



## Formação de Trabalhadores Técnicos no Mercosul em perspectiva comparada

*Health workers' technical training in a comparative perspective*

Marcela Pronko / Anakeila De Barros Stauffer / Anamaria D'Andrea Corbo

### Resumo

Este artigo é fruto da pesquisa multicêntrica, coordenada pela EPSJV/Fiocruz, que objetivou identificar e analisar a oferta quantitativa e qualitativa de formação de trabalhadores técnicos em saúde no MERCOSUL (Argentina, Brasil e Uruguai), a fim de subsidiar políticas de organização e fortalecimento de sistemas de saúde, de educação e de cooperação internacional entre estes países, garantindo a comparabilidade dos estudos nacionais, respeitando as especificidades de cada país. O referencial teórico-metodológico, de cunho histórico-dialético, considera a formação destes trabalhadores como uma mediação específica da formação humana na totalidade das relações sociais, captando elementos que possibilitem compreender como e por que, as características quanti-qualitativas da oferta dessa formação e seus fundamentos teórico-metodológicos buscam conservar e/ou transformar relações necessárias à conformação psicofísica do trabalhador às formas de produção hegemônicas. Na análise quantitativa elaborou-se, em cada país, uma base de dados com informações sobre áreas de formação, tipos e modalidades dos cursos e instituições ofertantes. A fase qualitativa realizou-se em instituições selecionadas, através da aplicação de questionário, entrevistas e análise documental. Resultados preliminares apontam que, em que pese a conformação histórica particular dos sistemas nacionais de educação e de saúde de cada país, as reformas neoliberais aproximaram as características dessa formação, sobretudo no plano curricular.

**Palabras-claves:** formación de trabajadores técnicos en salud – educación comparada – Mercosur – integración regional – políticas públicas de educación

### Abstract

This paper presents the preliminary results of multicenter survey, which aimed to identify and analyze quantitative and qualitative training of health technicians in Argentina, Brazil and Uruguay, in order to inform policies that organize and strengthen health and education system as well as international cooperation between MERCOSUR countries. The research methodology ensures comparability of each national study, respecting the specificities of different countries. The historical-dialectical approach followed by the research considers the training of health technicians as a specific mediation in human education, in the totality of social relations, thereby allowing us to understand how and why quantitative and qualitative traits and theoretical and methodological foundations of the training seek to maintain or transform relationships necessary to the worker's psychophysics conformation to hegemonic forms of production. Regarding quantitative analysis, a systematic database for basic information about areas of training, modalities of courses and educational institutions was elaborated for each country. The qualitative phase was based on fieldwork, conducted in selected institutions through questionnaires, interviews and document analysis. Preliminary results indicate that, despite the historical and particular conformation of each national education and health systems, neoliberal reforms tend to enforce a standardization of training in distinct countries, especially in the curriculum.

**Key Words:** training of health technicians – comparability education – MERCOSUR – regional integration – public education policies



A criação do Mercado Comum do Sul (Mercosul), institucionalizado em 1991 com a assinatura do Tratado de Assunção, objetivou uma inserção mais competitiva dos países membros do bloco no mercado mundial globalizado, através do estabelecimento de políticas facilitadoras da circulação de capitais e mercadorias e da definição de tarifas comuns para as relações comerciais com outros países. Posteriormente, em parte como resultado da pressão de diversos grupos e setores, procurou-se extrapolar o âmbito exclusivamente econômico do bloco, incluindo na agenda de discussões questões relacionadas às políticas sociais, particularmente de educação, saúde e trabalho, visando a uma integração social mais efetiva. Este processo interferiu na configuração das políticas nacionais, que coadunada com a progressiva intervenção dos organismos internacionais<sup>1</sup>, marcados pelo receituário neoliberal de liberalização econômica e reforma do Estado, tendencialmente produziu certa homogeneização nas políticas sociais adotadas (Pronko et al, 2011)<sup>2</sup>, apesar das tensões advindas das heranças históricas específicas de cada realidade nacional.

A efetivação de uma integração com caráter eminentemente social requer que sejam envidados esforços para lograr um conhecimento mútuo profundo entre os países membros do bloco, sobretudo naqueles aspectos que resultam essenciais para a implementação da referida integração social. Faz-se mister, portanto, a ampliação e o aprimoramento de mecanismos necessários para a produção, a sistematização, a circulação e a apropriação crítica de conhecimentos de base nacional e regional que subsidiem uma melhoria das condições de vida das populações desses países, baseada na garantia de direitos fundamentais como a saúde, a educação e o trabalho.

Uma das questões urgentes no campo do trabalho diz respeito à livre circulação de trabalhadores. Enquanto meta do processo de integração, a livre circulação de trabalhadores constitui um horizonte que deveria pautar-se nos princípios da universalização e de construção de uma base regional comum de direitos e garantias para todos os habitantes de nossos países. Entretanto, para evitar os efeitos duplamente perversos das migrações – tanto para aqueles que procuram “melhores oportunidades de vida”, quanto para os países que perdem seus quadros qualificados –, as condições para sua concretização precisam ser construídas na perspectiva de alcançar uma cidadania regional plena que proteja os direitos fundamentais de todos os “mercosulinos” e caminhe para a materialização de um conjunto de direitos máximos comuns. Essa perspectiva deveria balizar a definição de políticas setoriais específicas no âmbito do processo de integração, entre as quais, as relativas à formação de trabalhadores técnicos em saúde para a região (Corbo e Stauffer, 2013)<sup>3</sup>. Nesse sentido, a análise da formação dessa parcela específica da força de trabalho em saúde, pode revelar tensões e contradições importantes para a reflexão das implicações concretas desses processos.

A problemática da formação dos trabalhadores técnicos em saúde, considerada no âmbito dos processos de integração regional, condensa elementos-chaves no que diz respeito à regulação das relações de trabalho e às políticas de educação, relacionando-se, diretamente, com os princípios e as características das políticas nacionais e regionais de saúde. Nesse contexto, as políticas públicas dos países membros do Mercosul para a formação de trabalhadores da saúde se confrontam com as demandas e os entraves, não só de cada contexto nacional específico, como do próprio processo de integração supranacional. Os diferentes ritmos de avanço e as distintas ênfases das negociações rumo à definição de diretrizes políticas comuns em cada uma dessas áreas – trabalho, educação e saúde – colocam exigências e desafios novos para se pensar estratégias regionais sobre o tema.

Como ponto de partida para a discussão e o conhecimento sobre os trabalhadores técnicos em saúde na região, conforme já indicado em outras publicações sobre o tema<sup>4</sup>, constata-se que não há uma definição unívoca na região do significado das expressões “trabalhadores técnicos em saúde” e “profissionais técnicos em saúde”. Esta “indefinição” se relaciona não apenas com alguma especificidade que estas denominações apresentam, mas se deve, primordialmente, ao fato de que o caráter de “técnico” e de “profissional”, está ligado tanto ao desenvolvimento histórico dos sistemas educacionais nacionais quanto ao caráter particular que assume, em cada caso, o trabalho em saúde. Mesmo representando a porção mais significativa do pessoal envolvido nos serviços de saúde, verifica-se, entre os países membros do Mercosul, enorme diversidade no que diz respeito à formação, à certificação, à regulação e à regulamentação do exercício profissional desses trabalhadores. Da mesma forma, percebe-se um desconhecimento sobre quem são, o que fazem e onde estão alocados esses trabalhadores, que aliada à falta de reconhecimento profissional, configura uma certa invisibilidade da categoria<sup>5</sup>.

Almejando contribuir para a discussão acima delineada, entre março de 2007 e maio de 2009, a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), autarquia do Ministério da Saúde do Brasil, coordenou a pesquisa “A Educação Profissional em Saúde no Brasil e nos países do Mercosul: perspectivas e limites para a formação integral de trabalhadores face aos desafios das políticas de saúde”<sup>6</sup>, com o objetivo de conhecer e analisar a oferta quantitativa e qualitativa da educação técnica em saúde<sup>7</sup> no Brasil. Concomitante, pretendeu-se realizar uma aproximação inicial das características dessa formação nos demais países do Mercosul, tendo como parâmetro de análise os desafios nacionais e internacionais de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, com vistas a subsidiar políticas de organização e fortalecimento de sistemas de saúde e de cooperação internacional entre os países do referido bloco sub-regional.

As informações colhidas e as análises realizadas permitiram a realização, em 2008, do Primeiro Seminário Internacional “Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde no Brasil e no MERCOSUL” na EPSJV, durante o qual foi elaborado e aprovado o “Documento



de Manguinhos sobre a formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul”, constituindo-se como um relevante registro das principais questões abordadas e dos encaminhamentos necessários para o tratamento do tema em âmbito regional<sup>8</sup>.

Dando prosseguimento aos encaminhamentos desse Documento<sup>9</sup>, a EPSJV desenvolveu, entre 2011 e 2013, o projeto de pesquisa intitulado “A Formação dos Trabalhadores Técnicos em Saúde no Mercosul: entre os dilemas da livre circulação de trabalhadores e os desafios da cooperação internacional”<sup>10</sup>, com o objetivo de aprofundar a análise sobre a oferta quantitativa e qualitativa de formação de trabalhadores técnicos em saúde na Argentina, Paraguai e Uruguai<sup>11</sup>, de forma convergente com os dados e as análises já produzidas para o Brasil, garantindo a comparabilidade dos estudos nacionais e respeitando as especificidades de cada país. Pretendeu-se, assim, correlacionar os resultados obtidos na perspectiva de elaboração de um diagnóstico regional da formação dos trabalhadores técnicos em saúde na região, visando contribuir com ações de cooperação internacional entre os países do referido bloco.

Tratou-se de uma pesquisa multicêntrica, de caráter interinstitucional, desenvolvida por equipes locais, coordenadas por instituições estratégicas de pesquisa na Argentina (*Instituto de Investigación en Salud Pública – Universidad de Buenos Aires e Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional del Ministerio de la Nación Argentina*), Paraguai (*Instituto Nacional de Salud – Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social*) e Uruguai (*Escuela Universitaria de Tecnologías Médicas – Universidad de la República*), que realizaram o levantamento e a análise de informações de base nacional sobre a formação de trabalhadores técnicos em saúde nos respectivos países, sob coordenação geral da equipe de pesquisa da EPSJV. No âmbito desse projeto foi realizado o Segundo Seminário Internacional sobre a Formação dos Trabalhadores Técnicos em Saúde no Mercosul (novembro de 2012) que aprovou, por sua vez, o Segundo Documento de Manguinhos sobre a formação desses trabalhadores, atualizando os desafios regionais específicos, a partir de um balanço dos quatro anos decorridos desde o primeiro documento<sup>12</sup>.

Os resultados preliminares dessas pesquisas constituem o embasamento empírico para as reflexões apresentadas neste artigo que assumem, portanto, também, um caráter preliminar.

## O trabalho de pesquisa no campo da formação de trabalhadores técnicos em saúde como âmbito de formação

O contexto das políticas públicas dos países membros do MERCOSUL para a formação de trabalhadores da saúde, bem como a problemática posta pelas demandas de circulação da força de trabalho e dos processos de integração regional, anteriormente expostas, foram elementos definidores da necessidade estratégica não apenas da **perspectiva comparada** como do **caráter multicêntrico e interinstitucional da pesquisa**. Nesse sentido, os dois projetos de pesquisa foram constituídos por equipes multicêntricas, que trabalharam sob a orientação de uma coordenação geral sediada na EPSJV.

No caso do primeiro projeto, desenvolvido entre 2007 e 2009, pesquisadores de sete Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ET-SUS) das cinco regiões do Brasil, conformaram equipes que se responsabilizaram pela execução da etapa qualitativa da pesquisa em cada região do país. Neste projeto, a fase nacional da pesquisa foi abordada numa perspectiva quantitativa e qualitativa; e a internacional teve dois focos principais de trabalho: o de conhecimento inicial das políticas nacionais de formação de trabalhadores técnicos em saúde e o de consideração dessas políticas no processo de integração.

A constituição das equipes regionais de pesquisa teve um duplo objetivo: de um lado, identificar as diretrizes teórico-metodológicas e as bases materiais da organização e do desenvolvimento curricular dos cursos técnicos de saúde, oferecidos no Brasil, nas diversas especialidades da área, através do desenvolvimento da fase qualitativa do projeto. De outro lado, a qualificação das equipes e de seus pesquisadores, através do próprio processo de discussão e operacionalização da pesquisa, fortalecendo a capacidade de elaborar e desenvolver outros projetos de investigação científica que contribuam para a educação técnica em saúde.

Para isso, ao longo do processo de pesquisa foram realizadas quatro oficinas de trabalho com a equipe ampliada na perspectiva de garantir a construção coletiva de todas as fases do trabalho de campo na sua etapa qualitativa nacional e de qualificar seus participantes.

Ao longo das oficinas foram discutidos os referenciais teóricos da pesquisa, definidos os critérios de seleção do conjunto de instituições entrevistadas, elaborados os instrumentos de coleta de dados, construídos os referenciais e instrumentos de análise, assim como o formato dos relatórios regionais para, finalmente, debater os próprios relatórios apresentados. Em todos os casos, esse trabalho coletivo se beneficiou da dupla experiência dos participantes: como pesquisadores, no processo de construção do conhecimento, e como possíveis “objetos de pesquisa”, dado que alguns dos participantes são ou foram dirigentes de escolas de educação técnica em saúde. Essa dupla inscrição resultou muito enriquecedora não só para os necessários cuidados metodológicos



em relação ao objeto de estudo, mas também para a avaliação da própria atuação profissional como docentes e/ou dirigentes dessas instituições.

O objeto de pesquisa da equipe ampliada se deteve nas concepções curriculares dos cursos de educação técnica em saúde das diversas instituições de formação de técnicos participantes<sup>13</sup>, compreendendo-as como particularidades de uma totalidade social mais ampla. Através da indagação sobre os currículos dos cursos, mais especificamente sobre sua organização e seu desenvolvimento em cada instituição selecionada, é que se pretendeu identificar as diretrizes teórico-metodológicas que embasam a formação de trabalhadores técnicos em saúde no país.

A educação técnica, entendida como uma política econômico-social, foi tomada como categoria geral de análise. Buscou-se, a partir do discurso das instituições formadoras, captar o significado dessa modalidade de educação, assim como suas relações com as políticas nacionais de saúde e de trabalho.

Outra categoria central de análise foi a noção de competência - que surge com o objetivo de responder às necessidades teóricas e empíricas postas pela realidade e que, portanto, pode estar orientando os currículos da educação técnica. Nesse sentido, uma das hipóteses apontadas no projeto, que orientaram essa fase da pesquisa, foi a de que a pedagogia das competências tem sido o principal referencial para a reformulação dos cursos de formação técnica em saúde no Brasil. Entre os motivos que podem explicar o sentido que tal pedagogia adquiriu no setor saúde, está o fato desta estar centrada na prática profissional, e também por considerar o processo de trabalho uma mediação fundamental da aprendizagem, compondo um modelo pedagógico que melhor expressa as necessidades e características da formação em saúde.

Em contraponto, tentou-se verificar o nível de apropriação dos dirigentes institucionais do conceito de educação unitária e politécnica, da compreensão do trabalho como princípio educativo e da formação integral ou omnilateral dos trabalhadores.<sup>14</sup> Essas categorias foram centrais na análise realizada pelo fato de serem capazes de formar o homem culturalmente e profissionalmente, dissolvendo toda e qualquer separação entre cultura e técnica, formação geral e formação específica, saber teórico e saber prático. A educação unitária desenvolveria todos os potenciais humanos, proporcionando a capacidade de interação autônoma e consciente com a tecnologia (Saviani, 2007)<sup>15</sup>.

Os resultados alcançados na fase nacional qualitativa da pesquisa constitui uma contribuição relevante para se pensar a educação técnica em saúde no Brasil. Não obstante, constata-se que a análise pode ser considerada inicial em vários sentidos. Em primeiro lugar, porque ela não esgota, em abrangência e profundidade, o volume do material produzido na fase qualitativa nacional da pesquisa. Isto ocorreu tanto por razões de tempo (os tempos da elaboração de relatórios não necessariamente coincidem com os tempos de amadurecimento das questões tratadas), como também, pelas próprias características das equipes, desiguais em termos de disponibilidade, dedicação, formação e experiência prévia no trabalho de pesquisa. Nesse sentido, vale lembrar que, embora o próprio processo de pesquisa desenvolvido pela equipe ampliada contivesse um componente formativo no seu desenho metodológico, ele constituiu uma experiência que pode ser qualificada de inédita e, portanto, inicial no âmbito das atividades desenvolvidas pelos profissionais das ET-SUS. É relevante destacar, ainda, que, embora a investigação tenha se beneficiado da experiência prévia e sistemática de alguns pesquisadores envolvidos nas equipes regionais, a pesquisa como prática permanente não constitui um componente fixo das atividades cotidianas dessas instituições.

Em segundo lugar, a análise pode ser considerada inicial também em função do próprio desenho metodológico da pesquisa. A opção por realizar um estudo de caráter qualitativo em abrangência nacional teve, como contrapartida, a limitação no que diz respeito à possibilidade de uma análise mais integrada e integradora dos materiais produzidos, sobretudo devido às limitações financeiras e temporais de reuniões presenciais que viabilizassem o debate e o intercâmbio sistemático entre os pesquisadores. Embora as quatro oficinas realizadas tenham sido fundamentais para o desenvolvimento da pesquisa e a formação dos próprios pesquisadores, elas foram insuficientes para, no tempo previsto, aprofundar análises e interpretações de uma maneira mais orgânica.

Mesmo com as limitações indicadas, os resultados obtidos constituem um ponto de partida valioso, capaz de subsidiar uma reflexão mais aprofundada sobre as diretrizes teórico-metodológicas que embasam a organização e o desenvolvimento curricular da educação técnica em saúde no Brasil, ao mesmo tempo em que destaca o caráter coletivo da construção do conhecimento.

No que tange à fase internacional, a formulação original do projeto previa os mesmos objetivos da fase nacional, propondo-se a trabalhar também na dupla perspectiva quantitativa e qualitativa. Partia-se do pressuposto de que, ao se estender a investigação para os países do Mercosul, a metodologia deveria incorporar referenciais próprios dos estudos comparados. Tomando como base a reflexão apresentada por Ciavatta (2000)<sup>16</sup> e Pronko (2003)<sup>17</sup>, optou-se pelo método da reconstrução histórica, pela possibilidade de compreensão das políticas de educação técnica em saúde nos países estudados em sua própria dinâmica, ou seja, em suas relações com a sociedade. Para isto, resultou necessário buscar as diferenças entre os países a partir dos seus processos históricos mais amplos, de modo a reconstruí-las como parte de uma determinada realidade, dinâmica e contraditória.



Nesse sentido, o projeto previa a verificação inicial da existência de bases de dados sobre a oferta de formação de trabalhadores técnicos em saúde nos países pesquisados. Caso estas não existissem ou fossem insuficientes, as informações quantitativas seriam buscadas por meio de questionário. Do ponto de vista qualitativo, o projeto se propunha a replicar a estratégia de pesquisa desenvolvida para a fase nacional, através da constituição de equipes nacionais capazes de desenvolver, coletivamente, a pesquisa. Entretanto, devido a uma série de dificuldades operacionais e financeiras que inviabilizaram a execução das ações previstas, as estratégias e os focos da pesquisa para a fase internacional foram redesenhadas, sendo definidas duas frentes de trabalho:

- uma frente “nacional”, que teria como foco uma caracterização geral das políticas de saúde, de educação e de trabalho desses países, com ênfase na organização da educação técnica em saúde, na perspectiva de permitir uma primeira aproximação comparativa entre eles. Posteriormente, buscou-se estabelecer relações entre as políticas nacionais e as políticas comuns aos países estudados, destacando desafios e entraves colocados pelo processo de integração regional. Para a realização desta caracterização, foram realizadas entrevistas *in locu* com informantes-chave: dirigentes nacionais dos Ministérios de Educação e/ou Saúde, encarregados de definir e desenvolver as políticas de formação de trabalhadores técnicos em saúde de cada país;

- uma frente “regional” centrada na caracterização do funcionamento institucional do Mercosul, da sua agenda relativa à educação técnica em saúde e dos mecanismos institucionais para sua definição e operacionalização, tendo como foco o funcionamento do Mercosul e as ações específicas desenvolvidas no âmbito do processo de integração relativas à definição de uma política de educação técnica em saúde comum aos países estudados. Para a realização desta caracterização foram entrevistados informantes-chaves: representantes nacionais perante o Sub-Grupo de Trabalho 11 do Mercosul<sup>18</sup> (SGT 11 – Mercosul) e/ou coordenadores nacionais das negociações na área de saúde do Mercosul.

De um modo geral, apesar do esforço realizado no sentido de caracterizar a educação profissional em saúde no Mercosul, os resultados alcançados por este primeiro projeto, na fase internacional, apresentaram um caráter preliminar pela própria abrangência e complexidade do objeto em estudo. Desse modo, evidenciou-se a necessidade do desenvolvimento de estudos de abrangência nacional, de caráter comparado e preferencialmente interinstitucional, que permitissem aprofundar o conhecimento sobre as características quantitativas e qualitativas da formação dos trabalhadores técnicos em saúde, assim como as condições e características da sua circulação em âmbito nacional e regional.

Face ao exposto, e tendo como referência a experiência de pesquisa multicêntrica desenvolvida para o estudo do caso brasileiro, no segundo projeto, realizado entre 2011 e 2013, se constituiu uma equipe de pesquisa em cada país do Mercosul (à época composto por Argentina, Paraguai e Uruguai como membros plenos) que, sob a coordenação da equipe da EPSJV/Brasil, desenvolveu o estudo com abrangência nacional, realizando a coleta de dados que possibilitou o trabalho comparativo entre os países.

Seguindo a metodologia implementada na pesquisa anterior, foram realizadas três oficinas multicêntricas de trabalho (presenciais) ao longo do processo de pesquisa, com a equipe ampliada. Além destas, a equipe de coordenação da pesquisa se reuniu periodicamente, à distância, com cada uma das equipes participantes da pesquisa, redefinindo as tarefas de acompanhamento e elaboração. Esta articulação contínua permitiu, em momentos decisivos para a pesquisa, enfrentar situações inesperadas e tomar as decisões pertinentes ao redesenho metodológico quando necessário<sup>19</sup>.

Os objetivos do projeto<sup>20</sup> foram alcançados através da identificação e análise das bases de dados existentes em cada país; da definição de categorias de análise comparáveis; da elaboração de instrumentos de coleta de dados; e da definição de cruzamentos entre variáveis. Para o desenvolvimento da fase qualitativa da pesquisa buscou-se a definição de categorias relevantes para todos os países; a elaboração de roteiros de entrevistas; a definição de critérios comuns e específicos para determinação de amostragem, com foco nas quatro áreas prioritárias definidas pelo SGT 11 do Mercosul no que se refere aos trabalhadores técnicos em saúde (enfermagem, análises clínicas, radiologia e hemoterapia); além da elaboração de uma matriz de análise comum.

Um momento a ser destacado foi a construção de uma matriz de definição comum das subáreas de formação de trabalhadores técnicos em saúde nos quatro países constituintes da pesquisa e do bloco regional, a partir de uma primeira caracterização das subáreas de formação existentes em cada país. Este detalhado e extenso trabalho resultou em uma planilha contendo um quadro comparativo dos cursos de formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul, com as suas definições, especificidades e carga horária, constituindo valioso subsídio para o desenvolvimento de políticas públicas para o setor, nos diferentes países envolvidos<sup>21</sup>.



## Os desafios da integração

A educação técnica em saúde é uma área de ação e de estudo cuja origem se encontra, principalmente, nas políticas de saúde, estendendo-se, gradualmente, para o plano das políticas educacionais, embora esteja perpassada, também, pelas políticas de trabalho em um contexto determinado.

Dados relativos à distribuição da força de trabalho em saúde no Brasil, publicados em 1997 pelo Ministério da Saúde brasileiro (Pereira, 2002)<sup>22</sup>, demonstram que mais da metade dessa força de trabalho é composta por trabalhadores técnicos, sendo que 35% deles não dispõem do ensino fundamental completo. Nessa realidade, os trabalhadores sem formação profissional que ingressam nos serviços de saúde passam, quando muito, por treinamentos em serviços que, apesar de desempenharem papel importante diante das circunstâncias que se apresentam, não substituem a formação básica e profissional desejada.

O surgimento dos Centros de Formação (CEFOP) e das Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS), no Brasil, pode ser caracterizado como uma tentativa de superação desses limites. Apesar das diversas origens dessas instituições, o que as une é o fato de serem escolas do setor Saúde, com a finalidade de melhorar a educação profissional nessa área e promover a qualificação técnica de trabalhadores já inseridos no sistema de saúde, a partir de um modelo de educação profissional descentralizado e em relação estreita com os serviços de saúde (Pereira, 2002)<sup>23</sup>. A crítica ao modelo de treinamento como instrumento para tornar as pessoas aptas ao fazer pragmático e imediato, por um lado, e ao ensino transmissivo de conteúdos e descolado da realidade dos serviços, por outro, é a base para a construção de uma nova perspectiva pedagógica adotada por essas escolas a partir da década de 1980.

Entretanto, esse percurso realizado pelo Brasil, é fruto das suas particularidades históricas e não pode ser generalizado para os outros países que compõem o MERCOSUL. A esse respeito, um estudo pioneiro realizado pela Organização Pan-Americana da Saúde - OPS/OMS (1995)<sup>24</sup> sobre a política de recursos humanos em saúde no âmbito do Mercosul, identificou precocemente a necessidade de criação de uma estratégia de cooperação específica no campo de formação, capacitação e dinâmica da força de trabalho em Saúde, porque o avanço dos processos de integração econômica coloca o problema da circulação da força de trabalho como componente dos processos de produção, havendo o risco de se ter um fluxo de recursos humanos qualificados orientados para determinadas regiões em prejuízo de outras. Requer-se, com isto, “o estabelecimento de reciprocidade de reconhecimento curricular e particularmente de mecanismos de habilitação e credenciamento” (OPS/OMS, 1995; p-19)<sup>25</sup>.

Esse estudo colocava em evidência alguns dos novos desafios que as políticas de educação técnica em saúde teriam de enfrentar no bojo do processo de integração regional em curso. A complexidade dos mesmos já pode ser observada no próprio desenho institucional do MERCOSUL que trata de aspectos relacionados à formação de trabalhadores técnicos em saúde de forma concomitante através de, pelos menos, três instâncias setoriais diferenciadas: o chamado MERCOSUL educacional, os diversos órgãos que cuidam da regulação das relações do trabalho (MERCOSUL laboral) e aqueles que tratam das questões relativas à saúde, incluindo a formação de seu pessoal específico (MERCOSUL Saúde). Por sua vez, cada uma dessas instâncias imprime uma lógica própria no funcionamento e no tratamento do tema, dando como resultado uma abordagem fragmentária que corre o risco de se perder no labirinto regulatório desenhado desde os âmbitos institucionais do próprio processo de integração<sup>26</sup>.

Só como ilustração, uma análise preliminar da listagem dos projetos e programas em andamento desde o início do MERCOSUL Educacional aponta duas áreas críticas que, por diferentes razões, têm concitado o esforço e a atenção dos negociadores ministeriais e de outros atores envolvidos: 1) a educação profissional/técnica/tecnológica e 2) a educação superior. A problemática em discussão em ambas as áreas está diretamente vinculada à possibilidade da livre circulação de trabalhadores entre os países integrantes do bloco, ainda que em níveis bem diferenciados.

No que se refere à educação superior, os esforços têm se concentrado na criação de mecanismos de reconhecimento dos títulos e diplomas concedidos pelas instituições nacionais, apoiando-se e reforçando os órgãos de credenciamento e de avaliação do ensino superior existentes em cada um dos países, para facilitar a livre circulação de profissionais em áreas consideradas prioritárias ou estratégicas. Apesar dos avanços, esse processo tem se revelado lento, pela complexidade dos interesses envolvidos (nacionais, profissionais/corporativos e institucionais), mas também pelas limitações reais de um processo de integração que constitui uma iniciativa essencialmente intergovernamental, na qual a participação dos diferentes grupos e atores sociais, apesar de legalmente reconhecida em alguns âmbitos, não está integrada, de fato, ao processo decisório que traça os caminhos do bloco regional.

No que diz respeito à educação profissional/técnica/tecnológica, as negociações têm reproduzido nas instâncias supranacionais, a mesma dualidade com que o tema é tratado nos âmbitos nacionais. Dois são os espaços, paralelos e concomitantes, para o tratamento das medidas atinentes à integração desse setor: de um lado, a Comissão Regional Coordenadora da Educação Tecnológica (CRC-ET), pertencente à estrutura do Setor Educacional do Mercosul (SEM), cujos programas vêm sendo orientados para



a harmonização de perfis profissionais em algumas áreas estratégicas. De outro lado, o Sub-Grupo de Trabalho 10 (SGT 10) sobre “Relações laborais, Emprego e Seguridade Social”, órgão consultivo do Conselho Mercado Comum - CMC, de composição tripartite (empregadores, trabalhadores e governos), que produziu o “Repertório de Recomendações Práticas de Formação Profissional” e avança na elaboração de mecanismos regionais de certificação de competências profissionais por setor da produção, numa tentativa de acelerar e suprir os tempos institucionais que “atrapalham” a lógica da competitividade e do desenvolvimento econômico.

As contradições, entraves e conflitos que atravessam essas duas áreas estratégicas para a integração educacional no MERCOSUL evidenciam a complexa trama dos interesses envolvidos nesse processo, que colocam em tensão concepções de educação diferenciadas e diferenciadoras, de acordo com os projetos de nação e de integração dos atores (nacionais/setoriais) subjacentes aos projetos. Todo este processo se enquadra num contexto em que se constata que o eixo da integração ainda é fundamentalmente comercial, o que introduz um estado permanente de instabilidade, produto dos atritos constantes entre os interesses comerciais nacionais concorrentes dos países que conformam o bloco.

Essas características, em um plano mais geral, podem indicar que o MERCOSUL ainda constitui um somatório de países, sem que haja uma consciência comunitária do bloco. Esse elemento, somado ao caráter intergovernamental, estaria na base do chamado “déficit de supranacionalidade” do MERCOSUL, apontado por alguns autores como uma das principais “debilidades” do processo de integração em curso (Ferreira, 2003)<sup>27</sup>. Perante esse contexto, a pergunta sobre como essas características interferem e condicionam o processo de integração educacional se torna, não só pertinente, mas também necessária para avaliar suas consequências e potencialidades para o desenvolvimento e a democratização da educação nos países membros do bloco.

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

No caso específico em análise, deve somar-se a especificidade do setor saúde que tem definido seus próprios âmbitos para a negociação relacionada diretamente ao desenvolvimento e exercício profissional e indiretamente à circulação dos profissionais do setor<sup>28</sup>. Nesse âmbito, foi dada mais ênfase aos processos de compatibilização das profissões em saúde de nível superior. Entretanto, observa-se o desenvolvimento de algumas iniciativas de discussão sobre os trabalhadores técnicos que representam importante parcela da força de trabalho em saúde na região.

Cabe ressaltar que essa “lacuna” reflete as próprias contradições do processo de negociação, subordinado aos imperativos da integração econômica. Nesse sentido, “é significativo constatar que das Resoluções aprovadas pelo GMC do MERCOSUL referentes à saúde, poucas dizem respeito diretamente à gestão do trabalho e à educação em saúde” (Machado, Paula e Aguiar Filho, 2007)<sup>29</sup>.

Entretanto, os desafios que são colocados pelo processo de integração ao setor saúde não são menores. Segundo Machado e outros (2007)<sup>30</sup>, devem ser considerados no debate, entre outros:

“As diferenças culturais e especificidades regionais; a falta de dados na área de recursos humanos que orientem a tomada de decisões; o desequilíbrio quantitativo de profissionais de saúde nos Estados Parte; as diferentes estruturas de organização dos profissionais; a desigual estrutura de fiscalização do exercício profissional; as dificuldades na definição de políticas no setor saúde para as áreas de fronteiras; a inadequação de programas de educação permanente voltados para os profissionais de saúde no âmbito do MERCOSUL; a criação indiscriminada de faculdades e escolas *off-shore*.” (Machado e outros, 2007;p-298, destacado no original)<sup>31</sup>.

Nesse sentido, e do ponto de vista mais amplo, deve levar-se em consideração que a circulação internacional de pessoas e de trabalhadores constitui não só um efeito (desejado ou não) de todo e qualquer processo de integração, mas também uma realidade histórica de nossas populações.

No que tange à problemática dos trabalhadores técnicos em saúde, constatam-se alguns avanços com relação ao diagnóstico realizado à época do Primeiro Seminário Internacional sobre a Formação dos Trabalhadores Técnicos em Saúde no Mercosul, em 2008. De acordo com o Segundo Documento de Manguinhos, observa-se uma articulação crescente e sustentada entre órgãos setoriais de negociação sobre educação e saúde, na perspectiva de compreender, de maneira integrada, a formação, a certificação e a regulação profissional dos trabalhadores da saúde em âmbito regional. Nesse sentido, verifica-se a incorporação das “profissões” técnicas nas pautas de trabalho das instâncias correspondentes. Entretanto, os diferentes ritmos de avanço e as distintas ênfases das negociações rumo à definição de diretrizes políticas comuns em cada uma dessas áreas ainda condicionam a capacidade de formulação de políticas regionais sobre o tema.



## Os aportes da comparação

Um dos principais elementos que incide na dificuldade de construir uma definição regional para a expressão “trabalhadores técnicos em saúde” é a diferença histórica que existe entre os países envolvidos no que tange ao nível educativo onde tal formação se realiza. No Brasil, a formação técnica em saúde é considerada como de nível médio enquanto que no resto dos países que compõem o bloco, essa formação se realiza, predominantemente, no nível superior de educação, seja em instituições universitárias ou em institutos terciários não universitários. Essa primeira distinção, que pode parecer infranqueável na hora de pensar políticas de harmonização de certificações para a livre circulação dos profissionais do setor, pode, entretanto, ser relativizada ao proceder a uma análise mais detalhada. De um lado, como resultado da reforma educativa desenvolvida no Brasil durante a década de 1990, cuja principal expressão legal foi a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (nº 9324/96), o ensino técnico foi separado do ensino médio, podendo ser realizado, atualmente, em três modalidades que estabelecem formas diferenciadas de relação entre ambos: de forma integrada, concomitante e subsequente<sup>32</sup>. A pesquisa em tela demonstrou que mais de 90% das instituições que oferecem habilitações técnicas em saúde no Brasil o fazem nos formatos concomitante e, principalmente, subsequente. Na prática, isso significa dizer que o curso técnico em saúde no Brasil adquire a forma de um curso pós-médio na maior parte dos casos, o que o aproximaria da formação oferecida nos diferentes países. De outro lado, quando se compara a carga horária das diversas habilitações técnicas oferecidas nos países, independentemente do nível de escolaridade com o que se associam, verifica-se que a diversidade é imensa: enquanto no Brasil a carga horária mínima para a formação de um técnico em saúde é de 1200 horas, sem levar em consideração o estágio obrigatório, nos outros países essa carga horária varia dependendo do país e da habilitação, de 1000 até 3800 horas, incluindo o estágio. Isso indica que qualquer processo de harmonização de certificações deverá partir da análise específica de cada habilitação técnica considerada, incluindo a consideração não só dos requisitos educacionais formais, mas também e principalmente dos desenhos curriculares e as características do próprio processo de trabalho onde a atividade dos técnicos se desenvolve, em cada país e em cada especialidade, com graus de subordinação variáveis ao profissional de certificação superior.

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

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

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





## Resultados preliminares da pesquisa

Embora os resultados finais da pesquisa ainda não se encontrem sistematizados em sua totalidade, algumas tendências podem ser claramente apontadas. Destacamos, a seguir, aquelas que se apresentam de forma mais clara e que consideramos mais relevantes.

### Instituições formadoras: concentração geográfica e gestão privada

Ao elaborar um mapa das instituições formadoras de trabalhadores técnicos em saúde nos países que compõem o Mercosul, duas tendências se verificam de forma clara, embora com diversos graus de aprofundamento: a concentração geográfica da oferta nos grandes centros metropolitanos e a proeminência da oferta privada de formação.

Nos quatro países que fizeram parte da configuração originária do Mercosul, verifica-se uma enorme concentração de instituições formadoras nos grandes centros metropolitanos nacionais, com particular destaque para as cidades capitais (nos casos do Uruguai, Paraguai e Argentina), com exceção do Brasil que concentra suas instituições na região sudeste, área de maior dinamismo econômico nacional. Segundo dados coletados pelas duas pesquisas acima mencionadas, no Brasil, em 2007, 75% das instituições de formação de trabalhadores técnicos em saúde se concentravam nas regiões Sul e Sudeste, sendo que só a região Sudeste concentrava 56% das mesmas. Na Argentina, a região Central do país concentrava, em 2011, 64% das instituições formadoras, situando-se 43% do total delas na província de Buenos Aires e na Cidade Autônoma de Buenos Aires. No Uruguai, no mesmo ano, a quase totalidade da formação era oferecida em Montevideu, sede principal da Universidade da República, responsável pela quase totalidade da oferta de formação para esses trabalhadores. No caso do Paraguai, dados preliminares de 2010, confirmam a mesma tendência, verificando-se grande concentração de instituições em Assunção e nos departamentos (províncias) circundantes.

Embora essa tendência acompanhe o processo de urbanização e concentração urbana das populações nacionais, intensificada, sobretudo, na segunda metade do século XX, ela reflete também profundas desigualdades regionais no interior de cada país, marcada, entre outras coisas, pela desigualdade de distribuição de estabelecimentos de ensino e de cobertura dos sistemas de saúde. No Brasil, por exemplo, a correlação entre a proporção de instituições formadoras e o desenvolvimento do mercado de trabalho em saúde é bastante estreita: em 2005, a região Sudeste detinha 47,2% dos empregos em saúde do país (Pronko et al., 2011)<sup>33</sup>. Ao se considerar esses elementos à luz da expansão do setor privado, tanto na educação quanto na saúde, vivenciada de forma diferenciada por cada um desses setores dentro de cada país, novas configurações são definidas.

Com exceção do Uruguai, os outros três países que conformam o bloco apresentam uma clara proeminência do setor privado na caracterização da oferta de formação de trabalhadores técnicos em saúde. Na Argentina, 66% das instituições formadoras são privadas; no Brasil, esse número corresponde a 87% e no Paraguai, dados preliminares indicam que em torno de 95% das instituições de formação são privadas. Os dados levantados indicam ainda que nos três países boa parte dessas instituições foi criada recentemente, com particular destaque para as décadas de 1990 e 2000.

Essa proliferação de novas instituições de gestão privada faz parte do movimento de reforma do Estado, impulsionado pelos receituários governamentais neoliberalizantes, e do fomento à constituição de “mercados de formação” que afetaram particularmente o ensino técnico, a partir de processos de desvinculação desse ramo do ensino dos sistemas educativos regulares e do ensino superior na região. Tal processo incidiu de forma variável sobre cada um dos países em tela, de acordo com as tradições nacionais de formação e a capacidade de mobilização e resistência que as populações desses países foram capazes de organizar.

Embora a pesquisa tenha se restringido a observar os processos de formação dos trabalhadores técnicos em saúde, pode se afirmar que a constituição de “mercados de formação” foi correlata à extensão de “mercados de saúde” que se desenvolveram de forma desigual em cada um dos espaços nacionais, inclusive naqueles onde a definição de sistemas públicos universais de saúde pautaram a atuação dos setores empresariais.

Mesmo no Uruguai, onde a educação pública constitui uma tradição e uma conquista muito cara para o conjunto da população, verifica-se, nos últimos anos, uma tendência crescente de criação de novas instituições formadoras do setor privado, inclusive no nível superior de educação.

O fato da maior parte da formação se desenvolver em instituições privadas incide de forma direta sobre o tipo de trabalhador a ser formado. Formar os trabalhadores para o “mercado de trabalho” tem gerado o retorno a uma formação mais instrumental, tecnicista, onde o processo educativo se reduz à aquisição de um conhecimento prático, instrumental, adaptando o trabalhador às condições de sociabilidade capitalista existente. Neste sentido, o processo educativo, orientado pela pedagogia das competências, deve desenvolver valores como eficiência, eficácia, organizando as atividades de forma padronizada. A “boa formação” é compreendida como aquela capaz de formar um trabalhador “polivalente, multiqualificado, apto a lidar com situações inesperadas, que saiba trabalhar em equipe” (Pronko et al., 2011; p-143)<sup>34</sup>. Apesar de se constituir um discurso dito mais socializante - visto que o “novo



trabalhador” deve saber trabalhar com seus pares -, a dimensão coletiva é esvaziada, pois as relações de trabalho se dão de forma isolada entre ele e a empresa, sem a mediação e a força da organização coletiva dos trabalhadores.

O “novo trabalhador”, para o neoliberalismo presente nestes países, aponta para um sujeito que alienado da responsabilidade coletiva e da compreensão de seu papel social, deve saber desempenhar bem sua função de forma individualizada e flexível. O encurtamento do horizonte dessa formação aos estritos limites fixados pelo “mercado de trabalho” constitui, assim, uma tendência convergente verificada pelo trabalho de pesquisa.

## **A definição da oferta de formação: a onipresença do mercado de trabalho**

Nos três países que participaram de todas as fases da pesquisa (Argentina, Brasil e Uruguai), foi indagado aos dirigentes institucionais pertencentes às instituições públicas e privadas sobre o que define a oferta de formação e verificou-se em todos os casos que a oferta encontra-se fortemente estruturada pela demanda e pela lógica do mercado de trabalho. Essa determinação incide não só na definição dos cursos a serem oferecidos, como também nas características do trabalhador a ser formado. No que diz respeito aos cursos oferecidos, a opção se concentra naquelas habilitações mais demandadas pelo mercado de trabalho (particularmente enfermagem) tanto no setor público como no privado. Embora a formação de trabalhadores técnicos de enfermagem, por exemplo, possa ser explicada pela composição típica das equipes de saúde, também se pode levantar a hipótese de que a proeminência dessa formação está associada à baixa complexidade tecnológica do processo formativo, o que implica para as instituições de formação privadas, um menor custo da formação (ou, em outros termos, maiores possibilidades de lucro).

A lógica do mercado - duplamente representada pelo “mercado de formação” e pelo “mercado de trabalho” na definição da oferta de cursos - configura o descompasso verificado em todos os países entre oferta de formação assim definida e as necessidades dos serviços de saúde. Entretanto, esse descompasso se constitui muito além da correlação numérica entre trabalhadores formados e disponíveis. Os dados das pesquisas mostram uma distância importante das instituições de formação em relação às políticas de educação e de saúde que balizam seu funcionamento, restringindo-se ao cumprimento das normas e legislações vigentes, sem participação efetiva na definição dos seus conteúdos. Aliado a isto, em muitos casos, a formação se afasta ou ignora as diretrizes que orientam os sistemas públicos de saúde, reduzindo o trabalho técnico ao seu caráter meramente instrumental<sup>35</sup>. Por exemplo, a inserção do futuro trabalhador no sistema público de saúde e no processo de trabalho encontra-se ausente na maior parte dos documentos pedagógicos e no discurso dos docentes dessas instituições.

Na Argentina e no Brasil, a existência de um Projeto Político Pedagógico da instituição (ou de um Projeto Educativo Institucional, de acordo com as denominações locais) parece tornar-se relevante somente como requisito formal para o funcionamento das instituições formadoras. Os próprios docentes e dirigentes dessas instituições reconhecem a distância existente entre o “que se diz” e o “que se faz”, apontando aspectos presentes nos documentos, mas ausentes nas práticas cotidianas de ensino-aprendizagem. Ao mesmo tempo, verifica-se de uma maneira geral em todos os países, que não há políticas claras de formação de docentes para a educação técnica. A demanda de este tipo de formação está mais vinculada à necessidade de atualização dos conhecimentos técnicos específicos de cada área do que às dimensões pedagógicas do próprio processo de formação.

Tudo isso se traduz, de forma concreta, nas características do trabalhador a ser formado. Desse ponto de vista, embora pareça existir nas instituições formadoras uma tensão entre formação instrumental e formação integral, relacionada à tensão entre teoria e prática no processo formativo, os métodos de ensino-aprendizagem declarados assim como o perfil do trabalhador em formação parecem indicar ainda uma concepção de trabalho técnico em saúde, predominante na região, muito ligada ao tecnicismo e ao “fazer”. Tal concepção anula a possibilidade de apropriação, pelo futuro trabalhador, das bases científicas que determinam as técnicas, ou dos fundamentos teóricos que permitem a compreensão das dinâmicas e dos processos históricos de produção científica e tecnológica, necessários para a transformação das condições materiais da vida e para a ampliação das potencialidades e das capacidades do homem.

## **Perfil do trabalhador: a construção de novas sociabilidades?**

Historicamente, a formação de trabalhadores técnicos em saúde surge como necessidade da crescente estruturação dos serviços de saúde, iniciando-se como uma formação estreitamente vinculada ao serviço e geralmente realizada nele, sustentada em um alto grau de instrumentalidade (formação orientada pela demanda, enfatizando o caráter técnico-instrumental, com pouca reflexão pedagógica). A complexidade progressiva do trabalho em saúde, configurado como trabalho heterogêneo e hierarquicamente fragmentado, passa a colocar uma também crescente exigência de escolarização prévia ou concomitante ao processo formativo



específico, favorecendo uma integração cada vez maior desse tipo de formação com o sistema educativo formal, o que derivou numa dupla regulação para esses trabalhadores: a regulação da formação (geralmente assumida pelos ministérios de educação ou instâncias jurisdicionais equivalentes) e a regulação do trabalho (exercida de forma variável em cada país pelos ministérios de saúde ou instâncias jurisdicionais equivalentes, pelas corporações profissionais segundo hierarquizações próprias derivadas da conformação dos processos de trabalho, ou por formas mistas de regulação). Entretanto, esses âmbitos de regulação com lógicas próprias, não necessariamente convergentes, configuram importantes descompassos entre formação e processo de trabalho.

Nas últimas décadas, cada um desses espaços de regulação - que correspondem às políticas públicas de educação, trabalho e saúde - foi afetado, de forma particular em cada caso, por amplos processos de desregulamentação que “flexibilizaram” a formação, a inserção laboral e a própria natureza da atenção em saúde. As formas historicamente instrumentais de formação de trabalhadores técnicos em saúde sobrepôs-se, contemporaneamente, em um plano mais geral, um encurtamento do horizonte de formação de modo a torná-lo cada vez mais restrito às “necessidades” do mercado de trabalho. Assim, uma nova sociabilidade se sobrepõe à anterior, reforçando aqueles aspectos que reduzem a formação do trabalhador técnico em saúde a um “saber fazer”, porém um saber fazer sem fundamentos científicos e políticos, que encurtam sua capacidade de agir e (com)formam esses trabalhadores nos moldes da “empregabilidade”, do “empreendedorismo” e da “colaboração” como novos valores ordenadores da sociedade contemporânea (Neves, 2005)<sup>36</sup>.



**Em síntese:** que trabalhadores são formados para qual sistema de saúde? A análise das formas específicas que assume a formação de trabalhadores técnicos em saúde indica a existência de um mercado de formação adaptado ao setor saúde no qual se observa a predominância de um modelo baseado na pedagogia das competências (Ramos, 2006)<sup>37</sup>, deslocando a centralidade dos conceitos de qualificação, na área de trabalho, e de conhecimento, na de educação. Este processo teve como consequência uma formação voltada exclusivamente para o desempenho profissional, em que a seleção dos conteúdos de ensino teve como base a adequação de comportamentos às necessidades do mercado de trabalho, distanciando-se assim de uma perspectiva de formação integral desses trabalhadores. Por outro lado, a educação passa a ser concebida como um fator do desenvolvimento econômico, constituindo-se em um dos principais indicadores para fundamentar as diferenças de produtividade e de renda.

Neste lineamento, há o comprometimento de uma apropriação integral não só das técnicas necessárias ao trabalho em saúde, apresentadas de forma descolada de seus fundamentos científicos e sociais, como também o desenvolvimento de um olhar crítico e reflexivo sobre o seu fazer social, sua inserção nos sistemas públicos de saúde, e as determinações sociais da sua atuação profissional.

Adicionalmente, verifica-se que, de uma maneira geral, esse modelo de formação se distancia também das políticas públicas de saúde na perspectiva de uma atenção integral, na medida em que uma formação de base instrumental e pautada no modelo biomédico serve principalmente aos interesses do modelo hospitalar de atenção, não respondendo às necessidades de saúde da população em seu conjunto. Além disso, a análise indica que a lógica que impera nas instituições formadoras, públicas e privadas é predominantemente mercadológica na definição da oferta e do modelo de formação. Observa-se que na formação dos trabalhadores técnicos em saúde e nos próprios serviços de saúde predomina uma lógica privatizante, que tende a fragmentar, ao mesmo tempo, a formação do trabalhador e a atenção do usuário<sup>38</sup>. Nesse sentido, e considerando o panorama atual, podemos afirmar que os desafios nacionais e internacionais da formação de trabalhadores técnicos em saúde na perspectiva da educação integral estão longe de serem superados.

Frente a esse panorama, cabe reafirmar, como feito no Segundo Seminário Internacional sobre a Formação dos Trabalhadores Técnicos em Saúde no Mercosul, “a defesa do caráter integrado e integral de qualquer projeto público que tenda a articular organicamente a formação de trabalhadores técnicos em saúde em nível regional, desde o nível médio ao superior de educação, que incorpore tanto os fundamentos científico-sociais da sua atividade como os pressupostos e problemáticas que orientam a organização dos sistemas públicos de saúde da região”<sup>39</sup>.

---

<sup>1</sup> Compreende-se como organismos internacionais tanto as agências multilaterais de crédito – como o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial (BM) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) – quanto as agências de fomento e cooperação – como a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a Organização Mundial da Saúde (OMS), etc.

<sup>2</sup> Pronko, M.; Corbo, A.; Stauffer, A. e outros (2011). A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e no Mercosul. Rio de Janeiro: EPSJV.

<sup>3</sup> Corbo, A. e Stauffer, A. (eds). (2014, no prelo). Os desafios da integração regional para os trabalhadores técnicos em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV.



- <sup>4</sup> Pronko, M. e Corbo, A. (eds.) (2009). A silhueta do invisível: a formação de trabalhadores técnicos em saúde no MERCOSUL. Rio de Janeiro: EPSJV; e Pronko, M.; Corbo, A.; Stauffer, A. e outros (2011) op.cit.
- <sup>5</sup> Documento de Manguinhos sobre a Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde no Mercosul. Em: Pronko, M. e Corbo, A. (Eds.) (2009). op. cit.
- <sup>6</sup> Esta pesquisa foi financiada com recursos do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação do Brasil, da própria EPSJV e do TC-41 (Termo de Cooperação nº 41 entre a Organização Panamericana de Saúde OPAS/OMS e o Ministério da Saúde).
- <sup>7</sup> Neste artigo, se utilizará o termo educação técnica para denominar tanto o nível de educação formal relacionada à educação profissional em saúde no Brasil como a educação técnica de nível superior nos demais países participantes da pesquisa. Do ponto de vista legal, a educação profissional em saúde compreende a formação inicial e continuada, a formação técnica de nível médio e a formação tecnológica de nível superior. Para uma explicação ampliada do conceito ver Pereira, I. B. e Lima, J. C. F. (2006). Educação Profissional em Saúde. Em: EPSJV (eds.). Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro, EPSJV.
- <sup>8</sup> As contribuições do Seminário Internacional, incluindo o Documento de Manguinhos, estão publicadas em Pronko, M. e Corbo, A. (eds.) (2009) op.cit.
- <sup>9</sup> “Fomentar e desenvolver estudos de abrangência regional, de caráter comparado e preferencialmente inter-institucional que permitam aprofundar o conhecimento sobre as características quantitativas e qualitativas da formação dos trabalhadores técnicos em saúde, sua certificação, a regulação e regulamentação do seu exercício profissional, sua inserção no processo de trabalho e no mercado de trabalho, assim como as condições e características da sua circulação em âmbito nacional e regional” (ibidem; p-256).
- <sup>10</sup> Pesquisa financiada com recursos da OPAS/MS no âmbito do Observatório dos Trabalhadores Técnicos em Saúde da EPSJV/Fiocruz, do TC-41 (OPAS/OMS e Ministério da Saúde), da EPSJV, e dos governos dos países participantes.
- <sup>11</sup> À época, a República Bolivariana da Venezuela ainda não tinha sido incorporada como membro pleno do bloco, o que só veio a acontecer em 2012, concomitantemente à suspensão do Paraguai como membro pleno, por alterações à ordem democrática.
- <sup>12</sup> As contribuições do Segundo Seminário estão divulgadas em Corbo, A. e Stauffer, A. (eds.) (2014, no prelo). Os desafios da integração regional para os trabalhadores técnicos em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV.
- <sup>13</sup> Nesta etapa da pesquisa, foram analisadas 452 instituições de formação que responderam a um questionário enviado para a totalidade das 1636 escolas de formação de técnicos em saúde constantes no Cadastro Nacional de Cursos Técnicos do Ministério da Educação do Brasil. Para a etapa qualitativa, através da definição de critérios de eliminação, foram selecionados 34 estabelecimentos em que seus dirigentes participaram de entrevistas semi estruturadas.
- <sup>14</sup> Embora compreenda-se que a “pedagogia das competências”, da forma que vem sendo desenhada pelas reformas educacionais contemporâneas, constitui uma concepção de formação humana contraposta à “educação politécnica”, tal e como foi caracterizada, isso não significa que é possível reduzir a formação dos trabalhadores técnicos em saúde efetivamente desenvolvida a essas duas concepções entendidas de forma dual. Alguns trabalhos apontam, de um lado, para o caráter polissêmico que adquire o conceito de competência no debate educacional contemporâneo (RAMOS, 2006) e, de outro lado, para o caráter híbrido das práticas educacionais efetivamente desenvolvidas nos processos formativos dos trabalhadores em tela (RAMOS, 2010). Ver Ramos, M. (2006), A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação? São Paulo: Cortez e Ramos, M. (2010). Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde. Rio de Janeiro, EPSJV/UFRJ.
- <sup>15</sup> Saviani, D. (2007). Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. Revista Trabalho, Educação e Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, vol. 12, n. 34, 152-180.
- <sup>16</sup> Ciavatta, M. (2000), Quando nós somos o outro. Questões teórico-metodológicas sobre os estudos comparados. Revista Educação & Sociedade. Cedes, Campinas, XXI (72), 197-230.
- <sup>17</sup> Pronko, M. (2003). A comparação como ferramenta de conhecimento e os processos de integração supranacional: desafio para as Ciências Sociais. En: Fausto, A.; Pronko, M.; Yannoulas, S. (eds.). Políticas Públicas de Trabalho e Renda na América Latina e no Caribe, Tomo I, Processos de integração supranacional e articulação de políticas públicas. Brasília: Abaré.
- <sup>18</sup> No quadro institucional do Mercosul, um dos âmbitos de tratamento da questão da Educação Técnica em Saúde é a Sub-Comissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional - uma das três subcomissões da Comissão de Serviços de Atenção à Saúde- do Sub-Grupo de Trabalho 11 - Saúde.
- <sup>19</sup> A última oficina realizada marcou o início das dificuldades da equipe do Paraguai que acabaria sendo desligado da pesquisa. No período entre a realização da segunda e da terceira oficinas multicêntricas, a crise institucional vivida pelo país acarretou a sua suspensão como membro pleno do Mercosul, o que acabou acarretando o afastamento da equipe paraguaia do projeto às vésperas do II Seminário Internacional.
- <sup>20</sup> Identificar o número de cursos, habilitações profissionais e instituições ofertantes da educação profissional em saúde nos países do Mercosul; identificar as diretrizes teórico-metodológicas e as bases materiais da organização e desenvolvimento curricular da educação profissional em saúde nos países do Mercosul; correlacionar, mediante análise crítica, os resultados obtidos na perspectiva de construção de um diagnóstico regional da formação dos trabalhadores técnicos em saúde, visando contribuir com ações de cooperação internacional entre os países do referido bloco; e fortalecer a capacidade de pesquisa das instituições participantes na área de formação de trabalhadores técnicos em saúde.
- <sup>21</sup> A matriz de comparação foi utilizada como referência nas reuniões sobre educação de técnicos em saúde, realizadas pelo SGT 11 do Mercosul no ano de 2013.
- <sup>22</sup> Pereira, I. B. (2002). A formação profissional em serviço no cenário do Sistema Único de Saúde. Tese de Doutorado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica/ São Paulo.
- <sup>23</sup> Pereira, I. B. (2002), op cit.
- <sup>24</sup> Organização Pan-Americana da Saúde - OPS/OMS (1995). Recursos Humanos em Saúde no Mercosul. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- <sup>25</sup> Organização Pan-Americana da Saúde - OPS/OMS (1995), op cit .



- <sup>26</sup> Para uma abordagem específica sobre a lógica diferenciada desses três âmbitos de negociação no processo de integração, ver Pronko, M. A. (2009) A Formação de Técnicos em Saúde no Mercosul: entre as políticas nacionais de saúde e os entraves da integração regional. Em: Pereira, I. B. e Dantas, A. (eds.) Estudos de Politécnica e Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, vol. 3, p. 11-31.
- <sup>27</sup> Ferreira, M. C. (2003). La formación profesional en el MERCOSUR. Montevideo, CINTERFOR.
- <sup>28</sup> Trata-se da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional que funciona no marco da Comissão de Serviços de Atenção à Saúde, uma das três comissões de trabalho que integram o Subgrupo nº 11 sobre Saúde, conforme já indicado neste artigo.
- <sup>29</sup> Machado, M. H.; Paula, A. E-K. e Aguiar Filho, W. (2007). O trabalho em saúde no MERCOSUL: uma abordagem brasileira sobre a questão. Em: *Caderno Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 23 Sup 2.
- <sup>30</sup> Machado, M. H.; Paula, A. E-K. e Aguiar Filho, W. (2007), op cit.
- <sup>31</sup> Machado, M. H.; Paula, A. E-K. e Aguiar Filho, W. (2007), op cit.
- <sup>32</sup> A forma integrada supõe a realização do nível médio na mesma instituição e com a mesma matrícula que a habilitação técnica correspondente. A forma concomitante implica a realização do nível médio e da habilitação técnica ao mesmo tempo em instituições diferentes ou na mesma instituição, existindo uma matrícula para cada curso. Por fim, a forma subsequente implica a realização da habilitação técnica uma vez concluído o ensino médio. Para uma análise mais aprofundada ver Neves, L. M. W. e Pronko, M. A. (2008). O Mercado do conhecimento e o conhecimento para o mercado: da formação para o trabalho complexo no Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: EPSJV.
- <sup>33</sup> Pronko, M.; Corbo, A.; Stauffer, A. e outros (2011), op cit.
- <sup>34</sup> Ibidem, p-143.
- <sup>35</sup> Segundo Documento de Manguinhos sobre a Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde no Mercosul. [Extraído el 30 de novembro de 2013 de [http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/doc/doc\\_manguinhos\\_port.pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/doc/doc_manguinhos_port.pdf)].
- <sup>36</sup> Neves, L. (ed.) (2005). A nova pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso. São Paulo: Xamã.
- <sup>37</sup> Ramos, M. (2006). op. cit.
- <sup>38</sup> Compreendido, na maioria dos casos, como “o cliente”.
- <sup>39</sup> Segundo Documento de Manguinhos, op cit.

## Autoras

**MARCELA ALEJANDRA PRONKO.** Possui graduação em Ciências da Educação - Universidad Nacional de Luján, Argentina (1992), mestrado em Educação pela Universidade Federal Fluminense (1997) e doutorado em História pela Universidade Federal Fluminense (2002). É professora-pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Fundação Oswaldo Cruz) e coordenou as duas pesquisas citadas no artigo. Atualmente é Vice-Diretora de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico da EPSJV/Fiocruz.

**ANAKEILA DE BARROS STAUFFER.** Possui graduação em Pedagogia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1995), mestrado em Educação pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1999) e doutorado em Educação pela Pontifícia Universidade Católica-RJ (2007). É professora-pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Fundação Oswaldo Cruz) e formou parte das equipes das duas pesquisas citadas no artigo.

**ANAMARIA D'ANDREA CORBO.** Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense - UFF (1987), é Especialista em Educação Profissional pela Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz (2005) e mestre em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ (2004). É professora-pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Fundação Oswaldo Cruz) e formou parte das equipes das duas pesquisas citadas no artigo. Atualmente é doutoranda em Ciências Sociais pela Universidade de Buenos Aires, Argentina.

**Fecha de recepción:** 29/12/2013

**Fecha de aceptación:** 15/03/2014

