluintes do sexo masculino é a de segurança do trabalho, vindo a seguir a subárea de saúde visual.

Na sua maioria (62,45%), os alunos fazem cursos noturnos. Se, por um lado, isso pode significar uma resposta à necessidade de alunos trabalhadores, que não encontram outra forma de acesso ao ensino médio e à formação profissional, a não ser após o expediente de trabalho, por outro a questão da formação profissional complexifica-se. Uma formação de qualidade pressupõe a realização de estágios supervisionados, maior articulação teoria-prática e desenvolvimento de competências e habilidades nos serviços e programas de saúde. Em princípio, tais questões são bastante difíceis de serem viabilizadas em expedientes noturnos e em escolas privadas de qualidade duvidosa, principalmente em termos de equipamentos e instalações, o que pode resultar em déficits de conhecimento consideráveis para o aluno.

Com relação à faixa etária, a análise aponta que os alunos dos cursos técnicos na saúde tendem a ser mais velhos. Aproximadamente 50% dos alunos matriculados e concluintes estão na faixa etária entre 20 e 29 anos, o que induz a pensar que a formação ocorre após o ensino médio ou que são alunos com distorção entre a idade e a série escolar. Em estudo anterior, realizado em 2001, verificamos também que, em comparação com outras áreas da economia, os alunos matriculados em cursos técnicos da área tendem a ser mais velhos. A faixa etária de 15 a 17 anos, que é compatível com a idade escolar do ensino médio, concentra apenas 5,29% dos alunos matriculados e 1,35% dos concluintes em 2002.

A partir das questões contempladas anteriormente, sugerimos as seguintes recomendações:

- garantir no Programa de Expansão da Educação Profissional do Ministério da Educação (Proep/MEC) verbas para a construção de Escolas Técnicas do SUS – Etsus – em todos os estados da região Norte e nos Estados do Maranhão, do Piauí, de Sergipe e do Rio Grande do Sul;

- definir nas três instâncias gestoras do SUS mecanismos de incentivos para garantir o acesso à educação básica e à formação profissional a todo trabalhador, com dispensa de horas de trabalho;
- incentivar e garantir, com os gestores estaduais e municipais do sistema de saúde, recursos orçamentários para a manutenção das Etsus e dos pólos descentralizados de formação técnica em saúde;
- fortalecer as Etsus como Centros Estaduais de Referência de Educação Profissional Técnica em Saúde, com o objetivo de desenvolver cursos em áreas de interesse do SUS de forma descentralizada e com integração ensino-serviço;
- criar e implantar um sistema público de acreditação para escolas públicas e privadas de educação profissional técnica em saúde a partir de critérios de avaliação dos cursos ofertados, de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS;
- desenvolver de forma articulada com o MEC sistema contínuo de acompanhamento e avaliação das escolas públicas e privadas de educação profissional técnica em saúde no país, com vistas à melhoria da qualidade da formação oferecida;
- criar mecanismos que estimulem a participação das escolas públicas e privadas no Censo da Educação Profissional, com a perspectiva de utilizar essa base de dados de forma mais confiável no planejamento e na gestão das políticas públicas de educação e saúde em todos os níveis de governo;
- promover de forma articulada com o Inep/MEC a melhoria da qualidade de informação da base de dados do Censo da Educação Profissional Técnica em Saúde, ampliando as variáveis para estudo.

Referências bibliográficas

BRASIL, Ministério da Educação. *Lei nº 9.394, de 20/12/96*. Estabelece as diretrizes da educação nacional. Brasília: MEC, 1996.

_____. *Educação profissional: referenciais curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico. Área profissional: saúde*. Brasília: MEC, 2000. 231 p.

_____. *Proposta de políticas públicas para a educação profissional e tecnológica*. Brasília: MEC, dez. 2003.

_____. *Decreto nº 5.154, de 23/07/04*. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 42 da Lei nº 9.394, de 20/12/96. Brasília: MEC, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 197/97. Estabelece e reconhece as terapias alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem. *Documentos básicos*. 8. ed. Natal: Cofen, 1997. p. 144.

_____. Resolução 226/00. Dispõe sobre o registro para especialização de técnicos e auxiliares de enfermagem. *Documentos básicos*. 8. ed. Natal: Cofen, 2000. p. 208.

_____. Resolução 238/00. Fixa normas para a qualificação em nível médio de enfermagem do trabalho e dá outras providências. *Documentos básicos*. 8. ed. Natal: Cofen, 2000. p. 235.

_____. Resolução 260/01. Fixa as especialidades de enfermagem. *Documentos básicos*. 8. ed. Natal: Cofen, 2001. p. 357.

_____. *Cadastro de estabelecimentos com cursos técnicos em enfermagem*. Rio de Janeiro, 2002. <http://www.portalfcofen.com.br/index.asp>

LIMA, Júlio César França et al. Educação profissional em enfermagem: uma releitura a partir do Censo Escolar 2001. *Revista Formação*, v. 2, n. 6. Brasília: Ministério da Saúde, set./dez. 2002.

_____. Mapeando a educação profissional de nível técnico em saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 293-316.

_____. *Tendências e situação atual da oferta do sistema educativo na área de saúde*. Educação profissional de nível técnico em saúde. Relatório Final, v. 6. Brasília: Ministério da Saúde, jun. 2004.

VIEIRA, Ana Luiza Stiebler et al. *Tendências e situação atual da oferta do sistema educativo na área de saúde. Formação graduada em saúde*. Relatório Final, v. 1-2. Brasília: Ministério da Saúde, mai. 2004.

VIEIRA, Mônica et al. *As ocupações técnicas nos estabelecimentos de saúde: um estudo a partir dos dados da pesquisa AMS/IBGE*. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, mar. 2003.

Residência médica: prioridades do Sistema Único de Saúde que determinam a distribuição de vagas

Adriana Rosa Linhares Carro, Aníara Nascimento Corrêa Araújo,

Nosor Orlando de Oliveira Filho e Paulo Henrique D'Ángelo Seixas

Introdução

No Brasil, a residência médica (RM) surgiu em 1944 no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, e, em 1948, o Hospital dos Servidores do Rio de Janeiro implantou o programa de RM na área de pediatria.¹ Desde sua implantação no país até sua forma atual, muitas transformações ocorreram no conhecimento médico, nas técnicas de ensino e aprendizagem e na atenção médica prestada à população.

A RM foi regulamentada pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977,² e se constitui numa modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, funcionando em instituições de saúde sob a orientação de profissionais médicos altamente qualificados.

Este decreto criou também a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), ligada ao Ministério da Educação e Cultura (MEC), com as seguintes atribuições: credenciar programas de RM; definir as normas gerais dos programas; estabelecer requisitos mínimos necessários das instituições onde estes serão realizados; assessorar as instituições para o estabelecimento dos programas de residência; avaliar periodicamente e, se necessário, sugerir modificações ou suspender o credenciamento dos programas que não estiverem de acordo com as normas estabelecidas.

É importante chamar a atenção para o fato de que a regulamentação da RM e sua efetiva implantação contaram com a participação ativa da Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR), que, desde 1975, iniciou um processo de mobilização para a regulamentação supracitada. A ANMR, articulada ao Movimento de Renovação Médica e ao movimento médico sindical, deflagrou em 1977 uma manifestação política, de cunho nacional, que incluiu também outras entidades da sociedade civil. Esse

movimento, que teve entre outros objetivos o cumprimento da regulamentação estabelecida pelo Decreto nº 80.281, reivindicou também que os médicos residentes tivessem reconhecidos seus direitos trabalhistas, realizou atos públicos, passeatas e greves, obtendo algumas vitórias, dentre as quais o aumento da remuneração do médico residente abrangendo todo o país de forma igualitária e o início efetivo da aplicação da regulamentação supracitada. A paralisação dos médicos residentes foi a primeira realizada por médicos com características nacionais e repercussão na grande imprensa, ocorrendo num momento político nacional em que se iniciava uma pressão da sociedade civil em direção a um Estado de direito democrático.³

A regulamentação da RM pelo Estado, e não pelas sociedades médicas, característica importante desse processo, introduziu o médico residente como força de trabalho no sistema de saúde, provocando a institucionalização da residência no interior das políticas de saúde. A opção preferencial dada inicialmente às áreas básicas, num momento em que a prioridade era a regionalização, a hierarquização e o desenvolvimento de ações simplificadas e de baixo custo, evidencia a articulação entre residência e política de saúde.³

O termo "residência médica" só pode ser empregado para programas credenciados pela CNRM, órgão do MEC. Cumpridos integralmente dentro de uma determinada especialidade, os programas credenciados conferem ao médico residente o título de especialista.

O fato de o Programa de RM dar o título de especialista, com regras determinadas pela CNRM, propiciou ao Estado um poder que até então era exclusivo das sociedades médicas de especialidades, que são entidades civis sem qualquer subordinação ao poder público. Isso dá ao Estado brasileiro a capacidade de traçar uma política completa na área de atenção à saúde, incluindo a formação daqueles profissionais que julgar necessário. Vale ressaltar que somente a profissão médica é regulamentada dessa forma pelo Estado brasileiro, e, ainda, que a maior parte das bolsas de RM é mantida por entidades e instituições públicas.

No início do processo de regulamentação da RM houve um distanciamento entre as sociedades de especialidades, que continuam a emitir seus títulos de especialistas, e a CNRM. Entretanto, com o passar dos anos, vem ocorrendo uma reaproximação e um imbricamento gradual entre essas sociedades e os órgãos responsáveis pela RM. Hoje, há um trabalho em conjunto entre a CNRM e a maioria das sociedades de especialidades, passando estas a estabelecer diversos condicionamentos às normas mais recentes emanadas daquela. Na mais recente revisão de resoluções anteriores,

a CNRM trabalhou em conjunto com o Conselho Federal de Medicina e com as sociedades de especialidades, buscando eliminar as divergências existentes em relação às regras de formação do médico residente (ex.: número de anos necessários para cumprimento do programa), acordando ainda quais especialidades seriam reconhecidas pelas sociedades. Essa resolução foi publicada no *Diário Oficial da União*, sob o nº 004/2003, contendo as seguintes considerações iniciais:

O Presidente da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), no uso de suas atribuições que lhe conferem o Decreto nº 80.281 de 05 de setembro de 1977 e a Lei nº 6.932 de 07 de julho de 1981, e considerando a Resolução do Conselho Federal de Medicina de nº 1.666, de 02 de julho de 2003 que reconhece 52 (cinquenta e duas) especialidades médicas e suas áreas de atuação; considerando a Comissão Nacional de Residência Médica oferecer requisitos mínimos para credenciamento de programas de Residência Médica em 46 (quarenta e seis) especialidades médicas; considerando que 05 (cinco) outras Sociedades de Especialidades tiveram aprovados, pela CNRM, seus critérios mínimos para credenciamento de programas de Residência Médica, resolve [...]

A preocupação do Estado em apreender e regular a especialização médica é vista também em outros países. Como exemplo disso podemos citar a criação do *Council on Graduate Medical Education – COGME*, criado pelo Congresso Americano em 1986, que tem como papel prover recomendações para o *Department of Health and Human Services (HHS) Secretary* e para o Congresso Americano sobre a formação e a distribuição de médicos nos Estados Unidos, excessos e carências de especialistas médicos, entre outros temas.⁴

Entre as considerações do COGME em relação ao vigente sistema de saúde americano, podemos relatar:

- O país conta com poucos médicos generalistas e muitos médicos especialistas, com tendência ao agravamento dessa situação pela quantidade de formados que procuram as especialidades.
- Atualmente, médicos especialistas e subespecialistas são responsáveis por parte da atenção primária.
- O acesso ao atendimento médico encontra-se dificultado em algumas áreas, sobretudo nas rurais.

- Há ausência de planejamento da força de trabalho médica combinada a incentivos financeiros e outros.

O COGME faz algumas preconizações no sentido de otimizar o sistema de saúde americano, a fim de melhorar o acesso da população, dentre estas:

- O número de vagas para ingresso à residência médica deve ser 10% superior ao número de graduados nas escolas médicas americanas, ou seja, deve ser limitado, já que ultimamente o número de vagas para ingresso na residência vem aumentando.
- Pelo menos 50% dos residentes devem iniciar sua prática como médicos generalistas, tais como médico de família, clínicos gerais e pediatras.
- As áreas carentes de atenção primária nos EUA devem ser eliminadas.

Nota-se que essa experiência foi posterior à brasileira, que se deu em 1977.

A residência médica é concomitantemente um processo de ensino, prática e pesquisa e está institucionalizada em termos mundiais; sua importância pode ser analisada sob as óticas da categoria profissional e das instituições que oferecem tais programas. Em relação à categoria profissional, exerce uma série de funções, dentre as quais podemos destacar: aprendizado e treinamento sob supervisão, visando à habilitação profissional; aquisição de conhecimentos especializados, bem como estímulo à formação de docentes pela participação dos residentes em atividades de pesquisa e tarefas didáticas. Por outro lado, da perspectiva da instituição que oferece os programas, podemos destacar como algumas vantagens importantes: melhoria das condições técnicas, incluindo equipamentos, serviços complementares, etc.; melhoria do padrão de atendimento médico; assistência médica em tempo integral aos pacientes e transformação da instituição em centro de estudos.⁵

A RM, estruturada sob forma de treinamento em serviço, ainda que necessite de constante revisão e aperfeiçoamento, é reconhecida como forma adequada para a especialização profissional e para a melhora da qualidade da atenção médica oferecida. A base da regulamentação de 1977 permanece a mesma, com a emissão de resoluções adicionais tratando de assuntos específicos.

Inicialmente implantados principalmente em hospitais universitários, os programas de RM no Brasil foram se estendendo a outros serviços hospitalares, públicos em sua maioria, e a instituições privadas, que passaram a ter, após 1964, papel relevante no ensino médico. Um importante ponto a ser considerado é que o aumento do número de formandos em medicina e a conseqüente saturação do mercado de trabalho provocaram uma pressão

pelo aumento de vagas de residência médica, com tendência à especialização, sem compromisso com a qualidade do ensino ou com as reais necessidades de saúde da coletividade.⁶ Não obrigatoriamente a instituição que se credencia possui curso de graduação em medicina ou se encontra ligada à universidade.

A importância da residência médica é ressaltada em seu papel como formadora de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS) ao considerarmos os pressupostos legais da Constituição brasileira, da Lei Orgânica da Saúde, das leis complementares, entre outros.¹

Residência médica *versus* atenção em saúde

Hoje, é consensual o fato de que o residente é uma figura muito importante no atendimento médico dos hospitais onde a residência médica está implantada. Originalmente, a residência foi pensada exclusivamente para acontecer dentro de hospitais, mas, posteriormente, o sistema ampliou-se com a visão de que a formação do residente não deve ser confinada somente ao ambiente hospitalar. A ampliação inicial foi para os ambulatórios ligados aos hospitais e posteriormente a ambulatórios independentes de nosocômios.⁷

Conforme exposto anteriormente, a implantação dos programas de RM deu-se basicamente em estruturas hospitalares, e, até os dias atuais, os programas ainda são acentuadamente hospitalocêntricos, estando estruturados para responder às demandas dos serviços. Com as profundas transformações do sistema de saúde brasileiro nas últimas décadas e, principalmente, com a implantação do SUS, após 1988, foram criadas novas necessidades para a formação e o aprimoramento médico.

Ao mesmo tempo em que o desenvolvimento tecnológico requer a formação de profissionais altamente especializados, a ampliação da rede básica exige a formação de generalistas com sólidos conhecimentos em atenção básica. A heterogeneidade do país e o perfil epidemiológico da nossa população, em contínua transformação, exigem rápidas respostas, tanto do prestador de atenção médica como dos órgãos formadores e financiadores da formação profissional.

Apesar disso, como a maioria dos programas está ligada a grandes hospitais, faculdades de medicina e universidades, os programas de RM continuam defasados em relação às necessidades do SUS, que exigem, além de uma formação profissional adequada a todos os níveis do sistema (desde atenção básica até a alta complexidade), uma formação humanizada que compreenda os princípios do sistema de saúde brasileiro.

O Estado de São Paulo e a residência médica

Do total de 16.557 bolsas de residência médica oferecidas no país, o Estado de São Paulo oferece 6.464 bolsas, o que representa 39% do universo. A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo é hoje a maior financiadora de bolsas de residência médica no Brasil, mantendo cerca de 4.500 bolsas, o que representa, segundo dados da CNRM⁸, 27% do total de bolsas do país. Esse investimento implica um repasse de R\$ 5.500.000,00, totalizando aproximadamente R\$ 64 milhões por ano.

A seguir, temos quadro que demonstra a distribuição do investimento da SES/SP por especialidade.

As bolsas de RM financiadas pelo governo do Estado de São Paulo estão distribuídas em universidades públicas estaduais, universidades privadas, faculdades de medicina, hospitais públicos gerais e especializados e hospitais privados filantrópicos que atendem prioritariamente ao SUS.

Desde a implantação do SUS e com a estadualização dos hospitais federais, o estado ampliou sua rede, que já era extensa, e além das bolsas que fornecia, passou a financiar e a gerenciar também as bolsas dos programas implantados nessas instituições.

A abertura de novas vagas de residência tem-se orientado quase exclusivamente pelo interesse das próprias instituições ou obedecendo a orientações corporativas. Embora a maioria dos programas de RM no Brasil seja financiada pelo setor público, não existe racionalidade epidemiológica na distribuição desse tipo de formação especializada.⁹

A distribuição dos programas e o número de vagas por especialidade não se balizaram pela lógica do sistema estatal de saúde.¹ Isso se deve, provavelmente, a diversos fatores, dentre estes: à regulamentação original da residência médica, que não acompanhou as rápidas mudanças no sistema de saúde; às próprias instituições, que são autônomas para decidir os programas de seu interesse; à pouca ação do estado em influenciar nas decisões de implantação dos programas e, também, à herança recebida dos hospitais estadualizados, que vinham de outro tipo de gestão.

Como o governo do Estado de São Paulo deve investir na formação de recursos humanos sob a ótica do SUS e a gestão atual tem como política de governo garantir a integralidade e a equidade do sistema, torna-se premente revisar a qualidade desse investimento, bem como em que áreas se devem alocar recursos com maior afinco.¹⁰

Quadro 1

Especialidades	Custo das vagas ocupadas (R\$)	%
Clínica médica	8.351.179,32	12,95
Pediatria	7.226.711,76	11,21
Cirurgia geral	6.322.935,48	9,81
Obst. e ginec.	5.850.029,64	9,07
Ortopedia e traum.	3.860.318,04	5,99
Anestesiologia	2.497.646,16	3,87
Oftalmologia	2.595.730,68	4,03
Rad. e diag. imag.	2.466.119,76	3,83
Cardiologia	2.136.837,48	3,31
Infectologia	1.800.550,70	2,79
Psiquiatria	1.954.680,12	3,03
Dermatologia	1.590.367,20	2,47
Otorrinolaringologia	1.331.143,80	2,06
Neurocirurgia	1.324.138,08	2,05
Neurologia	1.208.538,48	1,87
Cirurgia plástica	1.047.400,56	1,62
Patologia	938.806,80	1,46
Angiol.e cir. vasc.	984.346,32	1,53
Nefrologia	788.177,40	1,22
Urologia	879.255,72	1,36
Hematologia	711.111,12	1,10
Endoc. e metab.	858.237,72	1,33
Pneumologia	641.050,92	0,99
Gastroenterologia	521.948,52	0,81
Cancerologia	574.493,64	0,89
Reumatologia	469.403,40	0,73
Med. fam. comunid.	462.397,32	0,72
Cir. apar. digest.	669.075,00	1,04
Med. prev. e soc.	462.397,32	0,72
Cir. pediátrica	374.822,16	0,58
Medicina nuclear	378.325,08	0,59
Pat. clín.e med. lab.	336.288,96	0,52
Cir. torácica	287.246,88	0,45
Cir. cardiovascular	311.768,16	0,48
Cir. cab. e pescoço	304.761,96	0,47
Geriatria	280.240,80	0,43
Cir. oncológica	266.228,76	0,41
Neuropediatria	294.252,84	0,46
Radioterapia	266.228,76	0,41
Coloproctologia	245.210,88	0,38
Med. intensiva	126.108,36	0,20
Alergia e imunol.	126.108,36	0,20
Genética médica	126.108,36	0,20
Cir. do trauma	98.084,28	0,15
Med. fís. e reab.	70.060,20	0,11
Nutrologia	56.048,16	0,09
Total	64.472.921,42	100,00

Em 2003, no Estado de São Paulo, a SES/SP realizou um primeiro movimento de readequação na distribuição das bolsas que financia, considerando a realidade até então existente nas instituições. Sob tal perspectiva, redistribuíram-se 107 bolsas de RM em áreas consideradas prioritárias ao sistema. Esse movimento só foi possível tendo em vista a existência de um *pool* de vagas ociosas em relação ao quantitativo em fevereiro de 2003. Embora apenas 2,5% das bolsas oferecidas tenham sido retomadas para essa redistribuição, a reação provocada nas instituições teve intensidade considerável, o que ilustra as diferentes visões entre órgão gestor e receptores do programa de bolsas nesse processo.

O processo de redirecionamento

Tendo como referência o número de bolsas utilizadas em junho de 2003 (4.433), destinou-se 2,5% desse quantitativo (107) para o processo de redirecionamento.

A fim de definirmos quais áreas seriam priorizadas, consideramos as que estão entre as exigidas pelo Ministério da Saúde para a incorporação de especialistas no sistema, principalmente as de alta complexidade, tais como: cancerologia, nefrologia, neonatologia e medicina intensiva. Também utilizamos como critério a carência sentida de determinados profissionais nos serviços públicos de saúde, dentre estes foram levados em conta os profissionais das áreas em que a referência e o encaminhamento dentro do sistema de urgência e emergência se encontram dificultados, tais como as áreas de cirurgia do trauma, neurologia, neurocirurgia e medicina intensiva. As áreas de anestesiologia e cirurgia pediátrica foram contempladas por existir dificuldade constante na absorção pelo setor público dos profissionais da primeira e em razão da demanda reprimida em relação à última. Por outro lado, a área de clínica médica recebeu atenção especial para que se pudesse cumprir nos serviços a norma da CNRM, que passou a exigir, em vez de um, dois anos dessa especialidade como pré-requisito para acesso às especialidades clínicas. Por fim, não poderíamos olvidar a área de medicina da família e comunidade por se tratar de área estratégica do SUS.

Conforme exposto anteriormente, foram escolhidas as seguintes especialidades: cancerologia, medicina intensiva, medicina da família e comunidade,* nefrologia, neurologia, neurocirurgia, neonatologia, anestesiologia, cirurgia do trauma, cirurgia pediátrica e clínica médica.

* Para essa especialidade, foi obrigatória a comprovação da existência de estágios na rede básica de saúde.

Foi aberto um edital no *Diário Oficial do Estado de São Paulo* que convidava as instituições a concorrerem a essas bolsas, desde que preenchessem os seguintes requisitos:

- Possuir vagas, nas especialidades citadas, credenciadas pela CNRM, que possam ser disponibilizadas em concurso, desde que não haja redução do número de vagas oferecidas nessas áreas na última resolução Conforpas.
- Atender prioritariamente ao SUS na(s) área(s) solicitada(s).
- Apresentar ao GAS-RM da SES o pedido de bolsas, discriminando as áreas e o número de bolsas que a instituição tenha capacidade de absorver.
- Apresentar cópia do credenciamento da CNRM, em que esteja descrito o número de vagas.
- Apresentar o programa discriminatório das atividades e suas respectivas cargas horárias.
- As instituições devem ter disponibilidade para assumir o pagamento de 20% do valor da bolsa, excetuando-se as instituições de administração direta.
- Apresentar documentos que confirmem a existência de convênios, porventura existentes, com outras instituições ou órgãos públicos para atendimento nas áreas solicitadas.
- Histórico da residência médica da instituição.
- Instituições que no momento não recebem bolsa pela SES/SP devem apresentar comprovação de contrato de gestão ou convênio com a SES/SP.

Nesse primeiro movimento, a SES/SP teve como preocupação evitar o fechamento de qualquer programa em função dessa redistribuição. Valorizamos as instituições que tivessem compromisso prático com a formação de recursos humanos para o SUS e, evidentemente, que apresentassem estrutura e capacidade para responder a essas demandas. Nesse processo, as instituições que acabaram recebendo maior número de bolsas foram as universidades estaduais, por justamente apresentarem estrutura adequada e maior capacidade de absorção de novos residentes nas áreas oferecidas.

As solicitações foram analisadas pelo GAS-RM, e as bolsas tiveram a seguinte distribuição:

Quadro 2

Especialidades	Concedidas
Nefrologia	08
Medicina da família e comunidade	13
Neurologia	04
Cancerologia	04
Neonatologia	13
Medicina intensiva	10
Clínica médica	30
Anestesiologia	10
UTI pediátrica	06
Neurocirurgia	00
Nefrologia pediátrica	01
Cirurgia pediátrica	01
Cirurgia do trauma	00
Cancerologia pediátrica	07
Total	107

Segue o quadro com a distribuição das vagas por natureza jurídica das instituições:

Quadro 3

Natureza jurídica	Nº de vagas recebidas
Instituições filantrópicas	6
Hospitais de administração direta	5
Faculdades de medicina não estaduais	24
Faculdades de medicina estaduais	56
Organizações sociais de saúde	7
Autarquias	9
Total	107

Das 107 bolsas concedidas, 81 foram efetivamente ocupadas, conforme resumido no quadro a seguir:

Quadro 4

Especialidades	Concedidas	Ocupadas
Nefrologia	08	00
Med. família e comunidade	13	07
Neurologia	04	01
Cancerologia	04	01
Neonatologia	13	11
Medicina intensiva	10	08
Clínica médica	30	29
Anestesiologia	10	09
UTI pediátrica	06	06
Neurocirurgia	00	00
Nefrologia pediátrica	01	01
Cirurgia pediátrica	01	01
Cirurgia do trauma	00	00
Cancerologia pediátrica	07	07
Total	107	81

Essa redistribuição mostrou-se inicialmente bem-sucedida, conforme pode ser observado no quadro anterior, já que 74% das bolsas oferecidas foram ocupadas. Esse resultado aponta para a capacidade de intervenção positiva do gestor público diante da formação de recursos humanos.

Algumas áreas apresentaram maior dificuldade quanto à ocupação das vagas, tais como nefrologia, medicina da família e comunidade, neurologia e cancerologia.

As especialidades nefrologia, neurologia e cancerologia, de baixa procura por parte dos candidatos, pertencem ao grupo de alta complexidade, no qual há demanda por ações e procedimentos que utilizam tecnologia sofisticada. Essas especialidades apresentam uma tendência para crescimento de demanda, dado o perfil epidemiológico que vem caracterizando nossa população, ainda que não venham apresentando atrativo de mercado ou de inserção profissional suficiente para atrair maior procura por parte dos candidatos.

A menor procura por medicina de família e comunidade pode ser entendida por esta ser uma especialidade na qual se passou a investir apenas nos últimos anos, e os órgãos formadores ainda não conseguiram sensibilizar adequadamente seus alunos em relação ao aumento de importância que esta vem ganhando; trata-se de uma especialidade que merece estímulo.

Para uma compreensão mais adequada desses fatos, uma análise específica mais aprofundada deve ser realizada. Nesse momento, a preocupação da SES/SP é dar continuidade ao processo iniciado e embasar uma política mais sólida para sedimentá-lo.

Evidentemente, a indução à especialização não resolve automaticamente os problemas de mercado, e, por outro lado, o mercado isoladamente também não é capaz de resolver os problemas do sistema de saúde, principalmente num país tão heterogêneo socialmente quanto o nosso, sendo, portanto, necessário que as políticas de gestão e de mercado estejam acopladas a fim de otimizar as questões relativas aos recursos humanos.

Sendo assim, criou-se formalmente uma comissão para discutir e analisar a residência médica, no âmbito da SES/SP, em que estão envolvidos representantes das instituições de diferentes naturezas jurídicas que recebem bolsas financiadas pela secretaria, tendo como um dos seus objetivos definir as áreas prioritárias de formação profissional. Outras linhas de investigação relacionadas a esse tema estão programadas e em fase de implantação, sob a coordenação da Estação Observatório de Recursos Humanos SUS-SES/SP, com a perspectiva de contar com a participação de outras entidades que investigam a área de recursos humanos. Pretende-se com isso aprofundar e refinar o conhecimento em relação às peculiaridades da residência médica.

Considerações finais

Além de a SES/SP financiar o maior número de bolsas de residência médica no país, nos programas por esta mantidos estão sendo formados profissionais que irão atuar em âmbito nacional e, também, médicos estrangeiros que procuraram especialização em nosso estado e retornarão aos seus países.

Há carência de planejamento na formação de recursos humanos no que se refere à residência médica. Os programas de RM reproduzem o modelo de especialização vigente dentro do aparelho formador, no qual as próprias instituições que oferecem os programas acabam regulando a formação de seus residentes.¹

Diante das rápidas e profundas transformações que vêm ocorrendo no sistema de saúde do Brasil e do fato de a formação da RM basear-se em treinamento em serviço, sente-se a necessidade, principalmente em órgãos gestores como a SES/SP, de que os processos, antes efetivos, sejam

readequados para o momento atual. A legislação de 1977, que ainda regulamenta a RM, não considera a necessidade da existência dos programas, mas somente a capacidade da instituição em fornecê-los.

Como os recursos financeiros se tornam cada vez mais escassos e não há, no Estado de São Paulo, necessidade de aumento de bolsas em determinadas áreas, torna-se premente iniciar uma revisão da forma de credenciamento. O enfoque desse processo deve partir da óptica do SUS, a fim de oferecer uma atenção adequada à população, e não somente do ponto de vista das instituições que executam o programa.

Assim, a residência médica poderá assumir sua verdadeira característica dada pela interação de suas duas dimensões (educacional e de trabalho) em situações institucionais concretas.³

A resistência das instituições a esse primeiro movimento de redistribuição de bolsas evidencia a lógica da cultura institucional como definidora, até este momento. A SES/SP como órgão gestor das bolsas e do SUS no estado foi questionada pelos responsáveis das instituições, até mesmo quanto à sua legitimidade em realizar tal ato.

A falta de demanda para determinadas áreas consideradas prioritárias aponta para a necessidade de se pensar em mecanismos diferenciados de tratamento dos residentes, a fim de garantir maior atração por essas áreas.

Esse processo evidenciou que se faz necessário inovar no que diz respeito ao credenciamento dos programas de residência médica, na forma de distribuição das bolsas e na priorização de áreas com baixa demanda, mas essenciais ao SUS. A Programação Pactuada Integrada (PPI), na qual a assistência médica é planejada conforme a disponibilidade da oferta de serviços e a necessidade da população de cada município e/ou região, utilizada como instrumento da Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas), é bastante elucidativa e deve ser considerada na revisão do processo de distribuição de bolsas de RM pela SES/SP.

Esse programa pode promover uma real e definitiva integração entre a necessidade de aprimoramento profissional na área médica e a adequada atenção à saúde da população. Enfim, pode-se ter no concreto aquilo que hoje se encontra mais numa perspectiva teórica: educação médica e atenção médica realmente integradas.

Referências bibliográficas

1. FISZBEYN, C. *A residência médica como formadora de recursos humanos para o sistema de saúde no Estado de São Paulo: uma visão crítica*, 2000. (Tese de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – Departamento de Prática de Saúde Pública).
2. RESIDÊNCIA MÉDICA/GUIA 2000. Regulamentação da residência médica. São Paulo: Grupo Editorial Moreira Júnior, 2000.
3. ELIAS, PEM. *Residência médica no Brasil: a institucionalização da ambivalência*. São Paulo, 1987. (Tese de Mestrado – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Departamento de Medicina Preventiva).
4. COGME – site: www.cogme.gov. Acessado em 08/04.
5. SAMPAIO, SAP. A implantação da residência médica no Hospital das Clínicas: quarenta anos de história. *Residência Médica*. Estudos Fundap. São Paulo, 1984.
6. HAHN, N. S. A residência médica: um capítulo na história da formação profissional do médico. *Residência médica*. Estudos Fundap. São Paulo, 1984.
7. BEVILACQUA, R. G. Residência médica: uma visão pluridimensional. *Residência médica*. Estudos Fundap. São Paulo, 1984.
8. CNRM – site: www.mec.gov.br/Sesu/residencia. Acessado em 08/04.
9. FONSECA, C. D.; SEIXAS, P. H. D. A. Agenda Nacional de Recursos Humanos em Saúde. In: NEGRI, B. et al. *Recursos humanos em saúde. Política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: Unicamp, Instituto de Economia, 2002.
10. BARATA, L. R. B. et al. O papel do gestor estadual no Sistema Único de Saúde. Secretaria da Saúde, Governo do Estado de São Paulo, 2003.

Rede de recursos humanos em saúde: os nós constituintes da integralidade em saúde

Maria Ysabel Barros Bellini, Décio Ignácio Angnes e Suzane de Mendonça e Silva

Introdução

A implementação das tecnologias intelectuais impõe neste momento histórico um pensar sobre o impacto destas na vida humana. Se a ciência está evoluindo aceleradamente, ela é conseqüência dos atos dos homens, ela é uma construção humana, e, portanto, determina uma preocupação quanto aos princípios éticos que irão nortear o uso dessas descobertas.

Num contexto de relações intensas que se estabelecem a partir das significativas transformações sociais vividas, apontam-se condições cada vez mais mutantes, e como rebatimento assistimos diariamente à elaboração de recursos materiais que buscam a satisfação e a ocupação dos espaços e dos desejos dos sujeitos sociais.

O desenrolar do viver no cotidiano contemporâneo expressa em velocidade, imediaticidade e, conjuntamente, em desagregação e distanciamento a repercussão do uso e do não-acesso ao uso das tecnologias. O isolamento até então com conotação de afastamento físico vem significando atualmente a não-inserção nos novos espaços de relação social construídos por meio das redes informatizadas. O campo profissional, intimamente vinculado à história social de transformações, hoje se torna reflexo dos grandes questionamentos sobre as estruturas de apropriação, produção e divulgação dos saberes. Afinal, o que são as práticas profissionais senão a forma de responder às necessidades humanas? Essa consideração, apesar de parecer um tanto óbvia de imediato, num plano de análise aprofundado, remete-nos aos desvendamentos de quais são as reais necessidades do ser humano e como estas podem (e se podem?!) ser satisfeitas.

A saúde com conotação de qualidade de vida anunciada na Carta Magna de nosso país exige condições objetivas e também subjetivas de transformação da realidade sustentada até o momento. Tais transformações necessitam ser

exaustivamente discutidas não unicamente nos ambientes acadêmicos e de gestão. Devem ser debatidas amplamente com todos os sujeitos envolvidos, ou seja, a população em geral. Para tanto, necessitamos pensar formas viáveis de participação nas atuais discussões.

O profissional de saúde desse tempo constrói-se dentro de espaços e saberes diversificados e insere-se em contextos que determinam o agir profissional e demandam qualificação constante para atuação coerente com as necessidades concretas do real cotidiano. São essas as questões que se prestam à análise neste ensaio, e com elas procura-se traçar inicialmente um breve panorama das dimensões que perpassam o campo da saúde e condicionam o fazer profissional.

Como proposta de resposta a esses apontamentos, traz-se a iniciativa de pesquisa em curso realizada na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, tendo como objeto de estudo a Rede de Recursos Humanos da Saúde da Secretaria Estadual de Saúde (SES), em nível de especialização, mestrado e doutorado.

O convite que nos cabe fazer é a disposição para o envolvimento com a discussão que propomos, imbuindo cada palavra escrita de um significado particularizado, consonante com suas experiências profissionais e de vida no mundo contemporâneo.

Saberes e fazeres: as verdades que construímos

As tecnologias sempre estiveram presentes na vida dos homens. A sociedade oral primária dispunha de um aparato tecnológico intelectual que fazia parte do cotidiano daquela época. A palavra era artefato principal e cumpria o papel da memória social. Dessa forma, a carga emocional dos relatos sustentava memórias que sobreviviam longamente.

Na sociedade da escrita surgem o alfabeto e a impressão, com um papel fundamental na transmissão de formas de viver, pensar, conceber e construir conhecimento. É estabelecido de forma pontual um novo tipo de comunicação, e com ele a possibilidade de os conhecimentos construídos serem utilizados separados do contexto que os produziu. Inicia-se assim a possibilidade da socialização do conhecimento.

Na viagem do túnel do tempo, chega-se à sociedade da rede digital ou da digitalização. Na relação que se estabelece com a construção do conhecimento significa que este é dinamicamente utilizável, modificável e multiplicável, e seu uso é imediato. Isso aponta uma vantagem quanto à

possibilidade e estímulo à criação e à indisponibilidade quanto a situações que já estão instituídas. Porém, na mesma medida torna tudo instável e passível de destruição.

Admite-se, então, que a tecnologia é invenção do homem, o qual, no seu processo de construção, necessitou e criou respostas às suas necessidades, sendo o uso das tecnologias também um processo humano, uma opção humana. Como o homem, ou como cada um, vai utilizar as novas ferramentas que tem disponibilizadas é uma decisão humana, a máquina não tem condições de decisão, "a qualidade do processo de apropriação (ou seja, no fundo, a qualidade das relações humanas) em geral é mais importante do que as particularidades sistêmicas das ferramentas" (Lévy, 1999, p. 28). Uma técnica não decide ser boa, má ou neutra, esse significado é determinado pelo uso da técnica em si, ou seja, pelo ato humano (Lévy, 1999, p. 26).

A verdade mais esperada e útil é a última, a mais recente, a que responde aos anseios e às buscas do momento. Os diferentes saberes não são propriedades, são mais valorizados quanto mais conhecidos, socializáveis e disponíveis.

A ruptura com a forma clássica de conceber conhecimento aponta para um novo tempo na busca pela verdade. O conhecimento ressignifica-se quando se torna socialmente útil, expressando a compreensão da diversidade como um elemento fundante e como forma de romper com a violência da imposição de valores culturais e científicos únicos, absolutos (Araújo, 2003).

O conhecimento, portanto, configura-se como elemento central nas discussões cotidianas, tornando a atuação profissional um movimento constante de leitura crítica do real e proposição de estratégias de enfrentamento do que por hora observamos como problema. Ajustando o foco de análise para a área da saúde, igualmente podemos observar a interferência das novas condições de relacionamento social delimitando novas dimensões do que entendemos como "atenção à saúde".

Nesse sentido, quer-se sinalizar que o movimento dialético de partir da particularidade para uma totalidade e retorno à particularidade, aliado ao movimento de *detour* caracterizado como volta ao passado, à história, leva certamente à conquista de um novo patamar de compreensão do mundo de significados alimentado pela concepção de saúde que é legitimada cotidianamente.

Objetivamente, quer-se demonstrar que falar ou atuar no campo da saúde, progressivamente vai requerendo a apropriação de saberes ampliados e diversificados, visto a amplitude que o tema apresenta. Compreendendo-a

como um conjunto de aspectos que envolvem condições materiais e subjetivas condicionantes do estado de saúde, observamos, então, a relação intrínseca que se estabelece com a satisfação das necessidades humanas.

Nesse caminho já construído, observam-se marcas de lutas constantes entre projetos societários antagônicos – medicalização X cuidado à saúde –, movimentos de resistência – reforma sanitária –, avanços – SUS –, retrocessos – não efetividade plena do sistema – e, sobretudo, transformações intimamente vinculadas aos interesses político-econômicos dominantes.

O anúncio de saúde trazido pela Constituição Federal de 1988 apontou para um horizonte pouco visualizado na atual realidade. Construir condições para a garantia da qualidade de vida perde-se em meio a demandas tão anteriores que representam uma estrutura social incrivelmente desigual como a que vivenciamos. Para além da atribuição de formas organizativas de gestão de planejamento efetivas, percebe-se ser preciso ampliar e aprofundar o saber sobre a saúde. Afinal, o que realmente se entende por saúde?

Acredita-se inicialmente que a visão de saúde como ausência de doença já tenha sido superada. No entanto, não podemos entender que a atenção à saúde como condições objetivas e subjetivas de vida em grupos sociais diversos, que pressupõe uma transformação no cerne das relações e representações sociais, já possa ser observada concretamente.

Discutir saúde é entrar num campo culturalmente condicionado, que necessita também de abordagens de origem filosófica e antropológica para sua apreensão. À medida que se avança no entendimento dessas questões, simultaneamente se percebe a carência de meios para atendê-las, e com isso formulam-se novas propostas. Saúde é também ou principalmente construto social, e por esse motivo tem representação e é sustentada por intermédio dos grupos sociais que a assimilam de uma forma ou de outra.

Nesse sentido, é preciso considerar o senso comum como conhecimento originado da prática cotidiana e voltado para ela, imbricando-se com a cultura e possuindo penetração direta no imaginário social sobre saúde, exemplificado no tratamento de doenças baseado em conhecimentos que perpassam gerações e se sustentam pela familiaridade existente nos grupos sociais. O conhecimento em saúde diz respeito a um complexo sistema de profissionais e processos, e assim a informação toma a "cara" da cultura local (Araújo, 2003).

Nesse ponto, as redes de comunicação exerceriam importante papel na publicização da ciência. A falta de conhecimento em saúde abre espaço para a coisificação e a reificação de seu sentido pelos meios de comunicação de

massa, servindo para os interesses mercantis, massificando o consumo de bens para a saúde e desvirtuando sua compreensão social (Araújo, 2003).

Existe então uma aceitação social do que é saúde e doença. Tendo assim uma dimensão cultural, a representação social de saúde e doença é criada e sustentada por indivíduos, grupos e instituições, podendo ser transformada por meio da interatividade destes (Araújo, 2003). É nesse ponto que se precisa atuar, visto que o cenário dessa percepção é sem dúvida a constituição das relações de poder, que se mostra como a essência da organização das práticas de saúde em todos os níveis. Afinal, o poder de dominação da vida é expresso objetivamente na manipulação das condições e das representações da saúde.

É nesse contexto que se inserem os profissionais da saúde como agentes e também como receptores das transformações nesse campo. Talvez se possa dizer que hoje há um enfrentamento de maiores dificuldades nessa realidade, pois o que não se pode negar é o alto nível de complexidade que as interfaces da saúde comportam.

O termo recurso humano em saúde, ao remeter à idéia de planejador e executor de ações em busca de administração e melhoramento destas, ainda que se mostre como um conceito ampliado, permite a consideração de que existem entendimentos não explorados até o momento que necessitam ser construídos rapidamente.

Esses aspectos progressivamente se apresentam indispensáveis ao trabalho contemporâneo, pois o conhecimento construído até o momento não satisfaz em plenitude a realidade desses recursos humanos. Materializar a condição na qual o trabalho em saúde se realiza delimita um pequeno espaço para os rebatimentos psicossociais que a compõem.

Nesse sentido, afirma-se que os recursos humanos da área são desafiados no cotidiano do trabalho a construir mediações nos processos histórico-sociais, com instrumentos algumas vezes restritos à execução de procedimentos técnico-operacionais. Resultante dessa situação, pode-se pensar seja a necessidade da formação dos profissionais da saúde em relação à realidade concreta de trabalho que irão encontrar. Com essa afirmação não se busca reduzir os esforços que são feitos na aproximação da formação profissional com o real, quer-se apenas situar a abrangência que a discussão sobre a realidade de recursos humanos da saúde apresenta.

Ainda analisando o desafio desse profissional, situa-se outra discussão com igual relevância, relativa à perspectiva da interdisciplinaridade. A concepção de um conhecimento que transcenda a fragmentação estabelecida até hoje se mostra como perspectiva de construção de saberes integradores,

dinamizadores, totalizantes. Um novo horizonte abre-se para o conhecimento e as áreas profissionais. A concretização dessa proposta é orientada pela diversidade e pelo movimento da realidade.

Como nos aponta Etges: "A interdisciplinaridade é o princípio da máxima exploração das potencialidades de cada ciência, da compreensão e exploração de seus limites, mas acima de tudo é o princípio da diversidade e da criatividade" (On, p. 157). Vislumbra-se aqui um grande elo entre a perspectiva de construção de conhecimentos por meio da interdisciplinaridade e os pressupostos metodológicos do trabalho em rede.

Aponta-se nesse momento para a materialização de práticas profissionais iluminadas por esses pressupostos como forma consistente de trabalho nas relações estabelecidas nos espaços socioinstitucionais ocupados.

O movimento do cotidiano no campo da saúde impõe às áreas profissionais o desafio de transpor limites historicamente instituídos pela organização da ciência moderna na construção e na apropriação do conhecimento. Romper com práticas cristalizadas de fronteiras rígidas entre a atuação e a "posse" do saber do outro coloca ao profissional a necessidade de construção de estratégias que levem em conta as diversas dimensões que compõem a prática no campo da saúde.

Atualmente, vive-se um novo contexto de relações sociais e ciência, e desse modo urge a necessidade de buscar conhecer cada vez mais esses novos processos e novas práticas, visto que essa transformação sócio-histórica já está presente no cotidiano e, portanto, já existe íntimo envolvimento, surgindo demandas por essas novas realidades de rupturas quando ainda se utilizam antigos padrões de comunicação e viver.

Entende-se que desses espaços emerge a necessidade de se pensar sobre novas formas de participação na vida em sociedade e de que forma se configura o acesso ou o não-acesso a esses espaços e qual o rebatimento dessa situação na construção da história social brasileira. Com esse panorama, é indiscutível a necessidade de reformulações nos perfis profissionais para que andem de acordo com as transformações que ocorrem diariamente e com isso a visão de um conhecimento mutante, que faz cair por terra definitivamente o racionalismo positivista dominante até hoje em relação às ciências.

Campo profissional: instrumentalidade em construção

O entendimento teórico sobre a instrumentalidade do profissional é requisito fundamental para a discussão que se busca realizar cotidianamente no processo de planejamento das ações que são desenvolvidas. Por conseguinte, coloca-se no cerne da discussão o questionamento da instrumentalidade como mediação das características sociais refletidas no cotidiano da vida e demandantes de ações interventivas para sua transformação.

Os profissionais de saúde em geral trabalham com sujeitos dotados de histórias de vida marcadas de diferentes formas e profundidade pelas características dos processos sociais que constituem a vida social. As profissões, por sua vez, são produto da organização do trabalho nessa mesma vida social e, por esse motivo, também servem como veiculadoras do modo de vida contemporâneo e buscam se modelar às necessidades que se transformam dia-a-dia.

Como se pode intervir numa realidade em constante movimento? Talvez se faça essa pergunta, e entende-se ser esta uma questão central para a discussão e a reflexão sobre a instrumentalidade constituída pelo campo da intervenção na área da saúde. Os instrumentos e as técnicas pouco serviriam como resposta ao que se busca se neles não fosse possível imprimir "movimento", sendo esta uma das razões do enorme desafio cotidiano posto a esses profissionais. Hoje, tem-se algumas particularidades que não eram presentes há apenas uma década, e essas diferenças interferem substancialmente na adequação das propostas profissionais, visto que o que é dito como movimento é uma característica de suma importância na análise da realidade contemporânea.

A velocidade das transformações é atribuída à "nova" revolução, vivenciada desde os anos 1990 com o avanço tecnológico. Com essa compreensão, é considerada imprescindível a utilização de métodos que levem em conta essa realidade multidimensional. Por motivo desse entendimento, a constituição da instrumentalidade como conjunto de mediações pressupõe a organização e a operacionalização de um planejamento que coordene todo o processo de ação-reflexão-ação necessário à materialização dos preceitos ético- políticos e teórico-metodológicos que iluminam a prática profissional.

O planejamento do qual se fala não se trata unicamente da organização de análises de condições concretas para desenvolvimento do que é proposto

como adequado. Salientam-se aqui as dimensões subjetivas que compõem o real, e por isso um outro elemento apresenta-se como parte integrante do processo de planejar: a definição de estratégias que abranjam intencionalidades e meios de viabilizá-las, tendo em vista as necessidades imediatas para atingir o mediato (Baptista, 2000).

Observa-se nesse ponto a importância de reafirmar que o processo constitutivo da instrumentalidade das profissões tem como imperativo a utilização de estratégias que permitam incorporar o movimento que representa a processualidade histórica do objeto de intervenção de cada uma delas.

Compreendendo tal movimento, é quase dispensável apontar que essa produção de mediações no real tem como caráter central seu inacabamento e constante transformação em consonância com o que é identificado como historicidade, contradição e por pertencer a totalidades maiores. Para tanto, é preciso de início delimitar o socioinstitucional no qual é construída tal discussão, como forma de entendimento dos limites e das possibilidades existentes nesse contexto.

Escola de saúde pública: *locus* do debate

O espaço de análise e inserção que viabiliza a discussão trazida consiste na Escola de Saúde Pública-RS (ESP), vinculada à Secretaria Estadual de Saúde, como campo de pesquisa e planejamento na área da saúde. Nessa dimensão, emergem outras necessidades, sobretudo o aporte teórico para a prática investigativa, o que de fato imprime o ritmo dessa experiência. Os movimentos que são realizados em torno do objeto de estudo da pesquisa de muitas formas apontam para um entendimento estreitamente relacionado às questões anteriormente apontadas, sendo nesse momento com um ângulo de visão da organização, planejamento e formação de recursos humanos num nível de sistemas de informação sobre o tema.

A ESP, sendo uma instância governamental estadual, foi criada em seu atual formato em 1962, configurando-se como uma projeção da Secretaria Estadual de Saúde (SES) no ordenamento da educação e na produção de conhecimentos em saúde coletiva. Como necessidade de formação e desenvolvimento estratégico na condução da política de saúde, busca-se garantir, mediante diversas ações, o constante aperfeiçoamento dos recursos humanos desse campo. O cotidiano institucional observado apresenta a característica de gestão e planejamento das ações de formação e qualificação,

ou educação permanente dos trabalhadores da saúde, abrangendo em alguns cursos os profissionais de nível médio.

A formatação dos cursos e o gerenciamento destes ao longo da história da ESP evidenciam a proposta de contemplar as necessidades da realidade de saúde brasileira, visto que o viés apresentado no direcionamento dos cursos, das especializações e das pesquisas dá visão à estreita relação desse órgão de formação com as solicitações atuais do SUS.

A demanda de realização da pesquisa, que posteriormente detalharemos, se justifica precisamente nos aspectos que são apontados agora, pois se observam no caminho percorrido até o momento a atualidade da discussão e a emergência de propostas variadas voltadas à área de recursos humanos na saúde.

Assim se sobressaem os elementos da realidade atual apresentada como as Novas Tecnologias de Informação e Comunicação (NTICs), constituindo novos fluxos de comunicação e, dessa forma, transformando as relações sociais que são estabelecidas por esses meios. Por essa perspectiva de entendimento, aborda-se a seguir a proposta da pesquisa que se vem desenvolvendo nesse espaço e buscando responder de certa forma às necessidades observadas até o momento.

Rede de recursos humanos: a pesquisa como estratégia

Como proposta de ação no campo dos recursos humanos da saúde, desenvolve-se nesse momento a pesquisa intitulada Rede de Recursos Humanos da Secretaria Estadual de Saúde em Nível de Especialização, Mestrado e Doutorado. A operacionalização dessa rede é iniciada na constituição de um banco de dados com essa característica de informação.

O contexto da saúde brasileira, após profundas modificações advindas da Constituição Federal de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde, evidencia situações ainda precarizadas e fragilizadas diante de um movimento político-econômico que busca a eliminação da universalidade de acesso, da igualdade e da equidade garantidas em lei, coexistindo nesse espaço temporal a busca da consolidação do direito sanitário por meio de inúmeras estratégias em diferentes instâncias de participação.

Essa "luta" entre projetos societários reflete-se diretamente nas práticas de saúde em níveis de gestão e atendimento direto ao usuário. De acordo com esses movimentos superficialmente salientados, vislumbra-se a iniciativa da pesquisa como uma demanda do próprio sistema de saúde atual na intenção

de concentrar esforços na formação e na articulação dos diferentes profissionais que constituem o quadro de recursos humanos da saúde.

A necessidade de profissionais capacitados para o trabalho na realidade complexa do sistema de saúde brasileiro dá os contornos desse movimento de aproximação e aprofundamento das discussões acerca da temática com vistas à elaboração de estratégias e planejamentos que potencializem os espaços de formação e inserção dos profissionais da saúde.

Considerando as Novas Tecnologias de Informação e Comunicação como novos espaços de atuação cada dia mais presentes e indispensáveis no relacionamento da vida social com as transformações históricas dos tempos, vê-se a consistência – ainda que virtual – da proposta de construção de meios facilitadores de comunicação pessoal/profissional. Aponta-se que essa proposta não se encerra em si mesma, e sequer limita seu uso aos gestores das políticas de formação e qualificação.

Conforme conhecimentos já evidenciados em estudos desenvolvidos no Cadrhu (Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde), as informações sobre recursos humanos disponíveis nessa área estão fragmentadas em diversos sistemas, não fidedignos, os quais não são gerenciados diretamente pelo departamento responsável.

A informação traz a idéia de agente mediador na produção de conhecimentos. Os sistemas de informação são processos de produção de informação e comunicação aos atores para análise e geração de conhecimento. O banco de dados é um agrupamento organizado de dados e um dos principais componentes do sistema (Cadrhu, 1999).

Nessa pesquisa, são levantadas para a definição do caminho metodológico três categorias de análise: Redes/Novas Tecnologias de Informação e Comunicação (NTICs), Observatório de Recursos Humanos em Saúde e Recursos Humanos em Saúde. Para tanto, foram elaborados após densa pesquisa bibliográfica conceitos que orientam e expressam o entendimento acerca de cada uma e com as quais buscaremos trabalhar.

Quadro 1

Redes/ NTICs	Observatório de Recursos Humanos em Saúde	Recursos Humanos em Saúde
<p>Entendemos redes no atual contexto de comunicação e informação como: entrelaçamento de sistemas e/ou conjuntos constituídos por relações horizontalizadas, dinâmicas e inter-relacionadas. Vias de comunicação e informação flexíveis, descentralizadas, que atuam na articulação social, instrumentalizando práticas por meio do espaço virtual.</p>	<p>Entendido como organização sociogovernamental com vistas à produção e à difusão de conhecimentos referentes à temática de recursos humanos em saúde. Ocupa-se com o acompanhamento e o desenvolvimento de articulações sobre os processos complexos que circundam a formação e a utilização dos recursos humanos em saúde. Favorece a criação de espaços e de redes sinérgicas de gestão e pesquisa na área de recursos humanos em saúde.</p>	<p>Visto como o sujeito protagonista dos processos de organização, planejamento, gestão e práticas em saúde. Agente profissionalizado e/ou especializado em saúde, comprometido com a construção e a garantia de práticas universalistas, integralizantes e equitativas. Capacitado a atuar na defesa e na consolidação do SUS.</p>

Trazem-se agora os objetivos geral e específicos da pesquisa. Objetivo geral: mapear a rede dos recursos humanos da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul em nível de especialização, mestrado e doutorado e criar de um banco de dados. Objetivos específicos: identificar os recursos humanos existentes na SES com formação em nível de especialização, mestrado e doutorado; identificar os recursos humanos qualificados pela ESP nos diferentes níveis; criar um banco de dados da SES que identifique esses recursos humanos e permita a atualização dos dados pelos próprios profissionais; articular esses recursos humanos e potencializar a participação nas atividades da ESP e nas atividades da SES em geral. Entende-se que:

- *Na saúde atual:* tecnologias de informação e comunicação + realidade desigual + invisibilidade de qualificação dos profissionais da saúde = novas demandas e possibilidades;
- *Ação:* redes + capacitação para uso de tecnologia de informação e comunicação + visualização do panorama profissional da saúde + pesquisa/estudos = planejamento e articulação de políticas e programas que contemplem necessidade atuais;
- *Perspectiva:* pesquisa + planejamento + participação = constituição de novas competências para atuação na realidade atual.

Levantam-se como hipóteses:

- Os recursos humanos da Secretaria Estadual de Saúde não fazem parte de um sistema informatizado que permita a comunicação e a informação. Determina-se, assim, um isolamento desses profissionais e a subutilização das qualificações profissionais presentes.
- O observatório de recursos humanos implementa e dá visibilidade a ações diversas, como o incentivo à qualificação profissional, favorecendo a constituição da rede de recursos humanos em saúde. A análise dessa realidade é fomentada por indicadores das demandas e das necessidades de saúde.
- A constituição de redes de comunicação por meio de sistemas informatizados viabiliza aos profissionais de saúde grande agilidade no acesso a informações relativas ao panorama de recursos humanos em saúde, possibilitando, assim, a visualização e o planejamento de ações específicas na área.

O problema de pesquisa é então: Como se configura a rede de recursos humanos em saúde em nível de especialização, mestrado e doutorado?

Dessa forma, avalia-se como articulações que viabilizam condições de ampliação e intervenção na realidade de recursos humanos da saúde:

- plena integração com a Rede de Observatórios de Recursos Humanos da Saúde, com vistas à produção de conhecimentos e à utilização dos dados para fomento ao planejamento de atividades diversas;
- viabilização da atualização permanente dos dados garantida sua fidedignidade;
- estímulo ao profissional na atualização dos dados pela disponibilização destes em meio acessível a todos, possibilitando ao gestor otimizar o potencial dos recursos humanos, bem como subsidiar políticas na temática.

Momento atual da pesquisa

Na condução dessa pesquisa, ampliou-se a articulação com o Departamento de Informática dos Recursos Humanos/SES/RS, provocando um repensar sobre a forma como têm sido coletados e organizados os dados referentes aos recursos humanos, numa nova perspectiva de inserção de informações sobre a formação profissional e especializações posteriores ao ingresso como servidor.

Realizaram-se três reuniões com este departamento, nas quais discutiu-se o novo documento de cadastro que contemplasse as necessidades do banco de dados dessa pesquisa. Em duas visitas feitas, buscou-se a aproximação com o sistema de inserção e o banco de dados em utilização. Em meados de julho, houve uma reunião convocada pelo coordenador do departamento com os profissionais administrativos responsáveis pela difusão e pela coleta das informações solicitadas. Para esse momento, foi produzido um *folder* (anexo) explicativo da pesquisa para garantir o entendimento e o envolvimento desses importantes atores nesse contexto. Neste momento, discute-se a possibilidade de acesso da ESP ao banco de dados da Secretaria Estadual de Saúde, garantindo os preceitos éticos que orientam a publicação de informações de servidores. Para tanto, tem-se como estratégia a publicação de todos os servidores, e a negativa será feita individualmente aos que não demonstrarem interesse em participar.

Nos dados colhidos até o momento, observa-se a composição de 36 doutores; 106 mestres e 806 especialistas. No entanto, foram constatados a repetição e a subtração de nomes de acordo com as planilhas disponibilizadas. Sendo assim, segue o movimento de tratativas com os departamentos envolvidos para acesso e trabalho nos dados brutos e a construção de uma banco de dados fidedigno e completo.

Estação de trabalho: atando nós

Diante da vinculação da ESP com a Rede de Observatórios de Recursos Humanos da Saúde, impôs-se nesse momento a estruturação desse espaço como Estação de Trabalho, determinando a elaboração do plano diretor contendo projetos que buscam o fortalecimento desse nó de articulação da rede estadual. O plano diretor é entendido conforme coloca Pontual (2004): "conjunto de diretrizes relacionadas a um fato ou coisa", que pode ser ampliado como [...] "pacto entre atores sociais (Matus, 1989); mecanismo de controle dos governantes (Foucault, 1993); discurso de legitimação das práticas dos formuladores (Manheim, 1986 e Schmidt, 1983)".

Trabalhou-se na perspectiva de contextualização institucional por meio da historicidade desse espaço dando visibilidade à convergência de olhares e ações entre a ESP e a Rorhes. Apontaram-se as demandas dessa nova realidade de trabalho voltada à construção de canais de conhecimento. Definiu-se como objetivo geral "construir e consolidar o espaço da Escola de

Saúde Pública enquanto ponto dinamizador dos vínculos sul-riograndenses constituintes da Rede de Recursos Humanos da Saúde", tendo como metas estruturantes: realizar mapeamento diagnóstico da realidade de intervenção da Estação ESP; identificar pontos potenciais de articulação para ações em recursos humanos da saúde; fortalecer pontos de articulação para o desenvolvimento pleno de ações na temática; definir as atribuições e as competências dos atores e dos agentes da rede estadual interventiva na realidade de recursos humanos da saúde; elencar os projetos prioritários para realização mediante constatação do diagnóstico contextual. E como metas temporais: alcançar os objetivos propostos nos projetos específicos em curso; seguir as diretrizes estruturais de atividades da Estação ESP; contribuir para a consolidação da Estação ESP por meio dos resultados das pesquisas sobre a realidade estadual.

As linhas de pesquisa globais eleitas são extraídas das demandas contemporâneas presentes e verificadas nesse órgão formador. São elas: perfil identificatório da formação profissional dos recursos humanos da saúde; qualificação dos recursos humanos da saúde ante as demandas contemporâneas; espaços de atuação dos recursos humanos da saúde no Estado do Rio Grande do Sul. Elencamos como forma de acompanhamento e avaliação: indicadores de resultado e indicadores de impacto social demonstrados por meio de relatórios e publicações periódicas em meio eletrônico.

Considerações finais... iniciais!!

A Escola de Saúde Pública tem a responsabilidade de fomentar a educação em saúde pública, criando ações de ensino, pesquisa, extensão e documentação, qualificando os servidores nas suas práticas, voltados às demandas das comunidades. Essa responsabilidade é consentânea com as prerrogativas do Ministério da Saúde, que apóia a Integralidade da Atenção à Saúde, privilegiando um olhar sobre as equipes, sobre a rede de serviços e sobre os saberes e as práticas produzidos no campo da saúde.

Nessa perspectiva, essa pesquisa coloca-se como mais uma ferramenta de conhecimento/apropriação da realidade dos recursos humanos da saúde, possibilitando um novo pensar sobre a potencialização desses recursos por meio dos seguintes vetores de mudança: conhecer a realidade e as ações inter-setoriais, tendo como fim maior a educação permanente em saúde. A dimensão ampla de trabalho na essência das práticas em saúde perpassa, por conseguinte, o reconhecimento do contingente humano que "faz saúde".

O campo da saúde tem uma trajetória histórica percorrida lado a lado das conquistas sociais e, por esse motivo, torna-se objeto de estudo, área de atuação e realização. Sendo a ESP comprometida com a construção de práticas sociais voltadas à transformação da realidade desigual que se apresenta hoje, mostra-se dessa forma intimamente vinculada às discussões apontadas no decorrer deste ensaio.

Com isso, percebe-se a presente produção como um alerta para novas "portas", novas "janelas", ou seja, um novo horizonte que se abre para o conhecimento e as áreas profissionais. Diante do panorama traçado, é quase dispensável salientar a importância do envolvimento de todos na discussão apresentada. Os elementos abordados evidenciam um mundo transformado e transformante, inconstante, fascinante. Os chamamentos são diários, intensos...

Anexo

REDE RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE

Buscamos a constituição de uma rede virtual de comunicação e articulação entre os diferentes envolvidos na área da saúde, a fim de garantir fluxos de informações com perspectivas de socialização e otimização das características profissionais do panorama de recursos humanos em saúde da Secretaria Estadual de Saúde através da utilização de uma banco de dados, tendo em mãos, dados da realidade da qualificação profissional podendo assim, identificar expressivamente as características desses agentes no momento atual.

OBJETIVOS DA PESQUISA:

- MAPEAR A REDE DOS RECURSOS HUMANOS DA SECRETARIA DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL EM NÍVEL DE ESPECIALIZAÇÃO, MESTRADO E DOUTORADO E CRIAÇÃO DE UM BANCO DE DADOS.
- **IDENTIFICAR OS RECURSOS HUMANOS EXISTENTES NA SES COM FORMAÇÃO EM NÍVEL DE ESPECIALIZAÇÃO, MESTRADO E DOUTORADO.**
- **IDENTIFICAR OS RECURSOS HUMANOS QUALIFICADOS PELA ESP NOS DIFERENTES NÍVEIS.**
- **CRIAR UM BANCO DE DADOS DA SES QUE IDENTIFIQUE ESSES RECURSOS HUMANOS E PERMITA A ATUALIZAÇÃO DOS DADOS PELOS PRÓPRIOS PROFISSIONAIS.**
- **ARTICULAR ESSES RECURSOS HUMANOS E POTENCIALIZAR A PARTICIPAÇÃO NAS ATIVIDADES DA ESP E NAS ATIVIDADES DA SES EM GERAL.**

Referências bibliográficas

- ARAÚJO, José Wellington. Ciência e senso comum: a divulgação do conhecimento no campo da saúde. *Revista Perspectivas da Ciência da Informação*, v. 8, no especial, Belo Horizonte, dezembro 2003.
- BATISTA, Myrian Veras. *Questões que se colocam para a investigação na/da prática profissional*. Material didático, 1993.
- _____. Planejamento social: intencionalidade e instrumentação. São Paulo, 2000.
- BELLINI, Maria Ysabel Barros. Da contemplação à busca da reconstrução. *Fenômeno*. Uma teia de complexas relações. Porto Alegre. Edipucrs, 2000.
- BRAGAGLIA, Mônica. *Serviço social e interdisciplinaridade: uma questão em debate*. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: Pucrs, 1996.
- CASTRO, Raquel Cardoso. A sociedade em rede. *Revista Perspectivas da Ciência da Informação*, v. 8, no especial, Belo Horizonte, dezembro 2003.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos. Brasília, 1999.
- DESAULNIERS, Julieta Beatriz Ramos. *Campo científico e formação de competências*. Disponível em [www.pucrs.br/textos e contextos](http://www.pucrs.br/textos_e_contextos). Porto Alegre, 2004.
- _____. O saber como moeda no novo mercado de trabalho. *Informação*. Pucrs, maio-junho, 2000.
- FAZENDA, Ivani. *Práticas interdisciplinares na escola*. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- LÉVY, Pierre. *Cibercultura*. São Paulo: Editora 34, 1999.
- MORIN, Edgar. *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996.
- NOGUEIRA, Roberto Passos. *Reforma do Estado: o SUS em reforma e os recursos humanos*. Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos da saúde (Cadrhu). Natal, 1999.
- ON, Maria Lúcia Rodrigues. *O serviço social e a perspectiva interdisciplinar*. O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- RAUCH, Norberto. As fronteiras do nosso compromisso se ampliaram. Trabalho. *Informação*. Pucrs, maio-junho, 2000.

SÁ, Jeanete L. Martins de. Serviço social e interdisciplinaridade. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

SILVA, Suzane de Mendonça. *Comunicação e saúde: estratégia de ação na garantia de direitos sociais*. Inventário teórico-prático acadêmico. Porto Alegre: Faculdade de Serviço Social, Pucrs, 2004.