

RELATÓRIO TÉCNICO DE PESQUISA

A Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Saúde na Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica brasileira face ao atual Plano Nacional de Educação

CNPq - Apoio a Projetos de Pesquisa / Universal 01/2016 - Faixa B
Processo n. 401576/2016-7
Comitê Assessor: ED-Educação
Área de Conhecimento: Ensino Profissionalizante

Prof. Dra. Marise Nogueira Ramos

Especialista em Ciência, Tecnologia, Inovação e Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz
Professora Associada da Faculdade de Educação da UERJ

Equipe de Pesquisa:

Pesquisadores EPSJV/Fiocruz

Júlio Lima

Filipina Chinelli

Márcia Valéria Morosini

Márcio Candeias

Pesquisador colaborador

Gaudêncio Frigotto (PPFH/Uerj)

Doutoranda

Ednéia Leme (PPFH/Uerj)

Mestrandos

Livaldo Teixeira (Concluído - EPSJV/Fiocruz)

Thayná Trindade (Cursando - PPFH/Uerj)

Bolsistas CNPq

Gianne Reis – Apoio Técnico

Thayná Trindade – Iniciação Científica 1 (01/09/2017 – 30/04/2019)

João Victor Monteiro – Iniciação Científica – 2 (01/05/2019 – 31/05/2020)

Bolsistas Fiocruz

Raquel Malaquias – Iniciação Científica

Estagiária Fiocruz

Rosane Natividade

Rio de Janeiro

Maio de 2021

Resumo

Este relatório apresenta dados e análises nas dimensões quantitativa e qualitativa sobre a educação profissional no Brasil e sobre a atuação da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica na educação profissional em saúde, atendendo ao objetivo geral da pesquisa. O estudo abrangeu o período de 2010 a 2018, com foco no quadriênio de 2014 a 2018, de vigência do Plano Nacional de Educação (PNE). Pretendemos obter subsídios sobre as metas três (estratégia sete), dez e onze, em especial no que tange às redes públicas. Os dados quantitativos foram obtidos por consulta ao Censo Educacional e à Plataforma Nilo Peçanha, tratados por meio da ferramenta SPSS, analisados e discutidos sob o princípio da unidade quantidade e qualidade. Verificou-se que, apesar da tendência de crescimento das matrículas de educação profissional e desta integrada ao ensino médio, incluindo a modalidade EJA, principalmente nas redes públicas, o cumprimento das metas é pouco provável, salvo se ocorrer uma mudança radical e urgente da política pública de trabalho, educação, saúde e economia no país. No caso da educação profissional em saúde, a esfera privada mantém-se como a principal ofertante e, mesmo com a participação da rede federal, sua contribuição com as outras redes públicas ainda não é significativa. Depõe sobre isto, dentre outros aspectos, a fragilidade da articulação entre os Ministérios da Educação e da Saúde. O estudo sobre motivações e condições de oferta da educação profissional em saúde pela rede federal valeu-se da aplicação de questionários, com retorno de 50% das instituições cadastradas e inquiridas. Realizamos entrevistas com coordenadores de cursos em instituições selecionadas a partir de critérios de relevância, privilegiando os cursos vinculados à estratégia da saúde da família, além de análises clínicas, por ser um dos que mais frequentemente são ofertados na forma integrada. Este foi o movimento da pesquisa qualitativa para identificar concepções filosóficas, epistemológicas e pedagógicas dos projetos de curso, considerando o debate sobre o ensino médio integrado na perspectiva da politecnicidade no interior dessa rede. Pretendeu-se verificar a potencial contribuição dessa rede para o avanço dessa concepção na educação profissional em saúde. Os dados qualitativos foram tratados com auxílio da análise de conteúdo, pela qual se identificaram unidades de registro nucleadas em categorias empíricas. Essas foram ordenadas em categorias operacionais e analisadas à luz das categorias teóricas determinação social da saúde, trabalho como princípio educativo e práxis educativa. Tanto a construção do objeto quanto sua análise buscou ser ancorada no método materialista-histórico, em articulação com a proposta quadripartite de Paul Bruyne da pesquisa em ciências sociais. Concluímos que a concepção de saúde hegemônica na rede é a da saúde ampliada/Organização Mundial da Saúde, influenciada pela teoria dos determinantes sociais, havendo núcleos da concepção vinculada à determinação social da saúde. Quanto à educação, mesmo as experiências com o currículo integrado não são organicamente orientadas pela concepção da formação integrada na perspectiva da politecnicidade. A conclusão apontou a presença da concepção pragmática revelada na influência do escolanovismo atualizado pela pedagogia das competências, vistas nos dados organizados pelas categorias operacionais concepções pedagógicas, estratégias metodológicas e politecnicidade e analisadas à luz das categorias teóricas. Nesses termos, encontra-se coerência entre as concepções de saúde e de educação na educação profissional em saúde da rede federal, provavelmente influenciadas pelos educadores que apresentam formação e experiência com a área de saúde coletiva, na qual tais concepções se consolidaram. A pesquisa desvelou dificuldades e virtuosidades da educação profissional em saúde na rede federal, comum ao campo, o que pode contribuir para as redes se fortalecerem mutuamente e perseguir o horizonte utópico da recuperação ontocriativa da relação trabalho, educação e saúde.

Sumário

Introdução	4
1 O escopo da pesquisa: articulação quantitativa e qualitativa da educação profissional em saúde e a participação da Rede EPCT.	7
1.1 A Educação Profissional e Educação Profissional em Saúde no Brasil no período de 2010 a 2018: um panorama a partir de dados estatísticos.	10
1.1.1 Antecedentes: passos da expansão pública de 2003 a 2013	10
1.1.2. A educação profissional no Brasil de 2010 a 2018 e as metas do Plano Nacional de Educação.	16
1.2. A Educação Profissional em Saúde e a participação da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica de 2010 a 2018.	20
1.2.1 Resultados e discussão da oferta da Educação Profissional em Saúde pela Rede Federal	22
1.2.1.1 Dados de oferta de cursos de educação profissional em saúde.	23
1.2.1.2. Dados de matrículas da educação profissional em saúde	25
1.2.1.3. Dados sobre cursos ofertados:	27
2. A oferta da educação profissional em saúde pela Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica a partir das próprias instituições.	28
2.1. Cursos ofertados:	30
2.1.1. Cargas horárias e formas de oferta dos cursos.	30
2.1.2. Carga horaria do Estágio:	32
2.1.3. Suspensão de cursos	32
2.1.4. Modelos e espaços curriculares	33
2.1.5. Definição de oferta, dificuldades e oportunidades de implantação dos cursos	34
2.1.6. Perfil e percurso dos estudantes.	38
3. Concepções e contradições da educação profissional em saúde na Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica: pressupostos da investigação	41
3.1. O referencial teórico-metodológico da pesquisa.	43
3.2. A construção dos dados qualitativos da pesquisa.	44
4. A Educação Profissional em Saúde nos Institutos Federais: concepções e contradições	51
4.1. Concepções de saúde e relação com o SUS: determinação social da saúde como categoria teórica.	52
4.1.1. As categorias operacionais do eixo concepção de saúde e relação com o SUS.	54
4.1.1.1. Concepção de saúde	54
4.1.1.1.1. Saúde Ampliada	56
4.1.1.1.2. OMS – Organização Mundial da Saúde	57
4.1.1.1.3. Saúde Pública	58
4.1.1.1.4. Biomédica	61

4.1.1.2. SUS - Sistema Único de Saúde	62
4.1.1.2.1. Princípios e Diretrizes	64
4.1.1.2.2. Defesa do SUS	65
4.1.1.2.3. Curricularização do SUS	66
4.1.1.2.4. Precarização do trabalho.	67
4.2. Concepções educacionais: trabalho como princípio educativo e práxis educativa como categorias teóricas.	70
4.2.1. As categorias operacionais do eixo concepção educacionais	74
4.2.1.1. Concepções Pedagógicas	74
4.2.1.2. Estratégias metodológicas (e estágio)	80
4.2.1.2.1. Integração Ensino-Serviço	84
4.2.1.2.2. Metodologias Ativas (MA)	88
4.2.1.2.3. A subcategoria <i>Projetos</i>	90
4.2.1.2.4. Aula “Teórica”	91
4.2.1.2.5. Outras	91
4.2.1.3. Educação politécnica	92
5. Uso do software Iramuteq: apreensões preliminares.	101
Conclusões:	106
Referências	124
APÊNDICES (A.1) – relativos ao desenvolvimento da pesquisa	130
APÊNDICES (A.2) – relativos aos resultados da pesquisa.	144

Introdução

Este relatório apresenta dados e análises sobre a educação profissional no Brasil e na Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica brasileira considerando¹:

- a) oferta da educação profissional técnica de nível médio nas redes públicas de educação (federal, estadual, municipal), em todas as formas e modalidades no período 2010-2018, como subsídio para acompanhamento da meta 11 do PNE²; (Apêndice A.2.1. Tabelas 1, 2 e 6; Apêndice A.2.4)
- b) evolução da oferta da educação profissional técnica de nível médio em saúde na rede federal no período de 2010-2018, face à estratégia 11.1 da meta 11 do PNE; (Apêndice A.2.1. Tabelas 3,4 e 5; Tabelas 1 a 18)
- c) Instituições Federais de Educação, Ciência e Tecnologia que ofertam educação profissional técnica de nível médio em saúde no período de 2010-2018; (Apêndice A.2.1. Tabela18)
- d) motivações e relações entre a oferta da educação profissional técnica de nível médio em saúde pela rede federal e as políticas de saúde no período de 2010-2018, como subsídio para a ação interministerial MEC e MS, considerando a Portaria conjunta desses Ministérios n. 03/2011; (Apêndice A.2.2)
- e) concepções ético-políticas, epistemológicas e pedagógicas que orientam a oferta da educação profissional técnica de nível médio em saúde pela rede federal e as políticas de saúde no período de 2010-2018; (Apêndice A.2.1. Tabelas 19 a 25.1; Apêndice A.2.3)
- f) conclusão acerca da contribuição real e potencial da rede federal para a construção de concepções ético-políticas, epistemológicas e pedagógicas para a formação de trabalhadores técnicos da saúde.

O objetivo da pesquisa desenvolvida foi verificar a oferta da educação profissional no país face ao atual Plano Nacional de Educação, bem como averiguar a atuação das

¹ Utilizaremos a abreviatura Rede EPCT ou simplesmente a expressão rede federal para nos referirmos ao conjunto das respectivas instituições.

² O projeto original considerou a possibilidade de se poder subsidiar também o desenvolvimento das metas 3 e 10. No desenvolvimento da pesquisa houve a necessidade de focalizarmos especificamente a meta 11, relativa à educação profissional, dado ao seu escopo objetivo.

Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, quanto à oferta quantitativa e qualitativa de cursos técnicos de nível médio em saúde.

Situamos a importância da investigação no contexto das políticas de educação profissional e tecnológica e da educação profissional em saúde no Brasil. No primeiro, destacamos: a) o movimento educacional pela integração curricular dos ensinos médio e técnico; b) a expansão da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica; c) o fomento à educação profissional proporcionado pelo Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec); e d) a estratégia 7 da meta 3 do Plano Nacional de Educação (PNE), que visa a fomentar a oferta das matrículas gratuitas de ensino médio integrado à educação profissional no período de vigência do plano (2014-2024).

O segundo contexto nos chama a atenção para: a) o fato de, no período entre 2007 a 2012, os cursos de educação profissional mais oferecidos serem do eixo Ambiente e Saúde; b) ter-se verificado o aumento da oferta pública de cursos técnicos de saúde (de 20,9% para 30,6%), alterando-se, mesmo que sutilmente, a tendência crescente da oferta privada³; e, finalmente, c) a Portaria conjunta MEC/MS n. 3/2011, que visava a articulação das políticas de educação profissional e tecnológica com a de educação profissional no país.

A intersecção desses contextos propiciou a elaboração da questão central de pesquisa, a saber: que redes públicas têm contribuído para a expansão da oferta da educação profissional técnica de nível médio em geral e em saúde, em particular?

Estudos anteriores demonstram que as Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS) tem protagonismo relevante na formação de trabalhadores técnicos da saúde no âmbito das políticas públicas de saúde. Ao mesmo tempo, a Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica (Rede EPCT) passou a ofertar cursos técnicos de nível médio em saúde. Vislumbramos, assim, a possibilidade de relações profícuas entre elas.

Consideramos, quanto à primeira, a experiência de formação de trabalhadores técnicos em saúde orientada pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), porém, predominantemente realizada por meio de cursos sequenciais, com pouco acúmulo de discussão sobre a oferta integrada e as respectivas referências epistemológicas e

³ Esses dados foram obtidos por investigação anterior (FRIGOTTO, 2015)

pedagógicas. (RAMOS, 2010) Quanto à segunda, esta não teria agregados conhecimentos sobre o SUS, mas expressariam acúmulo de discussão sobre a formação integrada. O quadro a seguir nos fornece ajuda a confrontar as experiências históricas de ambas as redes.

EPTC	ETSUS
São instituídas em 1909 como ETF e EAF, transformam-se em CEFETs a partir da Lei n. 8948/1994 e em Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia pela Lei n. Lei n. 11.892/2008, que instituiu a REPCT.	Sua origem remete ao Projeto Larga Escala (MS/OPS), em 1985, mas possuem datas de fundação variadas. A Portaria do MS nº 1.298/2000 cria a RET-SUS.
Caracterizam-se pela oferta de cursos para profissões industriais. Cultivaram sua tradição com a oferta de cursos técnicos de nível médio, apreendendo o desafio da formação inicial e continuada (FIC. Dec. 5.154/2004) e da EJA. A oferta de cursos é “centralizada”; o programa de interiorização proporcionou maior capilaridade da oferta formativa. A partir de 2011 sua atuação se expande para a área de Saúde.	Caracterizam-se pela oferta de cursos voltados para trabalhadores inseridos nos serviços de saúde. Sua experiência contempla a oferta de cursos de formação inicial e continuada (FIC. Dec. 5.154/2004) e de adultos desde a sua origem, além de cursos técnicos de nível médio (na forma subsequente). A oferta de cursos é “descentralizada” e, por vezes, nos próprios serviços.
Os princípios do SUS constituem-se em aprendizado.	Orientadas, desde sua origem, pelos princípios dos SUS.
Marcadas pelo tecnicismo pedagógico, criticado a partir da década de 1980. Amplia a discussão sobre a educação tecnológica e politécnica, interrompida pelo Decreto n. 2.208/97 e retomada com o Decreto n. 5.154/2004, como formação integrada.	Orientadas pedagogicamente pelo princípio da integração ensino-serviços, com inspiração no pensamento de Paulo Freire e influências da “pedagogia nova”.
Possuem orçamento próprio. São incentivadas por programas do Ministério da Educação.	Não possuem orçamento próprio. Os programas do Ministério da Saúde são estratégicos para o seu funcionamento
Autarquias. Possuem autonomia financeira, administrativa e pedagógica.	Vinculadas a Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde; Secretarias de Estaduais de Educação; Secretarias de Ciência e Tecnologia; Universidade e Fiocruz.
Possuem quadro docente próprio. Ampliaram sua atuação em cursos de Licenciaturas.	Não possuem quadro docente próprio (são, em geral, vinculados aos serviços). Desenvolveram experiência de formação pedagógica.

Visando à consecução do objetivo geral da pesquisa face a tais relações, definimos os objetivos específicos e os devidos procedimentos metodológicos, assim organizados:

Objetivos específicos	Procedimentos metodológicos
a) Identificar a oferta quantitativa da educação profissional e da educação profissional em saúde (número de cursos, vagas e matrículas).	Levantamento de dados no censo escolar e na Plataforma Nilo Peçanha. (Apêndices A.2.1 e A.2.4)
b) Identificar motivações e condições que levam as instituições da rede federal de educação profissional e tecnológica a ofertarem cursos técnicos em saúde.	Aplicação de questionário e tratamento quantitativo. (Apêndices A.1.1; A.1.2; e A.2.2)
c) Identificar a relação entre os projetos formativos e os princípios do SUS.	Levantamento dos Planos de Desenvolvimento Institucional (PDI) e Planos de Curso (PC). (Apêndice A.2.3). Realização de entrevistas e análise de conteúdo. (Apêndice A.1.2; A.1.3; e A.2.3)
d) Identificar as concepções ético-políticas, epistemológicas e pedagógicas que fundamentam a oferta dos cursos.	Realização de entrevistas e análise de conteúdo. (Apêndices A.1.2; A.1.3; A.1.4; A.1.5; e Apêndice A.2.1. Tabelas 19 a 25.1).
e) Identificar o quanto a atuação dessas instituições na formação de trabalhadores da saúde, principalmente na forma integrada de oferta, pode contribuir para a consolidação de uma concepção ético-política, epistemológica e pedagógica crítica na educação profissional em saúde.	Síntese conclusiva.

1 O escopo da pesquisa: articulação quantitativa e qualitativa da educação profissional em saúde e a participação da Rede EPCT.

Esta pesquisa se estrutura em duas dimensões, uma quantitativa e outra qualitativa. O levantamento quantitativo da oferta da educação profissional técnica de nível médio pelas redes públicas teve como fonte o Censo educacional publicado pelo Inep/Mec relativo aos anos que compõem o período da investigação (2010-2018).

Em relação às instituições da rede federal, foi levantada também a oferta quantitativa da educação profissional técnica de nível médio em saúde. Os dados que não estavam disponíveis nos relatórios do Censo foram buscados no portal do Ministério da Educação e nos sítios das próprias instituições. Informações foram levantadas também

em documentos do Conselho Nacional de Reitores das Instituições 29 Federais de Educação, Ciência e Tecnologia (Conif), bem como mediante consulta presencial ou via internet diretamente com gestores dessas instituições. Assim, tivemos conhecimento dos IFs que ofertam cursos técnicos em saúde no período delimitado pela pesquisa, permitindo-nos a elaboração de um cadastro. Com esses procedimentos os objetivos específicos (a) e (b) foram atingidos.

Informações sobre as motivações que levaram as instituições da rede federal a ofertarem cursos técnicos de saúde, bem como as condições de oferta (possibilidades, dificuldades e estratégias), referidas no objetivo (c) foram levantadas mediante aplicação do questionário às instituições cadastradas. Interessa-nos em especial a indução pelas políticas locais e/ou nacionais de saúde.

Verificamos a percepção institucional sobre as condições de implementação dos cursos, em termos de infraestrutura física e acadêmica, de recursos financeiros e de quadro docente e técnico adequado.

Outro eixo de investigação foram as características curriculares: tipo de organização curricular adotada (disciplinas, módulo, projetos, outros); referência da organização curricular (competências, conteúdos, outros); organização didática dos cursos; espaços utilizados para a formação. Finalmente, identificamos tendências de abandono dos cursos pelos estudantes.

Esta coleta de dados foi complementada por entrevistas com coordenadores de cursos técnicos em saúde das instituições. Procuramos captar contradições enfrentadas na implementação e desenvolvimento dos cursos, no que se refere às condições objetivas da instituição e às condições subjetivas que impliquem compreensão e formação dos professores sobre o projeto formativo e as motivações institucionais.

O enfoque sobre as motivações é coerente com o objetivo deste projeto, à luz da estratégia 11.1 do PNE, que prevê, a expansão das matrículas de educação profissional técnica de nível médio na Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, levando-se em consideração “a responsabilidade dos institutos na ordenação territorial, sua vinculação com arranjos produtivos, sociais e culturais locais e regionais, bem como a interiorização da educação profissional”.

Há que se destacar a necessidade do olhar crítico também sobre as políticas de saúde, face às tendências de empresariamento e de “reforma da reforma sanitária” no

sentido neoliberal, como aponta a literatura contemporânea sobre a saúde no país. (PAIM, 2008) Sendo assim, passamos à consecução do objetivo (d), a saber: a relação entre os projetos formativos e os princípios do SUS.

Finalmente, num movimento de confronto e reconstrução de relações entre os objetivos anteriores e este último, passamos ao penúltimo objetivo específico da pesquisa, de identificar as concepções ético-políticas e pedagógicas que fundamentam a oferta dos cursos em saúde, à luz do confronto entre as pedagogias críticas e não críticas, particularmente na história da educação profissional em saúde. Tomaremos como base a metodologia seguida em nossa pesquisa sobre a concepção das ETSUS. (RAMOS, 2010)

Realizamos entrevistas com coordenadores de curso ou equivalente, a fim de identificar dimensões das concepções e práticas pedagógicas não manifestáveis nos questionários. A análise das entrevistas foi feita com base na técnica de análise de conteúdo. (BARDIN, 2007) Todas foram gravadas e transcritas literalmente, constituindo-se, assim, no material analisado. Feita a leitura flutuante e a formação do *corpus*, definimos as regras de recortes do material.

As unidades de registro (UR), definidas por Bardin (2007, p. 98) como “a unidade de significação a codificar e correspondente ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial”, foram definidas por palavras/expressões que depuserem sobre concepções ético-políticas, epistemológicas e pedagógicas presentes nos textos das entrevistas.

Quanto à unidade de contexto (UC), a autora citada define que esta “serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às da unidade de registro) são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registro”. (BARDIN, 2007, p. 100) Procuramos fazer com que os entrevistados se manifestassem sobre os seguintes temas: concepção política, epistemológica e pedagógica declarada no PPP e/ou planos de curso; compreensões sobre saúde; compreensões sobre o trabalho e sobre o trabalho em saúde; finalidade da formação realizada e relação com as motivações da oferta; perspectivas metodológicas adotadas; características da relação professor-aluno; dinâmicas da relação entre teoria e prática; sentido com que selecionam e abordam os conteúdos de ensino.

As declarações dos entrevistados sobre esses temas se constituem em unidades de contexto, nas quais localizamos as UR, passando a registrar sua ocorrência em uma matriz de contingência. As frequências de ocorrências totais e por UC forneceram os elementos de interpretação e de conclusão acerca das concepções ético-políticas e epistemológicas presentes na relação entre proposta pedagógica, trabalho e à saúde.

Os resultados da análise de conteúdo foram discutidos tendo como referência as categorias do método dialético – totalidade, historicidade e contradição – que constituem nosso polo epistemológico; e as categorias específicas, que constituem nosso polo teórico, a saber: a práxis educativa, que nos permitirá identificar o quanto as concepções se baseiam no pragmatismo e/ou tecnicismo (a teoria valida a prática; ênfase na experiência) ou no pensamento histórico-dialético (a teoria forma uma unidade; ênfase na práxis); trabalho como princípio educativo (atividade laborativa e mediação fundamental da produção da existência); determinação social da relação saúde-doença (a saúde humana é determinada pelas relações sociais de produção), considerando que a organização dos serviços e do trabalho em saúde expressam a concepção de saúde (a perspectiva da determinação social em confronto com o determinismo social e/ou com o paradigma biomédico).

1.1 A Educação Profissional e Educação Profissional em Saúde no Brasil no período de 2010 a 2018: um panorama a partir de dados estatísticos.

Abordaremos neste item o estudo quantitativo sobre a oferta da educação profissional e da educação profissional em saúde no Brasil, tomando, inicialmente, dados antes apresentados em projeto anterior de pesquisa, relativos ao período de 2003 a 2013. Seguiremos, então, para o período compreendido pelo presente estudo, que demarca particularmente o cenário de 2010 a 2018. Um ano relevante para as análises é 2014, pois a partir dele o atual Plano Nacional de Educação entra em vigor. A demonstração mais contundente a que chegamos refere-se à inexecutabilidade da meta 11. Vemos o quanto significativo foi o aumento de cursos e matrículas exatamente até 2014, mas, diferentemente do que deveria ocorrer, tem-se uma relativa estabilidade seguida de queda, chegando-se assim, em 2018, em patamar equivalente ao que identificamos em 2010.

1.1.1 Antecedentes: passos da expansão pública de 2003 a 2013

Durante os anos de 1990 aos 2000, grande parte da oferta da Educação Profissional no Brasil foi assumida pela sociedade civil, principalmente por adesão ao

Programa de Expansão da Educação Profissional – PROEP, do Ministério da Educação. De fato, os dados do Censo de 2003 demonstraram que a oferta de educação profissional pelo setor privado àquela época correspondia a 55%, superando, então, a oferta pública. (INEP, 2003) Porém, entre 2011 e 2013, a oferta nessa esfera caiu para 53%. (INEP, 2014) Contribuiu para este índice a predominância das redes federal, estadual e municipal na oferta da educação profissional integrada ao ensino médio (92% ao todo nos três anos), ao passo que a educação profissional não integrada ao ensino médio continuou sendo ofertada predominantemente pela esfera privada (56,3% em 2011; 57% em 2012; 60,3% em 2013).

A mudança deste quadro, vista a partir da política do governo federal, se deve à tentativa de se reconstruir esta política pública, a partir de 2003, pelo menos nos seguintes sentidos: a) revogar o decreto n. 2.208/97, restabelecendo a possibilidade de integração curricular dos ensinos médio e técnico, de acordo com o que dispõe a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB); b) expandir a educação profissional e tecnológica na esfera pública, com recursos públicos.

O primeiro propósito levou à exarcação do decreto n. 5.154/2004, cujo conteúdo foi incorporado à LDB pela Lei n. 11.741/2008⁴, com o princípio de que a educação dos trabalhadores voltada para o exercício do trabalho é indissociável da sua educação básica. O segundo ocorreu com a aprovação da Lei n. 11.195/2005, que alterou o § 5º. artigo 3º da Lei 8.948/94. Trata-se, na verdade, da *alteração de uma alteração* que a Lei n. 9.649/98 fez na lei de 1994, com a inclusão, nesta última, de um parágrafo determinando que a expansão da oferta de educação profissional, mediante a criação de novas unidades de ensino por parte da União, seria feita “somente” em parceria com Estados, Municípios, Distrito Federal, setor produtivo ou organizações não-governamentais, que se responsabilizariam pela manutenção e gestão dos novos estabelecimentos de ensino. A Lei n. 11.195/2005 trocou o “somente” por “preferencialmente”.

Mesmo sendo uma alteração sutil, abriu-se, naquele momento, um novo ciclo da política de educação profissional, pois o entrave à expansão da rede federal com recursos

⁴ A Lei n. 11.741/2008 inclui na LDB a seção IV-A e os respectivos artigos que vão de 36-A a 36-D, que versa sobre a Educação Profissional Técnica da Nível Médio, consolidando o que havia sido conquistado pelo Decreto n. 5.154/2004, que foi a articulação e, mais especificamente a possibilidade de integração com a educação profissional, na seção V e amplia o conceito desta última para Educação Profissional e Tecnológica, ao revisar o capítulo III. Essas medidas seguiram o princípio de que a educação dos trabalhadores voltada para o exercício do trabalho é indissociável da sua educação básica.

públicos foi retirado. Na esteira dessas mudanças, ao final de seu primeiro mandato (2003-2006) o governo de Luís Inácio Lula da Silva lançou Plano de Expansão da Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, que seria dividido em duas fases, com investimento total de R\$ 1,1 bilhão. Um balanço oficial (BRASIL.MEC.SETEC, 2012) do governo informa que, entre 2003 e 2010, o MEC teria entregado à população as 214 unidades federais previstas, além de ter federalizado outras existentes, possivelmente construídas no contexto do Proep⁵. No triênio de 2011 a 2013, o número total de matrículas da educação profissional técnica de nível médio, incluindo a integrada ao ensino médio, cresceu em 20% nesta rede (BRASIL. INEP, 2014).

Além da expansão da Rede Federal, a política de educação profissional nos visou atender também as redes estaduais de educação profissional e tecnológica, mediante o programa Brasil Profissionalizado⁶. Conforme artigo 1º. do decreto que o instituiu, o programa visaria a estimular o ensino médio integrado à educação profissional, enfatizando a educação científica e humanística, a articulação entre formação geral e educação profissional no contexto dos arranjos produtivos e das vocações locais e regionais, mediante assistência financeira que receberiam a partir de convênios com o MEC. Para tal, Estados, o Distrito Federal e Municípios deveriam aderir formalmente ao Plano de Metas Compromisso Todos pela Educação⁷.

O relatório de gestão da SETEC de 2011 informa que, ao final de quatro anos de existência (2008 a 2011), este programa ultrapassou a meta inicial de R\$ 900 milhões em recursos para chegar ao valor de R\$ 2 bilhões efetivamente conveniados em assistência aos estados. Destacam os convênios de 201 novas escolas e de 546 ampliações e reformas

⁵ Relatório de Gestão da SETEC de 2013 (BRASIL. MEC. SETEC, 2014) informa a existência, ainda, de 37 instituições de ensino do segmento comunitário em supervisão continuada pelo MEC. Isto significa que essas são acompanhadas em relação à oferta de 50% de gratuidade de seus cursos oferecidos. Este acompanhamento é realizado a partir do Sistema Nacional de Informações da Educação Profissional e Tecnológica (SISTEC). Dessas 37, 10 escolas são de responsabilidade do SENAI.

⁶ Instituído pelo Decreto n. 6.302, de 12 de dezembro de 2007.

⁷ Instituído pelo Decreto n° 6.094, de 24 de abril de 2007, este constituiu-se num instrumento de colaboração entre União, Municípios, Distrito Federal e Estados, com a participação das famílias e da comunidade, para a implementação de programas e ações de assistência técnica e financeira, visando a mobilização social pela melhoria da qualidade da educação básica. A adesão de cada ente federativo ao Compromisso seria voluntária e implicaria a assunção da responsabilidade de promover a melhoria da qualidade da educação básica em sua esfera de competência, expressa pelo cumprimento de meta de evolução do IDEB, observando-se as vinte e oito diretrizes relacionadas no art. 2º do decreto. O convênio firmado entre a União e o ente apoiado teria como base o Plano de Ações Articuladas (PAR) do qual constariam, a partir do respectivo diagnóstico da educação básica, um conjunto de ações a serem apoiadas técnica e financeiramente pela União, a fim de se cumprirem as metas do Compromisso, cujo indicador seria o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB).

em unidades educacionais estaduais de educação profissional além de, aproximadamente, R\$ 180 milhões em recursos pedagógicos. Ademais, mediante assistência técnica, 1000 profissionais de EPT estavam em curso de formação em 2011, sendo previstas mais 200 vagas para 2012. (BRASIL.MEC.SETEC, 2012)⁸.

Quanto às matrículas, temos que, em quatro anos, dobrou o número total da educação profissional nos estados, incluindo a integrada ao ensino médio. A forma integrada foi a que mais contribuiu para este aumento, tendo quadruplicado neste mesmo período. Se, em 2007, esta forma não passava dos 20% da oferta da educação profissional nos estados, nos anos posteriores chegou ao patamar dos 50%. Também a média de 50% passou a ser a participação dos estados na oferta da forma integrada. Em toda a educação profissional, a participação dessas redes subiu em 8 pontos percentuais desde 2003, ficando em 34% em 2013. (BRASIL. INEP, 2014)

Também merece destaque o programa de Educação Profissional a Distância. Este programa foi lançado em 2007 como Escola Técnica Aberta do Brasil⁹ e revisto em 2011, ao se instituir a Rede e-Tec Brasil¹⁰. Seu objetivo é oferecer, pública e gratuitamente, a educação profissional e tecnológica na modalidade à distância, em regime de colaboração entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios. O MEC é responsável pela assistência financeira na elaboração dos cursos. A esses entes cabe providenciar estrutura, equipamentos, recursos humanos, manutenção das atividades e demais itens necessários para a instituição dos cursos.

Consta do relatório de gestão da SETEC de 2011 (BRASIL. MEC. SETEC, 2012) que, até agosto de 2010, foram implantados 291 polos em 20 estados, totalizando 23.844 alunos matriculados em 48 cursos. Em 2011 foram implantados 543 polos em 26 estados e distrito federal, totalizando 75.364 alunos matriculados em 48 cursos. Levantamento feito por Urbanetz (2014) demonstra que 32 Institutos Federais ofertam cursos técnicos na modalidade a distância pela Rede e-Tec Brasil. Em 2013 tínhamos o seguinte quadro de oferta segundo os eixos tecnológicos: Ambiente e Saúde; 7 Cursos em 17 Institutos; Controle e Processos Industriais: 6 Cursos em 5 Institutos; Desenvolvimento Educacional

⁸ Na apresentação do programa que consta do portal do MEC afirma-se que até 2014, o programa conveniará recursos da ordem de R\$ 1,8 bilhões aos estados e municípios que ofertam educação profissional no país. http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12325&Itemid=663. Consulta em 02/04/014. Poder-se-ia dizer que, desde a sua vigência até este ano (2008 a 2019) o total de recursos conveniados seriam de 3,8 bilhões de reais?

⁹ Decreto n. 6.301, de 12/12/ 2007

¹⁰ Decreto n. 7.589, de 26/10/2011.

e Social: 4 Cursos em 10 Institutos; Gestão e Negócios: 7 Cursos em 20 Institutos; Informação e Comunicação: 6 Cursos em 17 Institutos; Infraestrutura: 1 Curso em 4 Institutos; Produção Alimentícia: 2 Cursos em 3 Institutos; Produção Cultural e Design: 1 Curso em 1 Instituto; Produção Industrial: 3 Cursos em 3 Institutos; Recursos Naturais: 7 Cursos em 7 Institutos; Segurança: 1 Curso em 10 Institutos; Turismo, Hospitalidade e Lazer: 4 Cursos em 10 Institutos.

Essas ações constituíram uma política pública de educação profissional e tecnológica bastante distinta das tendências fragmentadas e focalizadas que caracterizaram o período FHC. Podemos perceber que essas políticas implicam as redes federal, estadual e municipal, atingindo, então, a totalidade do sistema público que atua na educação profissional. Além disto, vêm acompanhadas de documentos que dispõem sobre princípios e diretrizes para as ações políticas e pedagógicas realizadas sob a sua égide¹¹.

A partir de 2013 tais ações foram unificadas no Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e ao Emprego (Pronatec), instituído pela lei n. 12.513/2011¹², com o objetivo de “expandir, interiorizar e democratizar a oferta de cursos de Educação Profissional e Tecnológica para a população brasileira”. O Pronatec é composto, então, das seguintes ações: (i) expansão da Rede Federal de EPT; (ii) Bolsa-Formação Estudante e Trabalhador, esta última nas modalidades Seguro-Desemprego e Inclusão Produtiva; (iii) FIES Técnico Estudante e Empresa; (iv) E-TEC Brasil; (v) Brasil Profissionalizado; (vi) continuidade do Acordo de Gratuidade Sistema S; e (vii) ampliação da Capacidade do Sistema S.

Dentre essas ações, a que interessa diretamente a esta pesquisa é a expansão da rede federal. Entretanto, uma análise que se orienta pelo princípio da totalidade histórica,

¹¹ No caso do modelo Instituto Federal encontram-se dois documentos sobre concepção e diretrizes (BRASIL. MEC, 2008; 2010). Disponíveis, respectivamente, em <portal.mec.gov.br/index.php?Itemid&gid=6691&option=com.> e <http://redefederal.mec.gov.br/expansao-da-rede-federal> Consultados em 02/04/2014. No caso do Brasil Profissionalizado tem-se um documento base (BRASIL. MEC. SETEC, 2007). Uma análise sobre o desencontro entre princípios avançados que se encontram nesses documentos e os rumos objetivos da educação profissional no Brasil podem ser encontrados em texto de Frigotto, Ciavatta e Ramos (2014).

¹² Institui o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec); altera as Leis no 7.998, de 11 de janeiro de 1990, que regula o Programa do Seguro-Desemprego, o Abono Salarial e institui o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), no 8.212, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre a organização da Seguridade Social e institui Plano de Custeio, no 10.260, de 12 de julho de 2001, que dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior, e no 11.129, de 30 de junho de 2005, que institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem); e dá outras providências.

nos levará a discutir essa ação em relação com as demais. Assim, interessa-nos salientar que em 2012, este programa teria abrangido 2,5 milhões de matrículas e, até 2014 previa-se a oferta de 8 milhões de vagas em todo o país.

Relatório de gestão da SETEC de 2013 (BRASIL. MEC.SETEC, 2013) demonstra que, entre 2011 e 2013 foram ofertadas o total de 2.854.208 vagas pelo Pronatec, sendo 766.580 para cursos técnicos e 2.087.628 vagas para cursos Fic (incluindo todos os subprogramas do Pronatec: Bolsa Formação, Brasil Profissionalizado, e-Tec, Acordo Sistema S e Rede Federal de EPTC, no caso dos cursos técnicos; e Bolsa Formação e Acordo Sistema S para os Fic). Para 2014 foi previsto um total de 3.104.936 vagas, sendo 897.643 para os cursos técnicos e 2.207.293 para os cursos Fic.

Os dados nos mostram que o Programa, em 2014, pode ter chegado perto de 40% da meta prevista, na proporção de 29% de vagas para cursos técnicos e 71% para cursos Fic. A expansão a oferta de cursos técnicos, não tem ocorrido na forma integrada, pois, enquanto as matrículas dos cursos concomitantes e subsequentes cresceram em 7% de 2011 para 2012 e, no ano seguinte, em 37%, chegando-se a 1.102.661 em 2013, no caso da educação profissional integrada ao ensino médio, a evolução nos mesmos períodos variou somente para 15 e para 13 pontos percentuais, totalizando, em 2013, 338.390 matrículas¹³. (idem)

Ainda que a expansão da formação inicial e continuada de trabalhadores pareça ser a prioridade da política de educação profissional e tecnológica nesse período, em detrimento da formação técnica de nível médio, é importante o fato de que é esta a forma de oferta que ocorre predominantemente na esfera pública (92%). Ao contrário, a expansão de cursos técnicos concomitantes e subsequentes concentram-se na esfera privada (60,3%) (BRASIL. INEP, 2014). A presença das redes privadas na oferta de cursos Fic também é significativa, uma vez que aproximadamente a metade é apoiada pelo Bolsa-Formação (a outra está no acordo Sistema S), e recursos do Pronatec podem ser transferidos para instituições dessas redes.

De fato, estudo concluído recentemente (FRIGOTTO, et. al., 2015)¹⁴ mostra que, em 2012 a oferta da Educação Profissional Técnica de Nível Médio subsequente e

¹³ O quadro de expansão de matrículas dos cursos técnicos (considerando as formas subsequente, concomitante e integrada ao ensino médio), no triênio de 2011 a 2013, é o seguinte: 1.250.900 matrículas em 2011, 1.362.200 matrículas em 2012 e 1.441.051 em 2013. (BRASIL. INEP, 2014)

¹⁴ Referimo-nos aos resultados da pesquisa “Ofertas formativas e características regionais: a educação básica de nível médio no Estado do Rio de Janeiro”, apoiada pela Faperj, mediante aprovação pelo Edital

concomitante na dependência federal cai, respectivamente em 7,6% (passa para 28,7%) e em 11,2% (passa para 11,4%) enquanto a de integrado aumenta em 20,2 pontos percentuais (passa para 53,9%), se tornando assim a forma predominante de oferta nesta rede. Tal inversão também ocorre na dependência estadual: o integrado se torna predominante com 42%, contra 35,4% do subsequente e 19% do concomitante. Vê-se que a queda mais significativa é no concomitante (-17,1%) e não no subsequente; porém, o aumento do integrado é de 15 pontos percentuais.

1.1.2. A educação profissional no Brasil de 2010 a 2018 e as metas do Plano Nacional de Educação.

A partir de 2014, com a aprovação do Plano Nacional de Educação (2014-2024), houve a expectativa de se triplicar as matrículas da educação profissional técnica de nível médio no período, assegurando a qualidade da oferta e pelo menos 50% da expansão no segmento público, conforme enunciado pela meta 11. A relação desta meta com as determinações da Lei n. 11.892/2008¹⁵ nos permitiram supor que a política de expansão da educação profissional teria a rede federal como um *locus* privilegiado, pois o artigo 8º. desta lei prevê que os Institutos Federais (IF) garantam o mínimo de 50% (cinquenta por cento) de suas vagas aos cursos de educação profissional técnica de nível médio, prioritariamente na forma de cursos integrados, para os concluintes do ensino fundamental e para o público da educação de jovens e adultos. Isto converge, ainda, com a estratégia 7 da meta 3 do PNE, relativa ao ensino médio, que prevê fomentar a oferta das matrículas gratuitas de ensino médio integrado à educação profissional¹⁶.

Apresentamos os dados quantitativos da oferta da educação profissional técnica de nível médio no período estudado. Os dados foram produzidos a partir da consulta do Censo Educacional/INEP, no período de 2010 a 2018, trabalhando os microdados no *software* SPSS. Organizamos as tabelas por oferta de cursos e matrículas. Primeiramente,

29/2012 - Apoio à Formação e Consolidação de Grupos de Pesquisa Multi-Institucionais e Interdisciplinares/2012.

¹⁵ Lei de 29/12/2008, que instituiu a Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica e criou os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia (IF).

¹⁶ A tempo em que é positiva esta estratégia, deve-se notar um equívoco conceptual ao não se observar que a educação profissional é que deve se integrar ao ensino médio e não ao contrário. Nessa estratégia não se diz que a expansão deva ser na esfera pública. Pelo fato de o parágrafo 4º. do artigo 5º. do Plano considerar o ‘investimento total na educação’ – isto é, não só os previstos constitucionalmente, mas aplicados em programas – recursos públicos poderão ser transferidos a instituições privadas, visando a oferta de matrículas gratuitas. Nesses termos, infelizmente, a oferta gratuita de matrículas não é sinônimo de expansão da oferta pública.

este levantamento foi feito para toda a educação profissional e, posteriormente, de cursos do eixo Ambiente e Saúde descritos no Catálogo Nacional de Cursos Técnicos.

Apêndice A.2.1:

<https://drive.google.com/file/d/1dsjzOirsHH6XRJvFaa5TPdU0bVj9bXNY/view?usp=sharing>

[Tabela 1. Número de cursos educação profissional entre os anos de 2010 e 2018](#)

[Tabela 2. Número de matrículas educação profissional entre os anos de 2010 e 2018](#)

[Tabela 6. Matrículas por esfera administrativa na educação profissional entre os anos de 2010 e 2018](#)

[Tabela 13. Matrículas por modalidade de Oferta, em todos os eixos, entre os anos de 2010 e 2018](#)

Em 2010 foram oferecidas no Brasil 19.223 cursos de educação profissional e tecnológica. Em 2018, esse número era de 32.282. Comparando 2010 a 2018, observa-se um crescimento na oferta de cursos de 13.059, ou seja, uma ampliação de aproximadamente 67,9%.

Em relação ao número de matrículas, também temos um crescimento, pois em 2010 havia 910.388 alunos matriculados em cursos da educação profissional e tecnológica e em 2018 esse quantitativo era de 1.790.144. Trata-se de um aumento de 879.756 matriculados em relação a 2010, ou de 97% em relação aos números originais. Porém, os períodos de 2010 a 2014 e de 2014 a 2018 não são equivalentes. O ano de 2014 representa um pico da curva de matrículas, registrando-se 460.507 matrículas a mais do que em 2010, quando o PNE ainda não estava aprovado. Enquanto no intervalo dos quatro anos que vai de 2010 a 2014 houve, em média, acréscimo de 115.127 matrículas ao ano¹⁷, o crescimento ao longo de 2014 a 2018 é de 41.258 matrículas a menos do montante do quadriênio anterior¹⁸, com média de crescimento anual de 104.812 matrículas.

Portanto, em quatro anos de vigência do PNE, tem-se um aumento de 30,6% de matrículas; em média 7,6% ao ano. Desta forma, em dez anos o número de matrículas seria aproximadamente 76% maior do que o de 2014; ou seja, não se conseguiria sequer duplicar a quantidade de matrículas em dez anos.

O cumprimento da meta 11, triplicando-se os números de 2014, levaria a 4.112.685 matrículas em 2024. De 2019 ao fim da vigência do PNE seriam necessárias mais 2.322.541 novas matrículas, o que implicaria um aumento médio anual de 464.508, sendo 50% (232.254) na esfera pública. Isto é muito superior ao que se verificou nos oito

¹⁷ Aumento de 13.972 matrículas de 2010 para 2011; de 70.117 matrículas de 2011 para 2012; 37.627, de 2012 para 2013; e um salto de 338.791 matrículas, de 2013 para 2014.

¹⁸ A diferença de matrículas de 2010 para 2014 é de mais 460.507, enquanto de 2014 para 2018 somam-se 419.249.

anos estudados, pois o número mais próximo a este patamar é visto somente em 2016 (mais 195.151 da esfera pública em relação ao ano anterior).

Os 50% da ampliação total do número de matrículas no segmento público, previstos pela meta 11 do PNE, corresponderia a 2.056.343 matrículas, o que acabamos de constatar como uma realização pouco provável. Porém, este percentual de participação da esfera pública no aumento de matrículas da educação profissional técnica de nível médio, mesmo que a meta global ainda seja distante, não é desproposital. Vimos que o aumento total de matrículas no período de 2014 a 2018 foi de 419.249 (saltou de 655.073 para 1.040.758). O segmento público foi responsável por 91,3% deste aumento. Portanto, mesmo que na esfera privada se veja um aumento de 47% em relação aos seus próprios números nesse quadriênio, ela participou do aumento global de matrículas somente com 8,7% e, em dois momentos, 2015 e 2017, ela chegou a perder matrículas. Por esse aumento, a rede federal responsabilizou-se por 128.129 matrículas (30%, sendo 54,5% em relação aos seus números originais); a estadual, por 253.992 (60% de participação no aumento global de matrículas e 64% dos seus números); e a municipal com 3.564 (0,85% e 16% de seu patamar no quadriênio).

De fato, uma projeção utilizando-se o Modelo ARIMA (1,1,1) (GUJARATI e PORTER, 2008; HYNDMAN et. al., 2020), tomando como base 2010, prevê um aumento para 2024, de 62,6% no segmento público e de 35,4% no privado.

Apêndice A.2.4:

<https://drive.google.com/file/d/1yyggNI6YOcrAZk160Yemer7JrhPIQzPq/view?usp=sharing>

Retomando uma importante questão da pesquisa, que é saber que redes públicas (federal, estadual e municipal) têm contribuído para a expansão da oferta da educação profissional técnica de nível médio em geral. Os números obtidos até o momento nos mostram que, no âmbito da meta 11, esfera estadual se destaca em primeiro lugar, pois esta figura com o maior número absoluto de matrículas em todo o período de 2010 a 2018; é a que tem apresentado maior índice de crescimento, principalmente no quadriênio de 2014 a 2018 e, neste, é a que responde mais pela ampliação de matrículas no segmento público.

Podemos tecer comentários relativos às outras duas metas do PNE afins a este estudo. Lembremos que a de número 3 prevê elevar, até 2024, a taxa líquida de matrículas no ensino médio para 85%, enquanto a respectiva estratégia sete, propõe fomentar a oferta das matrículas gratuitas de ensino médio integrado à educação profissional. Não foi nosso

propósito perquirir a respeito da taxa líquida de matrículas no ensino médio. Mas foi possível observar o movimento da oferta da forma integrada da educação profissional ao ensino médio regular e à EJA.

A forma integrada da educação profissional ao ensino médio regular tende a ser predominante, com crescimento nas três redes públicas no período estudado. Na rede privada há certa oscilação, com queda tanto no intervalo de 2010 a 2018 quanto no quadriênio 2014 a 2018. Nessa esfera a ênfase está na forma subsequente. Pudemos constatar mais uma vez a importância das redes estaduais para a forma integrada, ainda que se identifiquem números importantes da forma subsequente, maior do que a integrada eventualmente na esfera estadual, e constantemente na esfera privada.

Salvo em situações pontualmente identificadas, as redes estaduais são responsáveis pelo maior quantitativo das matrículas da educação profissional nas formas de oferta integrada ao Ensino Médio tanto “regular” quanto à EJA presencial e semipresencial em relação às demais esferas (federal, municipal e privada). Apenas nas formas concomitante e subsequente, o segmento privado tende a ser mais presente, aí se concentrando sua atuação na educação profissional técnica de nível médio.

No período de 2010 a 2018, tivemos um aumento de 116.096 matrículas no ensino médio integrado “regular” na rede federal, e 110.126 matrículas totais na forma integrada (EM regular e EJA). Na esfera estadual esse aumento foi maior: 177.411 matrículas do EM integrado e 182.726 contando o EM integrado regular e EJA. Os números da série 2010-2018 nos mostram que houve queda no EJA integrado de 5.970 matrículas no federal. De fato, a partir do ano 2015, na rede federal a EJA semipresencial integrada deixa de ter registro, enquanto a EJA integrada presencial sofre queda gradativa. Já na esfera estadual, tem-se um aumento em EJA de 5.315 matrículas.

No quadriênio de vigência do PNE englobado por este estudo (2014 a 2018), o aumento de matrículas na rede federal é de 64.778 no ensino médio integrado regular. Mas a queda em EJA é substantiva, tendo havido a perda de 3.487 matrículas dessa modalidade.

Na esfera estadual, nesse período, verifica-se um aumento de 86.075 matrículas do ensino médio integrado regular e de 92.033 matrículas totalizando o integrado regular com a EJA integrada. Ou seja, a EJA integrada recebeu, nesse período e nessa esfera, novas 5.958 matrículas.

Podemos concluir sobre a tendência de aumento da oferta integrada da educação profissional ao ensino médio, mais coerente com a estratégia sete da meta três, ainda que esta não tenha sido quantificada pelo PNE. O quantitativo referente a EJA, por sua vez, na meta 10, traz 25% de elevação esperada de matrículas na forma integrada tanto no ensino fundamental, quanto no ensino médio. Neste estudo não fizemos o levantamento de matrículas totais na EJA, para que pudéssemos verificar o percentual referente ao menos à forma integrada da educação profissional ao ensino médio nessa modalidade, dados dos quais dispomos. Entretanto, foi possível verificar, mais uma vez, a relevância das redes estaduais, como afirmamos, pois é nesta que verificamos matrículas em toda a série histórica estudada. Por ora podemos sinalizar para dificuldades no cumprimento também da meta 10 do Plano Nacional de Educação.

1.2. A Educação Profissional em Saúde e a participação da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica de 2010 a 2018.

As instituições da rede federal de educação profissional e tecnológica se caracterizaram, historicamente, pela oferta de cursos para profissões industriais. A formação de trabalhadores técnicos de saúde, por sua vez, se realizou principalmente em escolas das redes municipais e estaduais, em escolas privadas – incluindo o SENAC – e nas ET-SUS.

Vieira e. al. (2013) analisam a dinâmica da formação técnica em saúde no Brasil na primeira década dos anos 2000. Em 1999, de acordo com o Censo educacional, a formação técnica de nível médio em saúde representava 11% do total de matrículas da educação profissional. Manifesta-se a predominância do setor privado (responsável por 62% da formação técnica de nível médio em saúde nesse ano)¹⁹, com aumento substantivo na década (em 2009 menos de um quarto – 24,7% - dos matriculados estavam em escolas técnicas públicas). As autoras reiteram o que constatamos em estudos e pesquisas (PEREIRA e RAMOS, 2006; RAMOS, 2010)²⁰; ou seja, a formação técnica em saúde, no Brasil, como política pública – diferentemente da formação para a indústria, que foi preocupação do Estado desde o início do século – começa a tomar corpo nos anos de 1980, no contexto da Reforma Sanitária, com o Projeto Larga Escala. Tanto que o

¹⁹ Os autores mostram que, no total da educação profissional de nível técnico, naquele mesmo ano, 44% das matrículas eram de responsabilidade do setor privado.

²⁰ Gênese e história das ET-SUS são analisadas em Ramos (2010), obra resultante de pesquisa realizada no período de 2007 a 2009, com apoio do CNPq.

relatório da I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde ressalta que o setor educacional – pela pequena oferta de vagas, pela inadequação curricular e por sua lógica privatizante – não vinha respondendo às necessidades de profissionalização em saúde. (Brasil/MS, 1986, p. 23).

Assim, também diferentemente da formação para os setores primário e secundário da economia, as reformas privatizantes da educação profissional que ocorreram na década de 1990 não implicaram, na área da saúde, a necessidade de estrangulamento da instância pública. Ao contrário, foi suficiente não a expandir e incentivar a ampliação da oferta privada. Desse modo, enquanto a matrícula nas escolas públicas que ofereciam formação técnica em saúde permaneceu abaixo de 40.000 alunos desde 1999 até 2005, as escolas privadas, que em 1999 já contavam com mais de 50.000 matriculados, passaram a contar, em 2005, com quase 200.000 alunos e continuaram crescendo significativamente mais do que o setor público até o final da década estudada.

Outro fato destacado pelos autores é o significativo crescimento das matrículas na saúde, comparativamente aos outros setores. Enquanto esta quadruplicou entre 1999 e 2009, a matrícula total, no mesmo período, torna-se cerca de uma vez e meia maior. Uma possível explicação para o fato, por eles aventada, seria a correspondência com a criação mais acelerada de postos de trabalho no setor de serviços durante o período, com destaque, além da educação, para a área de saúde.

O estudo realizado por FRIGOTTO et. al. (2015) demonstra que, no Brasil, entre 2007 e 2012, os cursos de educação profissional mais oferecidos estavam no eixo Ambiente e Saúde. Em coerência com a tendência demonstrada por Vieira et. al., enquanto em 2007 predominava a oferta privada de cursos neste eixo, (20,9% público e 79,1% privado), em 2012, verifica-se um aumento da oferta pública em todos os eixos. No eixo Ambiente e Saúde a oferta pública passa para 30,6% e a privada para 69,4%. Ao demonstrarmos a variação histórica da oferta de cursos de educação profissional entre 2010 e 2018, também confirmamos a tendência de crescimento, no quadriênio 2010-2014. Neste item veremos o que ocorre especificamente com o eixo Ambiente e Saúde nesse período.

Ainda que não seja sua tradição, a rede federal tem ampliado sua atuação para a área da saúde, principalmente a partir da política de implantação dos Institutos Federais (2008) e do Pronatec (2011). Um dado importante a esse respeito foi a Portaria conjunta MEC/MS n. 3/2011, que instituiu, no interior da Comissão Interministerial da Gestão do

Trabalho e da Educação na Saúde, no âmbito dos Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC), a Subcomissão de Educação Profissional de Nível Médio para a Saúde²¹. Significativos são os seguintes depoimentos, obtidos na mesma fonte, daquelas que, à época, exerciam funções de coordenação em instâncias dos respectivos ministérios afetos ao tema nos respectivos ministérios

Com o avanço da educação profissional técnica de nível médio, nós sentimos que seria importante instituir uma subcomissão para debater assuntos que são de interesse dos dois ministérios, mas, em particular, são de interesse da própria sociedade brasileira que quer a qualidade na formação de profissionais de nível médio para a área. (Clarice Ferraz, coordenadora de Ações Técnicas do Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - Deges/SGTES/MS, em 2011)

Nós temos grandes desafios para a implantação do Pronatec, e um dos principais é consolidar um número maior de matrículas gratuitas nos cursos da área da saúde. Hoje, a oferta privada na área é muito alta, a maior dentre todos os cursos técnicos. Nesse sentido, o trabalho desse grupo vai ser fundamental para a identificação das demandas dos estados, dos municípios interior, e também para a ampliação da participação da Rede Federal, que tem muita tradição em cursos vinculados à indústria e à área agrícola, mas poucos na área da saúde. (Simone Valdete, diretora de Políticas da Secretaria de Educação Científica e Tecnológica - Setec/MEC, em 2011)

Identificar e explicitar a possível ampliação da esfera pública neste campo, bem como as esferas concorrentes, além de mostrar dimensões da realidade educacional no país, torna-se material concreto para a disputa pela política pública em coerência com a luta pela educação e pela saúde como direitos. A pesquisa nos trouxe dados interessantes nesse sentido, os quais passamos a apresentar.

1.2.1 Resultados e discussão da oferta da Educação Profissional em Saúde pela Rede Federal

Selecionamos os cursos a serem estudados com base no Catálogo Nacional de Cursos Técnicos (MEC, 2016), do qual extraímos os cursos do eixo Ambiente e Saúde. Excluímos os cursos da área ambiental (Controle Ambiental, Meio Ambiente, Meteorologia e Reciclagem, além do curso de biotecnologia, tendo em vista que nos anos iniciais da análise ele não se encontrava no eixo ambiente e saúde). Trabalhamos, então, com 24 cursos da saúde, a saber: técnico em agente comunitário de saúde, técnico em análises clínicas, técnico em citopatologia, técnico em cuidador de idosos, técnico em enfermagem, técnico em equipamentos biomédicos, técnico em estética, técnico em farmácia, técnico em gerência em saúde, técnico em hemoterapia, técnico em

²¹ Informação disponível em <http://www.retsus.fiocruz.br/noticias/um-novo-forum-para-educacao-profissional-em-saude>. Consulta em 10/08/2015.

imobilizações ortopédicas, técnico em imagem pessoal, técnico em massoterapia, técnico em necropsia, técnico em nutrição e dietética, técnico em óptica, técnico em órteses e próteses, técnico em podologia, técnico em prótese dentária, técnico em radiologia, técnico em reabilitação de dependentes químicos, técnico em registros e informações em saúde, técnico em saúde bucal e técnico em vigilância em saúde.

Após a seleção dos cursos, utilizamos os microdados do Censo Escolar do INEP. Selecionamos os dados e utilizamos o software SPSS/IBM para filtragem e formatação das tabelas a serem analisadas. Para isto, os dados selecionados foram referentes ao número de cursos e de matrículas de educação profissional em saúde ofertados no país de 2010 a 2018, na rede privada e pública, nos âmbitos federal, estadual e municipal. Finalmente, filtramos os cursos e matrículas realizados estritamente pela Rede EPCT para análise.

Atualmente, trinta e oito (38) Institutos Federais, dois (2) Centros Federais de Educação Tecnológica (Cefets) e o Colégio Pedro II integram a Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica. Segundo dados da Plataforma Nilo Peçanha, referente ao ano de 2018 (Plataforma Nilo Peçanha, 2019), 647 campi compõem a Rede. Com uma oferta de 11.766 cursos e 45.486 professores. O gasto total no ano de 2018 foi de R\$ 16.531.953.129,00, um equivalente a R\$ 15.725,66 anuais por matrícula, R\$1.310,47 mensais por aluno. Segundo o Conselho Nacional das Instituições da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica (CONIF), na proposta de Matriz Orçamentária da Rede Federal para o próximo ano, para suprir as necessidades da rede serão necessários R\$ 4,5 bilhões (CONIF, 2019).

1.2.1.1 Dados de oferta de cursos de educação profissional em saúde.

Das 647 unidades que compõem a Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, 627 ofertam cursos técnicos, 215 ofertam cursos no eixo tecnológico ambiente e saúde, representando 7,5% da oferta de cursos da Rede EPCT em 2018. Dentre esses, 77 são do subeixo tecnológico – saúde, composto pelos cursos por nós estudados. Entre essas unidades, 10 ofertam cursos na modalidade integrado ao ensino médio.

Entre 2010 e 2016, 132 *campi* da rede EPCT ofereceram pelo menos um curso do eixo estudado, distribuídos pelos estados brasileiros Acre, Alagoas, Espírito Santo, Mato

Grosso, Rondônia e somente o estado de São Paulo não ofertava cursos do eixo da saúde pela Rede Federal de ensino. Sendo possível inferir uma redução de campi que ofertam cursos neste segmento em comparação com os dados de 2018.

Apêndice A.2.1.

<https://drive.google.com/file/d/1dsjzOirsHH6XRJvFaa5TPdU0bVj9bxNY/view?usp=sharing>)

[Tabela 18. Matrículas em saúde na esfera administrativa federal, por UF, segundo curso e estabelecimento de ensino entre os anos de 2010 e 2018](#)

Em 2010 todas as esferas administrativas – rede privada, estadual, municipal e federal – ofereciam 4.013 cursos de educação profissional em saúde. Em 2014, há um aumento de 1.476 cursos, comportamento compatível com o quadro de toda a educação profissional em geral. Porém, igualmente na educação profissional em saúde, o patamar atingido em 2018 não difere muito de 2014. Nesse último quadriênio também se vê um movimento mais instável no comportamento quantitativo da oferta de cursos. Constatamos que, de 2014 para 2015, o número de cursos em saúde ofertados em todas as redes sofre uma queda de 41 cursos (de 5489 para 5448). Comparando-se 2014 com 2016, a queda é maior (menos 164 cursos), compensada com um aumento de 219 no ano de 2017. No intervalo de 2014 a 2017, tem-se um aumento líquido de 55 cursos. Porém, em 2018, com 5374 cursos, apesar da ampliação de 33% em relação a 2010, tem-se uma perda de 115 cursos (-3%) em relação a 2014, ano de início da vigência do PNE.

Apêndice A.2.1:

<https://drive.google.com/file/d/1dsjzOirsHH6XRJvFaa5TPdU0bVj9bxNY/view?usp=sharing>

[Tabela 4. Número de cursos Ofertadas em educação profissional tecnológica em saúde entre os anos de 2010 e 2018](#)

Quando voltamos a análise para a oferta de cursos na Rede Federal, podemos observar que a referida rede, no ano de 2010, ofertava 93 cursos na área da saúde. Enquanto o número de cursos em saúde ofertados em todas as redes caiu de 2014 para 2015, na rede federal, no mesmo período, há um aumento de 91 cursos (75%), passando de 121 em 2014 para 212 em 2015.

Já no ano 2016, esse quantitativo passou a ser de 253. Houve uma ampliação de 172% em relação a 2010, um aumento em números absolutos de 160 cursos, muito mais significativo do que o aumento total. Este é o ano de pico do crescimento da oferta nos oito anos analisados.

Vimos que a queda total de oferta de cursos na área da saúde observada de 2014 para 2015 se repete em 2016, porém, em menor índice em um ano (-2%). A ela se

contrapõe a ampliação de 19% na rede federal. Entretanto, quando chegamos em 2017, o fenômeno se inverte. Enquanto na rede federal perdem-se 45 (-17%) cursos, o total ofertado em saúde em todas as redes amplia-se em 219 (4%) cursos.

Já em 2018 ambos os dados apresentam queda, sendo mais significativa a observada na rede federal: o total da oferta de cursos de educação em saúde cai 3% e a da rede federal, em 27%. Em números absolutos foram perdidos 170 cursos em toda a rede e 57 cursos na rede federal (de 208 cursos em 2017, tem-se 151 em 2018). Ou seja, em 2018, 33% dos cursos em saúde que deixaram de ser ofertados estão concentrados na rede federal. Esta, portanto, diminuiu sua participação na educação profissional em saúde que vinha se ampliando lentamente de 2010 a 2014, e significativamente de 2014 a 2016. Mostra-se, assim, que, tal como ocorreu com a educação profissional em geral, a ampliação da oferta em cursos de saúde não era um processo orgânico, nem em nível nacional, nem especificamente na rede federal. Reapresentamos a hipótese de que esses cursos foram impulsionados pelo PRONATEC e, com a redução do programa, todas as redes, mas especialmente a federal, volta ao mesmo padrão que vinha apresentando anteriormente.

A Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica tem seu pico de oferta da educação profissional em saúde, na série histórica, em 2016, ofertou 4,8% do total de cursos técnicos em saúde. Já em 2018, ela ofertou somente 2,8% regredindo a parâmetros que poderiam ser observados em 2014.

Apêndice A.2.1:

<https://drive.google.com/file/d/1dsjzOirsHH6XRJvFaa5TPdU0bVj9bxNY/view?usp=sharing>

[Tabela 5. Número de Cursos Ofertados na esfera federal em educação profissional tecnológica em saúde por curso entre os anos de 2010 e 2018](#)

[Tabela 6. 1 Comparativo de cursos ofertados de educação profissional tecnológica em saúde em todas as esferas e na esfera federal entre os anos de 2010 e 2018](#)

1.2.1.2. Dados de matrículas da educação profissional em saúde

Em 2010 a rede federal apresentava 5.692 matrículas em cursos da saúde. Tal como o comportamento da oferta de cursos, houve, em 2016, um pico de 14.143 matrículas, terminando a série histórica em 2018, com 9.174.

Conforme podemos observar na tabela 4, os dados de matrículas na educação profissional em saúde vêm mantendo um padrão de participação dos cursos de educação profissional em torno de 20 a 27% do total de matrículas. Entretanto, quando olhamos para a rede federal, observamos que sua participação na oferta desses cursos é pequena.

Em 2010, a rede federal apresentava 2% do total de matrículas em saúde, em 2015, pico de participação da rede, ela concentrava 6% das matrículas. É interessante observar que o pico de oferta de cursos ocorre em 2016, como demonstramos anteriormente; já o de matrícula, é em 2015. Finalmente, em 2018, último ano da série histórica, ela apresenta 2% (vimos que a participação da rede federal em número de cursos, no mesmo ano, foi de 2,8%). Embora a rede tenha aumentado em números absolutos suas matrículas, após o fenômeno 2015-2016, ela retorna ao padrão anterior de matrículas.

Apêndice A.2.1:

<https://drive.google.com/file/d/1dsjzOirsHH6XRJvFaa5TPdU0bVj9bxNY/view?usp=sharing>

[Tabela 7. Comparativo de matrículas em educação profissional, educação profissional em saúde e educação profissional em saúde na esfera federal, entre os anos de 2010 a 2018](#)

[Tabela 8. Número de matrículas e variação percentual da educação profissional tecnológica em saúde na esfera federal, por curso, entre os anos de 2010 e 2018](#)

[Tabela 11. Matrículas em cursos da educação profissional tecnológica em saúde por dependência administrativa entre os anos de 2010 e 2018](#)

[Tabela 11.1 Número absoluto de matrículas em cursos da educação profissional tecnológica em saúde por dependência administrativa entre os anos de 2010 e 2018](#)

[Tabela 11.2 Percentual comparativo de matrículas em cursos da educação profissional tecnológica em saúde por dependência administrativa entre os anos de 2010 e 2018](#)

Os dados nos mostram que em 2010 a esfera federal concentrava 2% das matrículas em educação profissional em saúde, padrão este que se ampliou entre 2015 e 2016, e em 2018 retornou aos 2% do período em que se iniciou esta análise.

Ao observarmos as matrículas nas outras esferas administrativas, identificamos que desde o início da série analisada, a rede privada de educação concentrou o maior percentual de matrículas em educação profissional em saúde, apresentando 70% do total de matrículas em 2010, ampliando este percentual até culminar com 79% do total de matrículas em 2018.

Embora os números absolutos de matrículas na esfera federal tenham se ampliado, quando comparados na série histórica, as matrículas da rede privada têm seu percentual elevado, o que reduz a participação na oferta de matrículas pelas demais esferas

A rede estadual inicia essa série histórica com 27% do percentual de matrículas em educação profissional em saúde, e termina em 2018 com 19%. A esfera municipal mantém os seus 1% em todo o período estudado. Os dados nos sugerem que tanto a esfera federal, quanto a esfera estadual perderam percentualmente matrículas no período estudado, enquanto a esfera privada manteve sua ampliação durante praticamente todo o período.

Importante destacar o fenômeno 2015 e 2016, em que a esfera federal tem ampliação, enquanto a esfera privada sofre uma redução de matrículas, nos sugerindo uma interligação do fenômeno, sendo necessários estudos posteriores para análise.

1.2.1.3. Dados sobre cursos ofertados:

Entre os cursos mais ofertados em 2018, nacionalmente, identificamos o Curso de Enfermagem (2497 cursos), seguido pelo Curso de Radiologia (514) e Análises Clínicas (422). Enquanto o Curso de Necropsia foi o menos ofertado no período em questão, com o total de 4 cursos.

Os cursos mais ofertados pela rede federal em 2018 foram de enfermagem (43), Análises Clínicas (22) e Nutrição e Dietética (13). Os cursos de óptica, órteses e próteses, podologia, imobilizações ortopédicas, hemoterapia e necropsia não apresentaram dados na rede federal durante toda a série histórica.

De 2010 a 2018, embora com variações, ampliação e queda, a rede federal tem mantido o padrão de cursos mais ofertados. Apenas em 2018 o curso de Nutrição e Dietética passa a ser um dos cursos mais ofertados pela rede, no lugar do curso de agente comunitário de saúde (13).

Devemos dar especial destaque para o curso de Agente Comunitário de Saúde, pois em 2014 eram ofertados 12 cursos, sendo que em 2015 passaram a ser ofertados 42 e, em 2016, 73. Trata-se de um aumento de seis vezes. O que teria levado o curso de Agente Comunitário de Saúde de um dos menos ofertados pela Rede Federal ao posto de mais ofertado na rede Federal em 2016, tornando a rede, no referido ano, a que concentrava a maior quantidade de cursos de Agente comunitário de Saúde?

Em 2010, a rede federal ofertou 9% dos cursos de agente comunitário de saúde, em 2016 a rede federal ofertou 69% dos cursos de agente comunitário de saúde, já 2018 a rede federal voltou a ofertar 8% dos cursos de agente comunitário de saúde.

Apêndice A.2.1:

<https://drive.google.com/file/d/1dsjzOirsHH6XRJvFaa5TPdU0bVj9bxNY/view?usp=sharing>

[Tabela 9. Número de matrículas na esfera federal da educação profissional tecnológica em saúde, por curso, entre os anos de 2010 e 2018](#)

[Tabela 10. Número de matrículas e percentual em cursos da educação profissional tecnológica de saúde por dependência administrativa entre os anos de 2010 e 2018](#)

[Tabela 12. Número de matrículas em cursos da educação profissional tecnológica de saúde por dependência administrativa e curso em 2018](#)

2. A oferta da educação profissional em saúde pela Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica a partir das próprias instituições.

Um dos objetivos específicos da pesquisa foi identificar motivações e condições que levaram as instituições da rede federal a ofertarem cursos técnicos em saúde. Para isto, aplicamos um questionário elaborado no *Google Forms*, a todos os Institutos Federais e respectivos *campi* que teriam ofertado a educação profissional em saúde no período de 2010 a 2018 conforme levantamento realizado a partir da base de dados do INEP/MEC.

Apêndice A.1.1:

<https://goo.gl/forms/EKhLmmX4GnnS2Tlx1>

Demonstramos que 77 unidades que compõem a Rede Federal de Educação Científica e Tecnológica ofertam cursos no subeixo Saúde, do eixo Saúde e Ambiente. Deste universo, obtivemos 39 respostas ao questionário.

Para composição do questionário definimos as seguintes perguntas norteadoras sobre os cursos técnicos em saúde:

- Quais os cursos oferecidos atualmente na instituição?
- Qual a carga horária total dos cursos?
- Qual a carga horária total dos estágios curriculares?
- Quais cursos já foram oferecidos, mas foram suspensos?
- Qual(is) o(s) motivo(s) da suspensão? (Apresente os motivos para cada curso)
- Como caracterizaria o modelo/tipo de currículo desenvolvido na instituição?
- Atualmente, a instituição oferece cursos de educação profissional técnica em saúde articulados ao ensino médio em qual/quais dos seguintes formatos?
- Quais os espaços de formação?
- Quais as motivações para a oferta dos cursos?
- Quais as dificuldades e oportunidades encontradas na implementação dos cursos?
- Qual o tempo médio de implantação do curso?
- Quais os campos de estágio mais utilizados?
- Os cursos oferecidos têm relação com as políticas de formação de trabalhadores da saúde?
- Quais as políticas de educação e de saúde têm relação com os cursos oferecidos?
- Qual o perfil dos estudantes?
- Qual a taxa média de abandono do curso?

- Quais os principais motivos de evasão?
- Quais as principais trajetórias dos estudantes pós conclusão?
- Quais os campi de inserção profissional dos egressos?

As instituições que responderam ao questionário foram as seguintes:

1. CEFORES - CENTRO DE EDUCACAO PROFISSIONAL
2. CENTRO FEDERAL DE EDUCACAO TECNOLOGICA DE MINAS GERAIS CAMPUS I BH
3. COLTEC - COLEGIO TECNICO DA UFMG
4. IF FARROUPILHA - CAMPUS SANTO ANGELO
5. IF SERTAO-PE - CAMPUS PETROLINA
6. IF SUDESTE MG - CAMPUS RIO POMBA
7. IFAM - CAMPUS COARI
8. IFB - CAMPUS CEILANDIA
9. IFBA - CAMPUS BARREIRAS
10. IFBA - CAMPUS EUNAPOLIS
11. IFMG - CAMPUS BETIM
12. IFMG - CAMPUS SAO JOAO EVANGELISTA
13. IFMS - CAMPUS CORUMBA
14. IFMS - CAMPUS COXIM
15. IFMS - CAMPUS TRES LAGOAS
16. IFNMG - CAMPUS AVANCADO JANAUBA
17. IFNMG - CAMPUS PIRAPORA
18. IFNMG - CAMPUS SALINAS
19. IFPB - CAMPUS AVANCADO JOAO PESSOA MANGABEIRA
20. IFPR - CAMPUS AVANCADO ASTORGA
21. IFPR - CAMPUS AVANCADO QUEDAS DO IGUACU
22. IFPR - CAMPUS LONDRINA
23. IFPR - CAMPUS PARANAGUA
24. IFRN - CAMPUS CEARA-MIRIM
25. IFRR - CAMPUS AVANCADO BONFIM
26. IFRS - CAMPUS ALVORADA
27. IFSC - CAMPUS FLORIANOPOLIS
28. IFSULDEMINAS - CAMPUS MUZAMBINHO
29. IFSULDEMINAS - CAMPUS PASSOS
30. IFTO - CAMPUS ARAGUAINA
31. INSTITUTO FEDERAL DE EDUCACAO CIENCIA E TECNOLOGIA DO RIO DE JANEIRO CAMPUS REALENGO
32. INSTITUTO FEDERAL DE EDUCACAO CIENCIA E TECNOLOGIA DO RIO DE JANEIRO CAMPUS RIO DE JANEIRO
33. INSTITUTO FEDERAL DE GOIAS - CAMPUS ÁGUAS LINDAS DE GOIAS
34. INSTITUTO FEDERAL DE GOIAS - CAMPUS GOIANIA OESTE
35. INSTITUTO FEDERAL DO MARANHAO - CAMPUS ZE DOCA
36. INSTITUTO FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO - CAMPUS UBERABA
37. OUTRA
38. UFSM - COLEGIO POLITECNICO DA UNIVERSIDADE FEDERAL SANTA MARIA
39. UFU - ESCOLA TECNICA DE SAUDE DA UFU

Os dados serão aqui apresentados como consolidação das respostas às perguntas do questionário. É importante destacar que foram contabilizadas respostas. Assim, todas as informações sobre a realidade da educação profissional em saúde na rede federal com base no questionário devem ser compreendidas como inferências.

2.1. Cursos ofertados:

As respostas aos questionários confirmam os dados oficiais. Vê-se a predominância da oferta do curso técnico em enfermagem, seguido de análises clínicas e, na ordem decrescente, agente comunitário de saúde e cuidados de idosos; equipamentos biomédicos e vigilância em saúde; saúde bucal; prótese dentária, nutrição e dietética e farmácia; finalmente, temos radiologia, massoterapia, gerência de saúde e estética.

Apêndice A.2.2:

<https://drive.google.com/file/d/1yyggNI6YOcrAZk160Yemer7JrhPIQzPq/view?usp=sharing>

Gráfico 1: Cursos técnicos em saúde ofertados pela Rede EPCT.

2.1.1. Cargas horárias e formas de oferta dos cursos.

Globalmente, a maioria dos cursos possui carga horária entre 1200 e 1599 horas (60%), mas uma importante parcela, provavelmente referente a cursos técnicos integrados ao ensino médio, contempla carga horária mais significativa, entre 3200 e 3600 horas.

Este é o caso de 40% dos cursos de análises clínicas, de 66,7% dos cursos de vigilância em saúde, de 50% dos cursos de equipamentos biomédicos e da totalidade dos cursos de nutrição e dietética. Dentre esses últimos, 50% têm carga horária entre 3.200 e 3.600 horas, e 50% têm carga horária superior a esse patamar. No caso dos cursos de equipamentos biomédicos, os 50% referidos se dividem em 25 % com carga horária entre 3.200 e 3.600 horas e outros 25% acima de 3.600 horas.

A façção desses cursos que não seriam ofertados na forma integrada se comporta assim: 60% dos cursos de análises clínicas se mantêm entre 1200 e 1599 horas; 33,3% dos de vigilância têm entre 1.600 e 1999 horas; metade dos cursos de equipamentos biomédicos têm carga horária entre 1200 a 1599 horas.

No caso do curso de enfermagem, identifica-se o contrário, pois a legislação impede a prática profissional de trabalhadores com menos de 18 anos. Nesse universo, vê-se uma variação maior de cargas horárias. 46,7% dos cursos possuem entre 1200 a 1599 horas; 26,7%, entre 1600 e 1999 h; 11,3 %, entre 2400 a 2799 horas; 6,7%, entre 1200 e 1999. Outros 6,7% possuem menos de 1200 horas, o que deveria ser verificado, pois colidiria com a legislação, que impõe 1200 horas mínimas para essa habilitação.

O curso de cuidados de idosos é predominantemente ofertado na forma subsequente ou concomitante, pois 80% deles possui carga horária menor do que 1.200 horas, sabendo-se que a carga horária mínima desses cursos é de 800 horas. Os outros 20% encontram-se na faixa de 2.400 a 2.799 horas.

Já em relação ao curso de farmácia, metade têm carga horária entre 1.200 e 1.599 horas, e a outra metade, menos do que 1.200 horas. O Catálogo Nacional de Cursos Técnicos, tanto na versão de 2016, quanto na de 2021 define 1200 horas como o mínimo para esses cursos.

É interessante cruzar esses achados com as respostas referentes às formas de oferta. Apesar de termos identificado que 40% dos cursos técnicos de análises clínicas possuem entre 3200 e 3600 horas, 60% das respostas a essa pergunta indicaram a forma integrada e, 40%, a subsequente. Seria necessário verificar se os 20% de diferença corresponderiam a cursos técnicos integrados à EJA, cuja carga horária é menor.

As referências de carga horária dos cursos de equipamentos biomédicos se convergem com a informação de 50% dos cursos serem ofertados de forma integrada. Convergência também se verifica com os cursos de enfermagem, pois 82,4% das indicam a oferta na forma subsequente, sendo o restante referente à forma integrada à EJA. De fato, as maiores cargas horárias encontradas nesses cursos referem-se a 11,3 % que teriam entre 2400 e 2799 horas. Lembremos que 26,7% dos cursos teriam entre 1600 e 1999 h. Neste percentual pode estar, então, os 6,3% restantes realizados na forma integrada à EJA.

Quanto aos cursos de cuidados de idosos, o predomínio de 80% de cursos com carga horária menor do que 1200 horas, converge com as respostas que indicam a oferta de 50% na forma subsequente e de 25% ofertados na forma concomitante, somando-se, então, 75%. Vimos que 20% dos cursos encontram-se na faixa de 2.400 a 2.799, indo ao encontro da oferta de 25% na forma integrada à EJA. A diferença de 5% entre os dados não exigiria análises mais precisas, frente ao panorama que conseguimos traçar.

Há uma incompatibilidade entre os dados de carga horária e a forma de oferta dos cursos técnicos em farmácia, pois a faixa máxima registrada foi de 1.200 e 1.599 horas para metade dos cursos, apropriadas à forma subsequente, identificada em 66,7% das respostas a esse quesito. Por tais respostas, 33,3% dos cursos seriam ofertados na forma integrada. Porém, nem mesmo a integração na modalidade EJA poderia justificar o registro de metade dos cursos terem menos do que 1.200 horas. Essas informações precisariam ser revisitadas tanto na sua construção, quanto na sua análise.

Encontramos, ainda, a informação de que 50% dos cursos técnicos de gerência em Saúde seriam ofertados na forma integrada e os outros 50%, na forma subsequente; e o caso do curso de agente comunitário de saúde, para os quais predominaria a forma

subsequente (57,1%). A forma integrada desses cursos seria dividida entre a EJA (28,6%) e o ensino médio regular (14,3%).

Nota-se, assim, que, consideradas as instituições respondentes, a forma subsequente da oferta tende a predominar na educação profissional em saúde, mesmo na rede federal (lembramos que esta é a forma típica da formação nas Escolas Técnicas do SUS). Mas a forma integrada tem também uma participação importante, já que somente o curso técnico em Enfermagem é ofertado, quase na sua totalidade, na forma subsequente. Em todos os outros cursos encontramos algum percentual da forma integrada. No caso da Enfermagem, é interessante notar que, quando a oferta é integrada, esta se dá na modalidade EJA. Isto se deve à delimitação etária instituída pelo Conselho Federal de Enfermagem, impedindo o exercício profissional nesta habilitação antes dos 18 anos. Ao contrário, como vimos, na oferta do curso de Análises Clínicas predomina a integração, talvez até mesmo devido à manutenção de uma tradição fundada com a Lei 5.692/1971.

Apêndice A.2.2:

<https://drive.google.com/file/d/1yyggNI6YOcrAZk160Yemer7JrhPIQzPq/view?usp=sharing>

Gráficos 2: Distribuição das cargas horárias dos cursos técnicos, conforme respostas ao questionário.

Gráficos 3: Modalidades/Formas de oferta dos cursos técnicos, conforme respostas ao questionário.

2.1.2. Carga horária do Estágio:

A carga horária de estágio é um dado bastante inconstante. Metade dos cursos de prótese dentária e de equipamentos biomédicos, por exemplo, prevê a realização de 400 horas ou mais de estágio, enquanto outra metade admite menos do que esse patamar. Já nos cursos de ACS predomina a exigência de estágio superior a 400 horas (75%), sendo os demais 25%, abaixo desse valor. O mesmo ocorre com os cursos técnicos de enfermagem, dos quais 68,8% exigem mais do que 400 horas de estágio, encontrando-se 31,3% de cursos com exigência também abaixo. Comportamento semelhante é o do curso de saúde bucal, que exigem mais do que 400 horas de estágio para 66,7% de seu universo.

Apêndice A.2.2:

<https://drive.google.com/file/d/1yyggNI6YOcrAZk160Yemer7JrhPIQzPq/view?usp=sharing>

Gráficos 4: Distribuição das cargas horárias de estágio, conforme respostas ao questionário.

2.1.3. Suspensão de cursos

Entre as instituições respondentes ao questionário, algumas assinalaram a suspensão de cursos, dentre eles os de radiologia (1), agente comunitário de saúde (4),

análises clínicas (1), vigilância em saúde (1), cuidados de idosos (4), gerência em saúde (2), nutrição e dietética (2).

Entre os motivos da suspensão, encontramos

- “Está em conclusão da última turma, suspenso devido ausência de demanda e dificuldade de inserção no mercado de trabalho”
- “Baixa procura da comunidade pelo curso”
- “Conselho Federal de Enfermagem impede curso ministrado pela Enfermagem”
- “O Curso Técnico em Radiologia foi suspenso devido a implementação do CST em Radiologia desde 2005.”
- “O curso Cuidador de Idosos foi oferecido na modalidade FIC, no entanto as turmas são esporádicas, conforme demanda da comunidade.”
- “O curso foi oferecido em parceria com a Escola GHC e com as prefeituras municipais de Alvorada e Novo Hamburgo, onde as prefeituras liberavam os ACS de parte de sua carga horária de trabalho semanal para realizar o curso. Após a mudança de gestão nas prefeituras supracitadas, estas deixaram de liberar os agentes para a realização do curso, o que inviabilizou a realização do mesmo.”
- “Término do programa financiador: PRONATEC”
- “Baixa procura”
- “O curso era oferecido na modalidade EAD em parceria com outra instituição federal. Esse acordo não foi renovado.”
- “Ausência de professores efetivos para a oferta do curso”

2.1.4. Modelos e espaços curriculares

Em relação ao modelo de currículo dos cursos técnicos em saúde das instituições, obtivemos respostas que nos indicam predominar o currículo disciplinar (50%), seguido do modular (38%), o qual é comum nas experiências de formação em saúde, principalmente nas Escolas Técnicas do Sistema Único (ETSUS), mesmo antes de o Decreto n. 2208/1997 ter incentivado essa forma de organização curricular. Essa forma é compatível também com o currículo baseado em competências, pois os módulos seriam unidades pedagógicas autônomas organizadores do conjunto de competências que se esperaria ser desenvolvidas pelos estudantes visando a sua preparação para o exercício de uma função ou ocupação, podendo-se conferir certificados parciais de conclusão. A soma

de módulos, redundaria na habilitação técnica de nível médio. (RAMOS, 2001a, 2001b; 2010)

Apesar de a prática de certificações parciais não ter predominado na organização curricular da educação profissional, a forma modular ocupou espaço importante. Pesquisa anterior, como a que concluímos em 2010, sobre a educação profissional em saúde nas ETSUS demonstrou a adesão dessas escolas ao currículo baseado em competências organizadas em módulos. A organização do currículo por projetos também seria compatível com a lógica das competências, pois esses seriam mais uma estratégia de agrupar e desenvolver competências. Nas instituições da rede federal, identificamos 4% de respostas referentes ao currículo por competências. Essas poderiam, ao nosso ver, estar agrupadas em módulos (38% de respostas) ou em projetos (8% de respostas). Para nossa finalidade nesta pesquisa, o fato de o percentual de respostas relativas ao currículo de competências ser pouco significativo, nos permitirá deixar como lacuna o questionamento sobre sua relação com a organização modular e em projetos. Importa-nos, por enquanto, constatar que disciplinas e módulos são os componentes curriculares predominantes nos cursos técnicos em saúde ofertados pela rede federal.

Apêndice A.2.2

<https://drive.google.com/file/d/1yyggNI6YOcrAZk160Yemer7JrhPIQzPq/view?usp=sharing>

Gráfico 5: Modelo/tipo de currículo dos cursos técnicos em saúde, conforme respostas ao questionário

Quanto aos espaços de formação disponibilizados pelas unidades encontramos as Salas de aula (41), laboratórios (35) e serviços de saúde (19) como os principais espaços de formação.

2.1.5. Definição de oferta, dificuldades e oportunidades de implantação dos cursos

Para a definição sobre a oferta dos cursos, as instituições indicaram a realização de estudos pelo Instituto sobre a necessidade de profissionais de saúde, bem como a disponibilidade de corpo docente especializado como as principais motivações.

Sobre a pergunta do questionário referente às dificuldades e oportunidades proporcionadas pela oferta de cursos por outras redes, é curioso o percentual de 52,1% das respostas a reconhecerem como não aplicável. A outra metade de respostas se dividiu de forma quase equivalente entre a identificação de dificuldades e oportunidades (22,9% e 20,8% respectivamente), havendo, ainda, aqueles que apontam ambas as configurações (4,2%). Os dados podem nos indicar que esta questão não corresponde propriamente a uma preocupação dos gestores respondentes do questionário. Provavelmente isso se deve

ao fato de as instituições da rede federal serem consolidadas e reconhecidas por sua qualidade, além da gratuidade, aspectos que estimulam os estudantes a procurarem essa rede. Além disto, como vimos, ainda é prevalente a oferta de formação técnica em saúde pelo setor privado.

O cenário não foi diferente quanto às condições de acesso ao campus. Mesmo que a expansão da rede ocorra frequentemente mediante instalações em regiões distantes dos centros urbanos – o que pudemos verificar nas visitas que realizamos em *campi* dos Institutos Federais – as unidades de ensino parecem encontrar soluções que fazem esse aspecto ser pouco relevante na sua atuação. Para a maioria dos respondentes ela não se aplica (52,1%), enquanto os demais a reconhecem de forma equivalente como dificuldade (22,9%) e oportunidade (20,8%). 4,2% a indicam simultaneamente como dificuldade e oportunidade.

Perguntamos sobre o reconhecimento do incentivo e apoio político dos Ministérios da Educação e da Saúde como oportunidade ou dificuldade. Parece haver reconhecimento do incentivo do primeiro (52,1% dos respondentes indicaram como oportunidade, contra 22,9% que se posicionaram pela dificuldade). Poucos (2,1%) pensam que a questão não se aplica. O mesmo, porém, não ocorreu em relação ao Ministério da Saúde. Grande parte dos respondentes assinalaram que a questão não se aplica (45,8%), o que pode indicar haver pouca relação entre a rede federal e essa instância do executivo, apesar de a Constituição Federal a consagrar como responsável pelo ordenamento da formação de recursos humanos em saúde. Ao mesmo tempo, é possível que esse Ministério ainda não tenha identificado a Rede Federal como estratégica para a formação de trabalhadores técnicos da saúde. Essa possível desvinculação é reforçada pela divisão das demais respostas, também de forma equitativa entre reconhecer o papel dessa instância como dificuldade (20,8%) e como oportunidade (29,2%), com 4,2% indicando ambas as condições.

Lamentavelmente, as análises estatísticas sobre a oferta de cursos técnicos em saúde no âmbito de outras esferas administrativas nos mostraram que a atuação da rede federal nessa área ainda não é significativa para confrontar a hegemonia da oferta privada desses cursos.

Abordamos também os incentivos dos poderes locais. Grande parte dos respondentes não os identificaram como aplicáveis às suas instituições (a alternativa “não

se aplica” compreendeu entre 40 e 50% das respostas). O mesmo ocorreu em relação a outras forças políticas locais, ainda que, nesse caso, um número maior de respondentes tenha assinalado como oportunidade (35,4%).

Significativa foi a identificação da alternativa recursos financeiros como uma dificuldade (56,3%). Somente 25% consideraram tratar-se de uma oportunidade. A existência de infraestrutura adequada é reconhecida por quase metade dos respondentes como uma dificuldade (41,5%), o que é coerente com a forma como veem a questão financeira.

Em compensação, a experiência com a atuação na área da saúde e o corpo docente qualificado são percebidos como oportunidades (53,3% e 45,8%, respectivamente). Considerando que a atuação dos Institutos Federais na área da saúde é recente, o reconhecimento dessa experiência como oportunidade se deve a experiências anteriores do corpo docente qualificado, o que foi confirmado pelas análises qualitativas que serão ainda abordadas. Tal qualificação contribui para o fortalecimento dessa área na rede federal. Como indicação para a política pública, registramos que o investimento nos cursos técnicos em saúde pelas instituições federais é um aspecto fundamental para a ampliação e melhoria da qualidade da formação de trabalhadores técnicos em saúde.

A resposta à alternativa sobre o interesse da população nos cursos é significativa (79,2%), o que demonstra haver demanda por esse tipo de formação. A divulgação dos cursos parece ser uma estratégia também importante, pois perto da metade dos respondentes a reconhecem como uma oportunidade, mas ainda 31,3% (índice relativamente significativo) o enxergam como dificuldade.

Quanto à escolaridade da população, ainda que não seja de impacto, boa parte dos respondentes identifica a baixa escolaridade como uma dificuldade (47,9%). Análises locais sobre este dado seriam pertinentes, pois uma política consistente de correção de fluxo escolar no ensino fundamental, de aumento da taxa líquida de matrículas, assim como o incentivo à Educação de Jovens e Adultos, convergiria com a expansão da oferta de cursos técnicos de nível médio pela rede federal.

Também perguntamos se a elevada escolaridade da população seria uma oportunidade ou uma dificuldade. A maioria dos respondentes entende que este parâmetro não se aplica a sua realidade (62,5%). Mas 20,2% a entende como uma oportunidade. Tal questão também mereceria maior problematização, uma vez que não demarcamos a etapa

que definiria a baixa e a alta escolaridade da população frente aos objetivos dos Institutos Federais. Uma população com índices de conclusão do ensino fundamental na faixa etária considerada regular, por exemplo, seria uma oportunidade para a oferta de cursos técnicos de nível médio integrados ao ensino médio. O contrário poderia ser uma oportunidade para os cursos técnicos de nível médio integrado ao ensino médio na modalidade EJA. A elevada taxa de conclusão do ensino médio, por sua vez, poderia ser oportunidade relativa aos cursos técnicos de nível médio subsequentes ou mesmo para os cursos superiores, ainda que este não seja objeto da presente pesquisa.

As oportunidades de emprego na área da saúde são vistas pela maioria dos respondentes como uma oportunidade (64,6%). Ao mesmo tempo, o SUS é indicado como o principal campo de estágio (76,3%). Caberia fazer um estudo de egressos a fim de verificar se esta é também a instância que absorve os técnicos formados. Por enquanto, a pesquisa conseguiu identificar que a inserção dos egressos em serviços privados de saúde se limita a 41,9%.

Apêndice A.2.2:

<https://drive.google.com/file/d/1yyggNI6YOcrAZk160Yemer7JrhPIQzPq/view?usp=sharing>

Gráficos 6: Dificuldades e oportunidades de implantação dos cursos, conforme respostas ao questionário.

Em relação ao tempo médio de implementação dos cursos, encontramos como resposta o período seis meses (tempo mínimo) a quatro anos (tempo máximo). Esta pergunta mereceria ser explorada face às especificidades dos diversos cursos.

O Pronatec aparece como principal política de formação dos trabalhadores, o de incentivo à formação, com uma frequência de 12 menções, seguido do programa de formação de ACS, com 8 menções. Isto explica o reconhecimento do incentivo do Ministério da Educação como uma oportunidade, tal como demonstrado anteriormente. Ao mesmo tempo, o programa de formação de ACS tem grande relevância para a Política Nacional de Atenção Básica, do Ministério da Saúde. Vê-se o quanto a articulação de políticas públicas de ambos os Ministérios seria estratégica para o asseguramento do direito à educação e à saúde para a população brasileira. Sobre este fato caberia investigar qual a participação do Ministério da Saúde no financiamento destes cursos, considerando ainda que este financiou somente a primeira etapa da formação técnica realizada principalmente no âmbito das Escolas Técnicas do SUS.

Apêndice A.2.2:

<https://drive.google.com/file/d/1yyggNI6YOcrAZk160Yemer7JrhPIQzPq/view?usp=sharing>

Figura 1: Nuvem de palavras elaborada com base nas respostas sobre políticas relevantes para a educação profissional em saúde na rede federal.

2.1.6. Perfil e percurso dos estudantes.

Ao inquirirmos sobre o perfil dos estudantes, encontramos a sua maioria do sexo feminino (66,7%), tendo como origem a escola pública (95,6%), com renda familiar entre 1 e 3 salários-mínimos (55,6%), e em 77,6% dos casos concluem no tempo equivalente a duração dos cursos. Como trajetória predominante pós conclusão encontramos o mercado de trabalho na área (18) e cursos superiores (9). Tendo uma inserção profissional de 41,9% dos egressos em serviços privados de saúde.

Saber das principais razões da possível evasão escolar nos importava. Dentre essas se destacaram a dificuldade de aprovação e a opção pelo trabalho. A primeira é uma questão tanto endógena quanto exógena à instituição. A evasão por motivos acadêmicos deve ser enfrentada com estratégias equivalentes, cabendo reconhecer, ainda, a política de permanência e êxito desenvolvida pela rede federal. Ao mesmo tempo, sabe-se que dificuldades acadêmicas não têm determinações exclusivamente pedagógicas, mas também são devidas às fragilidades vividas no ensino fundamental e a limites econômicos, sociais e culturais das respectivas famílias.

Já a opção dos estudantes pelo trabalho em detrimento da continuidade dos estudos é uma questão sabidamente econômico-social. Daí, além da relevância de políticas públicas que incentivem a permanência dos estudantes na escola, em especial, aquelas de distribuição de renda, deve-se considerar também, a assistência estudantil já praticada pelos Institutos Federais. Caberia estudar a coerência entre essas políticas, suas perspectivas de êxito e necessidades de aprimoramentos.

É curioso que os respondentes não indicaram a oferta de cursos por outras redes como uma dificuldade. Mas identificamos a opção por outra escola como motivo de evasão indicada por quase 10% dos respondentes.

Apêndice A.2.2

<https://drive.google.com/file/d/1yyggNI6YOcrAZk160Yemer7JrhPIQzPq/view?usp=sharing>

Gráfico 8: Principais motivos de evasão nos cursos técnicos de saúde na rede federal, com base no questionário.

Quanto a taxa de abandono dos cursos, preocupa-nos o grande índice de não resposta (42,9%). Isto apontaria para a inexistência de estudos sobre o tema? Dentre os que responderam, 28,6% indicam a faixa de evasão entre 6 a 20%, sendo este o mesmo índice para a evasão abaixo de 20%.

Mesmo predominando um índice elevado e frequente de não resposta/informação sobre esse quesito pelos respondentes, pudemos conhecer um deles nos diversos cursos de saúde ofertados pela rede federal.

Para o curso de cuidados de idosos, dos 57,1% que informaram algum dado, 28,6% indicam o abandono acima de 20% e 28,5%, entre 6 e 20%.

Quanto ao curso de agente comunitário de saúde 70% dos respondentes forneceram informações. Neste caso, a maior taxa indicativa do abandono escolar foi entre 6 e 20%. 10% identificam abandono abaixo de 6% e uma parcela de 20% dos respondentes a colocam acima de 20%.

O abandono acima de 20% aumenta no curso de análises clínicas, correspondendo a 8,3% dos respondentes. Em compensação, é maior a taxa de abandono abaixo de 6% (50% dos respondentes) e 25% de respostas indicaram que esta fica entre 6 a 20%. Em relação a esse curso, somente 16,7% dos respondentes não forneceram dados.

Detendo-nos no curso de enfermagem, obtivemos informações de 80,5% dos respondentes. É elevada a faixa de abandono entre 6 e 20%, indicada por 47,4% dos declarantes. A polarização fica com 10,5% que indicam a taxa de abandono acima de 20% e os 31,6% que a colocam abaixo de 6%.

A colaboração com informações sobre esse quesito no curso de equipamentos biomédicos foi pequena: 66,7%. Identificamos o elevado índice de 50% de respostas mostrando que o abandono é acima de 20% enquanto 16,7% disseram, que esta ocorre entre 6 e 20%.

No caso dos cursos de estética, 66,7% dos questionados não responderam, sendo possível registrar somente 33,3% de respostas afirmando que o abandono não chega a 6%.

Os dados para os cursos de farmácia e de gerência e saúde também não são muito elucidativos, já que metade dos respondentes dos dois cursos não forneceram informações, enquanto a outra metade se divide, com um quarto reconhecendo que o abandono fica entre 6 e 20% e um quarto indicando-o acima de 20%.

Fenômeno parecido ocorreu com o curso de saúde bucal, sobre o qual obtivemos informações de 60% dos respondentes, com as respostas distribuídas equitativamente para as três faixas de abandono.

É possível que no curso de massoterapia o abandono não seja muito elevado, pois 33,3% dos que nos informaram apontam para patamares abaixo de 6%. Trata-se de um fenômeno semelhante nos cursos de nutrição e dietética e prótese dentária. Em ambos os casos, tivemos somente a informação de metade dos respondentes, declarando que a taxa de abandono fica abaixo de 6%.

Essa relação, entretanto, se inverte no curso de radiologia. Somente 33,3% dos respondentes se declararam, mas o fizeram demonstrando uma taxa de abandono acima de 20%.

Com vigilância em saúde, tivemos informações de 33,3% dos respondentes. Informações que foram divididas em 16,7% que colocaram o abandono acima de 20% e metade dos respondentes que a identificam entre 6 e 20%.

Enfocando, por um lado, especialmente as baixas taxas de abandono, posto que essas devem ser o horizonte de uma política públicas e de práticas pedagógicas exitosas, vimos que pelo menos 50% dos respondentes indicam que os cursos de Análises Clínicas, Nutrição e Dietética e Prótese Dentária apresentam evasão menor do que 6%. Este mesmo resultado é apontado por 33% de respondentes do curso de Estética e de Massoterapia e por 31,0% do curso de Enfermagem.

Por outro lado, as maiores taxas de abandono (acima de 20%) foram assinaladas para os cursos de Equipamentos Biomédicos (50%), Radiologia (33%), ficando os demais entre 16,7% e 20% dos respondentes. Na situação mediana de abandono (entre 6 e 20%) concentram-se os cursos de Vigilância em Saúde (50%), ACS (40%) e de Enfermagem (47,4%). Para os demais, este índice foi apontado por 16,7% a 28,6% dos respondentes.

Pode-se concluir sobre a necessidade de se consolidarem as políticas de permanência e êxito escolar na educação profissional em saúde ofertada pela Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica do país.

Apêndice A.2.2:

<https://drive.google.com/file/d/1yyggNI6YOcrAZk160Yemer7JrhPIQzPq/view?usp=sharing>

Gráficos 9: Taxas de abandono nos cursos técnicos de saúde, com base nos questionários.

3. Concepções e contradições da educação profissional em saúde na Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica: pressupostos da investigação

O objeto de pesquisa foi abordado também na perspectiva qualitativa, no que se refere às concepções ético-política, epistemológica e pedagógica que orientam a oferta da educação profissional em saúde na Rede Federal de Educação Profissional Científica e Tecnológica.

Tal como demonstrado em nossos estudos (RAMOS, 2010), a educação profissional em saúde realizada pelas ETSUS foi construída visando à coerência com os princípios do SUS e mediante crítica à oferta de outras escolas, sejam as privadas ou das redes públicas de ensino. As instituições federais não seriam atingidas por essas críticas por não terem a tradição de atuarem na área da saúde. Mesmo assim, havia uma compreensão de que a pedagogia tecnicista predominava de forma generalizada no ensino técnico abrigado pelos sistemas de ensino. As ETSUS, ao contrário, adotariam uma perspectiva crítica, problematizadora e integrada de educação²².

Na mesma pesquisa em que analisamos as concepções epistemológica e pedagógica hegemônicas da rede de ETSUS, discutimos as disputas conceituais e política travadas no âmbito da I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, entre aqueles que defendiam priorizar a formação dos trabalhadores já inseridos nos serviços de saúde e outros que entendiam ser também premente a formação de novos trabalhadores por meio do ensino técnico de nível médio (à época ainda segundo grau) e, mais do que isto, sob a concepção de educação politécnica na perspectiva da formação *omnilateral*. Este pensamento está na base da criação da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz e, como a pesquisa demonstrou, mesmo quase trinta anos após o debate e a formação de trabalhadores técnicos da saúde pelo SUS, não se tornou hegemônico nem na política da educação profissional em geral e, nem mesmo, na esfera da saúde.

Como afirmado, especialmente a partir de 2011 a rede federal passa a ofertar cursos técnicos de saúde de forma mais sistemática. Ao mesmo tempo, esta rede tem absorvido, seja somente na forma, seja no conteúdo, a concepção de ensino médio integrado. Esta, como exposta na obra de Frigotto, Ciavatta e Ramos (2005), dentre

²² Uma análise da concepção pedagógica das ET-SUS também se encontra em Ramos (2010).

outras, se tornou uma proposição objetiva ético-política e pedagogicamente coerente com o momento histórico da realidade brasileira, de se tentar construir a educação politécnica no Brasil. Ter-se-ia o trabalho como princípio educativo, reconhecendo-se os limites, mas também a necessidade e o direito dos trabalhadores de se ter a educação profissional técnica de nível médio integrada ao ensino médio, sem prejuízo da formação geral. Visa-se, com esta proposta, a unidade epistemológica entre formação geral e específica, entre cultura geral e cultura técnica, entre trabalho intelectual e trabalho manual.

Sendo assim, a investigação das concepções ético-políticas, epistemológicas e pedagógicas que têm orientado a atuação dessa rede na educação profissional em saúde, poderia nos mostrar possibilidades e dificuldades de contribuição para a disputa pela hegemonia da concepção de educação politécnica, tanto na saúde, quanto na formação de trabalhadores em geral.

Desta forma, além do viés quantitativo, traçado pelo objetivo de se identificar as redes que contribuem para a expansão da oferta pública da educação profissional técnica de nível médio e, particularmente, em saúde, nosso problema se ampliou numa dimensão qualitativa. Conclusões de pesquisas anteriores demonstraram que a formação dos trabalhadores em saúde teria se construído por um processo contraditório de disputas entre a concepção tecnicista das escolas técnicas privadas e das redes estaduais de ensino herdada da Lei n. 5.692/71; a influência do escolanovismo nas ETSUS; e a utopia da educação politécnica que orienta o projeto da EPSJV/Fiocruz, com a qual a concepção de ensino médio integrado, visto em sua historicidade, é convergente. Os dois últimos casos têm em comum propor-se orientar a formação pelos princípios do SUS.

Neste momento em que a Rede EPCT se torna um novo sujeito formador de trabalhadores técnicos da saúde, qual(is) seria(m) a(s) concepção(ões) que sustentam ética, política e pedagogicamente os projetos de curso nesta rede? Até que ponto incorporam nesta formação a concepção de formação integrada e, assim, poderiam contribuir para uma nova perspectiva da educação profissional em saúde que fortalecesse a utopia da educação politécnica neste campo; ou, ao contrário, as heranças tecnicistas que marcaram a oferta do ensino técnico sob a égide da Lei n. 5.692/71, que podem estar ainda latentes nessas instituições, poderiam reificar a mesma lógica de formação identificada nas instituições privadas e, assim, fazer refluir importantes conquistas do processo histórico de luta pela formação dos trabalhadores da saúde no país?

Orientados por essas questões, após a construção dos resultados quantitativos da pesquisa, seguimos com o trabalho no sentido de produzir e analisar os dados qualitativos que poderiam nos permitir inferir sobre as concepções que têm orientado a oferta dos cursos técnicos de nível médio nos Institutos Federais.

3.1.O referencial teórico-metodológico da pesquisa.

O referencial teórico-metodológico de uma pesquisa é, antes, uma construção filosófica, epistemológica e ético política. A proposta quadripolar de Paul Bruyne (1988) é um caminho interessante a seguir na construção do referencial teórico-metodológico, já que ele discute que toda a pesquisa em Ciências Sociais implica, de forma interligada, quatro polos, a saber: epistemológico, teórico, metodológico e técnico.

O polo epistemológico refere-se à concepção de mundo e de conhecimento que orienta a investigação. Esta pesquisa busca se aprofundar no materialismo histórico-dialético, pelo qual necessariamente são consideradas as categorias da totalidade, da historicidade, das mediações e contradições.

O polo teórico nos remete à especificidade do objeto. Trata-se de se elaborar o objeto conceitualmente com a ajuda da teoria que lhe dá concretude na relação entre particularidade e totalidade social. É na construção desse polo que construímos as categorias específicas de nosso objeto, a saber: a práxis no processo formativo; o trabalho como princípio educativo; e a determinação social da saúde

Os procedimentos metodológicos se constituem no polo técnico. Nesta pesquisa, recorreremos a dados quantitativos sobre a oferta da educação profissional das redes públicas e, em particular, da educação profissional em saúde pela rede federal. Já o estudo qualitativo foi orientado pela análise de conteúdo de documentos e entrevistas, articulada com as categorias do método histórico-dialético. Procura-se aqui, a coerência da abordagem metodológica com a perspectiva teórica e epistemológica.

É neste polo que se definem fontes e instrumentos de coleta e de análise de dados. Fizeram parte de nosso procedimento metodológico o levantamento de fontes primárias e secundárias, base de dados, documentos, dentre outros; aplicação de questionários e realização de entrevistas. Essas últimas foram submetidas à análise de conteúdo e os resultados relacionados uns com os outros, à luz das categorias do método histórico-dialético, buscando-se articulação e coerência entre eles.

Finalmente, Bruyne fala do polo morfológico: “articula os conceitos, as teorias e os modelos do objeto em esquemas ou em sistemas explicativos e interpretativos”. (BRUYNE, 1988, p. 36) Trata-se de como serão ordenados os resultados da investigação, através da representação do objeto analisado e da exposição de todo o processo de pesquisa e de análise que permitiu a construção científica em torno dele.

No caso desta pesquisa, o resultado a que se quis chegar foi a compreensão de mediações/determinações da materialização da política de educação profissional e tecnológica nos termos previstos pelo atual PNE nas redes públicas de ensino e, particularmente, na oferta da educação profissional em saúde pela Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica. Os resultados serão apresentados como uma síntese que reconstrói o objeto como “concreto pensado” (KOSIK, 1976), tendo-se captado suas mediações na forma das categorias empíricas, reagregando-as para conformar particularidades representadas pelas categorias operacionais. Os resultados assim produzidos serão discutidos à luz das categorias teóricas, ordenando-os por suas dimensões históricas e contraditórias na perspectiva da totalidade social. Esta exposição constará do último capítulo deste relatório.

3.2. A construção dos dados qualitativos da pesquisa.

Para a construção dos dados qualitativos, precisamos elaborar critérios de definição da amostra, dentre os Institutos e suas unidades que responderam ao questionário. Os critérios foram os seguintes: relevância histórico-política do Instituto; a unidade ser especializada em saúde; relevância loco-regional do instituto/unidade/formação em saúde para o quadro epidemiológico da região; quadro quantitativo da oferta; oferta de cursos estratégicos para o SUS, em especial, profissões ligadas à Estratégia da Saúde da Família.

Em relação último critério, consideramos a possibilidade de articular dados da presente pesquisa com a anteriormente por nós coordenada, sobre saberes e práticas dos trabalhadores técnicos em saúde das equipes da saúde da família (eSF) nas cinco regiões do país. (RAMOS, 2017) Mesmo que não sejam pesquisados os mesmos sujeitos (trabalhadores formados por Institutos Federais que atuassem nas equipes antes investigadas), o enfoque nas mesmas habilitações relativas à composição das eSF poderiam nos proporcionar confrontos entre questões da formação com questões dos saberes dos trabalhadores da saúde. Este é um aspecto complexo que pode ser perseguido posteriormente. De todo modo, como nosso foco é a saúde pública, considerar os

trabalhadores que são estratégicos, em especial, como programa da saúde da família nos pareceu importante. Justificamos, assim, a definição desse critério.

Apesar de o curso técnico de Análises Clínicas não se enquadrar nesse critério, entendemos ser importante incorporar institutos/unidades que o oferecessem, por se tratar de um dos cursos majoritariamente ofertados na forma integrada. Como nós vimos naqueles dados anteriores, das respostas aos questionários.

A relação com o quadro epistemológico da região não foi possível, pois isto implicaria estudos que escapariam ao escopo da pesquisa. Mesmo assim, as unidades selecionadas têm relevância para sua região, como as entrevistas corroboraram. Finalmente era necessária a aceitação da participação nessa fase da pesquisa, com a anuência dos dirigentes e disponibilidade dos coordenadores à entrevista.

Assim, foram realizadas entrevistas em oito instituições da Rede EPCT e em uma escola vinculada a Universidade, durante o ano de 2019, abarcando todas as cinco grandes regiões. A amostra foi configurada como se segue: Institutos Federais dos Estados da Bahia, de Goiás, Pará, Paraná, Rio de Janeiro Santa Catarina e Tocantins; um CEFET do Estado do Rio de Janeiro; uma Escola de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Totalizaram-se, doze (12) entrevistas.

A Escola de Saúde da UFRN foi incluída no âmbito amostral devido a intenção de se buscar uma instituição vinculada a uma Universidade e considerando a tradição que esta representa no histórico da formação técnica em saúde pela relação com as Escolas Técnicas do SUS e com as políticas do Ministério da Saúde. Não tendo-se identificadas diferenças significativas dos resultados obtidos a partir dessa instituição, seus dados foram tratados em conjunto com os demais, ressaltando, porém, a opção institucional de não se ofertarem os cursos técnicos na forma integrada.

As entrevistas contemplaram os cursos de Vigilância Sanitária (1), Análises Clínicas (2), Enfermagem (5), Agente comunitário de saúde (2), sendo divididos da modalidade integrado (5), subsequente (7) e EJA Integrado (1). Foram realizadas entrevistas com onze (11) coordenadores de ensino, dois (2) diretores de ensino e um (1) gerente educacional.

Antes, porém, realizamos quatro entrevistas piloto visando à testagem e à elaboração final do roteiro de entrevistas, com coordenadores e ex-coordenadores de cursos do Instituto Federal do Rio de Janeiro, campus Realengo. Essas entrevistas foram

igualmente gravadas, transcritas e discutidas, mas seus dados não foram utilizados para a análise.

Elaboramos quatro versões do roteiro, cada uma delas revisadas mediante avaliação da equipe quanto aos tipos de informações produzidas pelos respondentes das entrevistas piloto. A versão final constou de um campo de identificação do entrevistado e outro da instituição; e de um campo propriamente de roteiro composto por dois blocos de perguntas, com as respectivas questões, a saber: perguntas sobre os currículos dos cursos, com 20 questões; perguntas sobre os professores, com nove questões; e uma sugestão para os entrevistados fazerem seus acréscimos e comentários livres. (Apêndice A.1.5)

A construção das categorias operacionais que nos orientaram na busca e organização dos dados qualitativos para posterior tratamento se realizou por movimentos permanentes de proposição das questões do roteiro e sua revisão. A definição final de quais seriam essas categorias se fez somente após a leitura e a discussão pela equipe de pesquisadores do material produzido. Porém, houve também aprimoramento no decorrer da análise. A quantidade e a qualidade de dados produzidos são significativas e merecedoras de tratamento mesmo após a conclusão formal da pesquisa.

É importante destacar que a proposta da investigação empírica foi aprovada pelo Comitê de Ética na Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz, e seu desenvolvimento seguiu os termos acordados. Obteve-se das instituições investigadas sua anuência e dos sujeitos entrevistados seu consentimento de participação da pesquisa e utilização das informações por eles fornecidas, sob o princípio do sigilo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (Apêndice A.1.4)

Como vimos ao apresentarmos a abordagem quadripolar de Paul Bruyne, no polo epistemológico encontram-se as categorias do método materialista histórico – totalidade, historicidade, contradição e mediação –, enquanto no polo teórico, estão as categorias do conteúdo ou teóricas, que expressam o objeto e as questões a que este é submetido. Nesta pesquisa, essas são o trabalho como princípio educativo, a práxis educativa e a determinação social da saúde.

Já as categorias operacionais fazem parte do polo morfológico. Trata-se de uma dimensão organizativa da pesquisa, visando à construção dos dados empíricos. Assim, elas orientam a elaboração do roteiro de entrevista, bem como a categorização das

respostas em coerência com o se quer desvendar. Espera-se que essas categorias sejam definidas previamente à elaboração do roteiro de entrevista. Mas isso depende muito da dinâmica do desenvolvimento da pesquisa, pois tais processos são conjugados. Eventualmente a ordem pode ser elaborar primeiramente as categorias operacionais e depois o roteiro ou a elaboração e reelaboração do roteiro vão nos indicando as categorias operacionais pertinentes.

De todo modo, essas categorias orientam a ida dos pesquisadores ao campo. Elas nos orientam sobre o que se precisa, se deseja, se quer buscar do empírico. Elas são parâmetros que nos levam a caminhar pelo campo empírico; a operar a pesquisa nesse campo. Por isso são denominadas de “operacionais”. Podemos reconhecê-las como temas que movimentam a elaboração do roteiro e são tratados nas entrevistas. No escopo desta pesquisa, identificamos 20 categorias operacionais. Sendo por nós especificamente trabalhadas 7 categorias, a saber: concepção de Saúde, SUS, concepções pedagógicas, estratégias metodológicas, educação politécnica, estágio. Posteriormente, a categoria estágio foi fundida a estratégias metodológicas.

Tratamos também as categorias desafios do desenvolvimento dos cursos e perfil do corpo docente, mas de forma específica, posto que percebemos, posteriormente, que teriam sido mais apropriadas tê-las abordado no âmbito do questionário do que das entrevistas. Mesmo assim, elas nos forneceram dados interessantes que serão discutidos posteriormente. A dinâmica da oferta dos cursos nas suas dimensões epistemológicas e pedagógicas foi, então, abordada com base nesses grandes temas. Mas a pesquisa captou outras questões que não extrapolam o escopo ou a viabilidade da pesquisa que poderão ser tratados posteriormente.

Antes de prosseguirmos, é importante situarmos nossa compreensão dos entrevistados como sujeitos da pesquisa, o que ajudará a conferir clareza a nossa abordagem das categorias.

Ao entrevistarmos coordenadores do curso, os consideramos como manifestantes de concepções presentes nas instituições e não exclusivamente de suas próprias concepções. Isto porque, mesmo que os depoimentos sejam individuais e subjetivos, eles explicitam, ainda que de forma parcial, uma síntese da relação entre os sujeitos e a realidade objetiva. Assim, cada entrevistado é uma particularidade da subjetividade coletiva que conforma e é conformada pela realidade objetiva – prática social e institucional coletivas.

Portanto, o sujeito de pesquisa representa singularmente um movimento histórico dinâmico, vindo a expressar sínteses de um conjunto de concepções e representações. Compreendemos esse movimento junto com Gramsci, a partir do conceito de vontade coletiva, isto é, síntese de concepções que conseguiu organizar o grupo e em torno do qual o grupo se mantém coeso. A vontade coletiva é organizada com a mediação de intelectuais orgânicos, tanto coletivos quanto individuais, na relação entre sociedade civil e sociedade política – Estado ampliado. Por isto, as mediações que conseguiremos construir sobre as concepções e contradições político-pedagógicas das instituições expressam também dimensões do Estado assim compreendido. (GRAMSCI, 2011)

As concepções e/ou apreensões que eles têm do objeto da pesquisa são manifestadas na fala dos entrevistados reagindo às perguntas dos entrevistadores. A partir de uma primeira leitura do *corpus*, que Bardin chama de “flutuante”, é possível ao pesquisador identificar ideias significativas sobre o tema abordado. Essas ideias são captadas por meio das “unidades de registro”, que são palavras e/ou expressões emitidas pelos entrevistados e que estão registradas nas transcrições. Essas são marcadas, selecionadas e apreendidas pelos pesquisadores no tratamento das informações.

Porém, os sujeitos podem expressar ideias semelhantes usando palavras diferentes e, por vezes, o contrário também pode ocorrer. Por isto, dois movimentos são importantes, a saber: a) não perder de vista a relação entre as palavras – unidades de registro – e respectivas “unidades de contexto” (o fragmento do texto que dá sentido às palavras); b) agregar as unidades de registro (palavras/expressões) diferentes com o mesmo significado em um único núcleo de sentido (conceitos que condensam o sentido emitido pelas diversas palavras agregadas), que são as categorias empíricas, as quais, por sua vez, são vinculadas às categorias operacionais. Essa agregação se faz pela sinonímia literal ou semântica, isto é, palavras e expressões que são sinônimos ou que podem ser interpretadas com o mesmo sentido.

Em síntese, de cada categoria operacional se desdobra um conjunto de categorias empíricas construídas a partir da análise do material empírico. Elas se constituem como “núcleos de sentidos”, ou seja, conceitos que agregam concepções, definições, representações presentes nos depoimentos fornecidos pelos entrevistados, vistos, agora, como *corpus* de análise. Podem ser definidas como mediações entre o pensamento e a prática social externadas pela linguagem.

Nosso objeto de investigação, por sua vez, é uma particularidade da prática social, que se trata, nessa pesquisa, da educação profissional em saúde nos institutos quanto às concepções que orientam esta oferta. Para além de ideias elas orientam e se materializam no desenvolvimento pedagógico da formação. A relação entre a particularidade – o campo das mediações concretas e contraditórias – e a totalidade social (CIAVATTA, 2002) se revela na historicidade dos fatos que buscamos captar objetivamente. Como afirma Caio Prado Jr. (2001), a realidade não é uma coisa, ela é um conjunto de relações. São essas relações ou mediações que buscamos captar a fim de convertê-las em conhecimento, o que significa “retirá-las” do plano empírico – no qual são abstratas – para elevá-las ao plano do concreto. Neste, o fenômeno não esconde a essência, mas ambos tornam uma unidade captada pelo pensamento, ou seja, como “concreto pensado”. (KOSIK, 1976) Assim é a teoria produzida mediante a análise da prática e que pode voltar a ela transformando-a.

Metodologicamente, como captamos as mediações para constituí-las como conhecimento? Fazemo-lo por intermédio da linguagem, isto é, categorizando-as a partir de níveis mais simples – as informações obtidas das respectivas fontes – até os mais complexos. Este movimento do mais simples ao mais complexo na investigação implica o caminho que parte do fenômeno conhecido somente na sua manifestação – a dimensão pseudoconcreta da realidade – adentra a ele por meio da análise e ao próprio se retorna mediante a síntese, agora como concreto pensado. (KOSIK, 1976) Trata-se de um movimento necessário porque o fenômeno nunca é algo por completo conhecido ou desconhecido de início. Ademais, as questões que o interrogam só podem existir porque há posturas epistemológicas e ético-políticas que mobilizam o investigador. Essas estão condensadas e podem ser sistematizadas e explicitadas pelo referencial teórico.

Portanto, metodologicamente, o caminho da análise implica partir do referencial teórico com as categorias epistemológicas e teóricas, aproximar-se do plano empírico com a ajuda das categorias operacionais, as quais ajudam a confrontar o empírico com as questões de pesquisa, para que suas mediações se manifestem. Essa interrogação se faz indo-se e/ou produzindo-se fontes. Tais mediações são ordenadas na forma de categorias empíricas, que expressam os sentidos dessas mediações.

Nesta pesquisa construímos vinte categorias empíricas. Passamos, então, a verificar a “força” dessas categorias na totalidade *corpus*, mediante a contagem da frequência das unidades de registro. Contam-se todas as palavras ou expressões agregadas

em uma categoria empírica para se inferir a força de uma ideia, de uma concepção condensada na respectiva categoria. A frequência categorial verifica-se contando as unidades de registro correspondente às respectivas categorias. Lembremos que ideias e concepções nesta pesquisa não são abstrações, mas sim materialidades das relações entre sujeitos coletivos e realidade objetiva. No caso de nosso objeto, elas expressam a historicidade e a dinâmica das relações pedagógicas referentes à educação profissional em saúde na rede federal.

Organizamos, então, tabelas que correlacionavam as categorias operacionais, as empíricas e as respectivas unidades de registro, bem como sua frequência (a frequência categorial é a soma das frequências das respectivas unidades de registro). Esse trabalho foi feito, inicialmente, para cada uma das entrevistas.

Passamos, finalmente, ao tratamento quantitativo destes dados qualitativos o que significa totalizar a frequência categorial empírica, em relação a cada categoria operacional, fazendo-se a inferência sobre suas forças. Identificamos, assim, a(s) concepção(ões) que tendem a predominar. Discutimos tais tendências em termos de hegemonia, o que implica verificar o quanto essas concepções conferem dinâmica material às práticas estudadas.

A figura 2²³ ilustra o processo de tratamento analítico dos dados, acompanhando-se a seta descendente. Já a seta ascendente indica o movimento de síntese. Após a análise, precisamos construir relações entre as mediações captadas para retornarmos ao mesmo objeto. O ponto de partida da investigação é o mesmo da chegada. Ou seja, o objeto da pesquisa é a educação profissional em saúde na rede federal. Foi dele que partimos e é a ele que precisamos retornar. Porém, o objeto como ponto de partida corresponde à ao objeto empírico, isto é, conhecido superficialmente, na sua representação, pela apreensão sensível, experiencial, que temos dele. Vamos buscar retornar a ela como objeto concreto. Trata-se do que Karel Kosík fala da passagem do pseudoconcreto ao concreto pensado. Este expressa a realidade concreta que existe materialmente na sua dinâmica, porém, apreendido em suas determinações. Essa apreensão se faz pelo movimento da síntese, após se ter captado as mediações por meio da análise. Tais mediações foram reconhecidas

²³ Apêndice A.2.5.

<https://drive.google.com/file/d/1ktk366AUvRA-V5PeHvxX3fiI1diDc8mh/view?usp=sharing>

e ordenadas como as categorias empíricas. Dito de outra forma, as categorias empíricas resultantes da análise constituem-se nas mediações do objeto no movimento de síntese.

Para isto, agregamos as categorias empíricas nas respectivas categorias operacionais e passamos a discuti-las à luz das categorias teóricas. Assim, conseguimos compreender nosso objeto como práxis pedagógica, com o sentido pelo qual o trabalho se constitui como princípio educativo e orientada por concepções de saúde. Finalmente, relacionamos essas dimensões do objeto com nossa referência epistemológica, o que significa explicitar o objeto como particularidade da totalidade social, nesse caso, sob o enfoque das políticas públicas de educação e de saúde, na sua historicidade e contradições. Passamos, então a apresentar nossas sínteses.

4. A Educação Profissional em Saúde nos Institutos Federais: concepções e contradições

O objeto dessa pesquisa configura-se como uma produção social que articula concepções e prática de educação, trabalho e saúde. Lembremos que nossa apropriação o esquema quadripolar da pesquisa em Ciências Sociais de Paul Bruyne reconhece o polo teórico como aquele que nos remete à especificidade do objeto e permite a construção das respectivas categorias. Construímos, assim, categorias teóricas que nos possibilitassem captar essa relação na materialidade do desenvolvimento dos cursos técnicos de nível médio ofertados pela Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica.

O trabalho como princípio educativo e práxis educativa são as categorias que nos permitem captar as concepções epistemológicas e pedagógicas das instituições, sabendo-se das disputas entre o pragmatismo e/ou tecnicismo e o pensamento histórico-dialético. Por esse caminho, é possível identificar a presença de germens da educação politécnica face a existência ou não de alguma mobilização voltada para o projeto de ensino médio integrado. Temos, ainda, a determinação social da saúde, categoria apropriada para se captar a concepção de saúde e a relação com os princípios do Sistema Único de Saúde que orientam os projetos formativos. Pode-se compreender a saúde humana como determinada pelas relações sociais de produção ou por fatores isolados; ou ainda, ser abordada sob a ótica paradigma biomédico. Quanto ao SUS, a relação com seus princípios pode ser frágil ou inexistente; ocasional ou mesmo formal; ou elaborada e orgânica.

Já as categorias operacionais são próprias do polo técnico da pesquisa. Elas são temas que orientam a operacionalização da investigação empírica se enquadrando, assim nos procedimentos metodológicos. Os resultados da pesquisa serão apresentados segundo

dois eixos estruturantes da educação profissional em saúde, a saber: concepção de saúde e relação com o SUS; e concepção educacional, que orientam a oferta dessa formação nas instituições investigadas. Em torno do primeiro eixo foram agregadas as categorias operacionais “concepção de saúde” e “SUS”. O segundo eixo ordena as categorias operacionais “concepções pedagógicas”; educação politécnica”; e “estratégias metodológicas e estágio. As respectivas categorias empíricas serão explicitadas e discutidas quanto a suas frequências e sentidos adquiridos no âmbito da investigação, os quais nos apontarão inferências sobre a realidade da formação em saúde realizada nas instituições. Essas, finalmente, serão relacionadas no movimento de síntese, a fim de atingir os objetivos da pesquisa em seus aspectos qualitativos.

4.1. Concepções de saúde e relação com o SUS: determinação social da saúde como categoria teórica.

No âmbito da produção crítica de conhecimento sobre saúde, um conceito coerente com o referencial teórico do materialismo histórico-dialético é o de “determinação social da saúde”. Fleury-Teixeira (1999, 2010) nos apresenta um entendimento da determinação social dos indivíduos, de sua vida e saúde, a partir da Marx. Segundo ele, a determinação social da saúde é apenas e tão somente um aspecto da determinação social dos indivíduos, da vida humana, posto que está vinculado aos meios materiais e espirituais produzidos para o desenvolvimento e a realização de capacidades a que os indivíduos têm acesso no curso de suas vidas.

Por isso, a determinação social, a constituição dos indivíduos, da vida individual humana, pelas relações sociais em que eles se encontram, é uma das vias da relação bidirecional dos indivíduos com a totalidade social. A outra via é justamente a constituição da sociedade, da totalidade das relações sociais pelas escolhas e ações dos indivíduos ao longo de suas existências. Dessa forma, para os próprios indivíduos, a transformação da sociedade resulta em novas condições de ser, novas condições de sua existência, inclusive psicofisiológica; portanto, de sua saúde. As condições materiais de produção e as características sociais gerais de uma sociedade são, efetivamente, a base para o padrão sanitário de um povo, assim como a posição de cada indivíduo na própria sociedade é uma base da própria saúde.

Assim, adotamos o conceito de saúde como determinação social, noção enraizada no materialismo histórico-dialético, na medida em que implica a compreensão de que a saúde dos sujeitos é produção histórica e resulta da estrutura econômico-social e das

formas contraditórias pelas quais os sujeitos se conformam e se contrapõem à realidade dada. Sob essa referência, o ser humano saudável é aquele que pode produzir a sua existência no enfrentamento dessas condições. Afinal, “os homens fazem a sua própria história, mas não a fazem segundo a sua livre vontade; não a fazem sob circunstâncias de sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado. (MARX, 2011)

O Processo da determinação social em saúde se caracteriza como um processo histórico, multicausal, dinâmico, sobredeterminado por variáveis que transcendem aquelas tradicionais do modelo médico-clínico ou epidemiológico. Para Paulo Amarantes (2020), a concepção da determinação social nasce na busca da superação dos modelos de Saúde da OMS e o Biomédico. O conceito de Saúde da OMS engendrou a concepção dos “determinantes sociais” e da “promoção de saúde”. Para ele, a ideia dos determinantes sociais remonta a uma causalidade social mecânica, e a presença de fatores sociais que agem de maneira isolada, individualizadas, que não consideram a multicausalidade fatorial, sendo essa noção oriunda de tradições mecanicistas, inspiradas em autores como Newton, Kant e Decartes, carecendo de uma teoria social que lhe dote historicidade.

A noção de determinação social nasce no seio da constituição federal de 1988 e na VIII conferência de saúde, trazendo como questão a democracia, destacando-a como nuclear à saúde. A partir de então, a saúde deveria ser compreendida como prática democrática essencial, promoção e defesa da vida, um processo civilizatório de busca autônoma de produção dos modos de vida, garantindo condições materiais e simbólicas para os sujeitos, não só o tratamento de doenças ou a promoção de hábitos saudáveis. Isto implica direitos sociais, equidade, justiça social e ecológica, e – mais recentemente –, incorpora as dimensões da identidade de gênero, discriminações raciais, migração, ocupações territoriais, entre outras questões. (OLIVEIRA, 2018)

Descolam-se, assim, os polos da doença para a qualidade de vida, dos determinantes sociais para a determinação – relações materiais de produção da vida – e da promoção da saúde, de práticas saudáveis, para defesa de condições concretas e reais de trabalho, educação, moradia, transporte, segurança, cultura, direitos humanos e sociais. (AMARANTE, 2020)

Passos (2010), propõe abandonar a expressão ‘determinantes sociais’, que submete o conhecimento dos fenômenos da saúde a explicitações de relações de causalidade em sentido estrito. Concordamos com seus argumentos de que a atribuição

de fatores causais a um dado fenômeno é apenas uma entre múltiplas maneiras possíveis de como um estudo científico ou filosófico pode determinar um dado fenômeno, no sentido de caracterizá-lo de maneira concreta. O processo de determinar um fenômeno social é sempre o resultado de um movimento do pensamento que apreende o real de modo concreto, como síntese de “múltiplas determinações”, como dizia Marx na sua crítica aos autores da tradição da economia política.

Não sendo a saúde somente ausência de doença (perspectiva biomédica), nem produto de determinações isolada de fatores (perspectiva da teoria dos “determinantes sociais), mas a plena possibilidade de produzir socialmente a existência humana, somente captando dimensões da realidade social se pode captar a determinação social da saúde.

4.1.1. As categorias operacionais do eixo concepção de saúde e relação com o SUS.

Neste item trataremos especificamente de duas categorias operacionais que organizam o eixo concepção de saúde e relação com o SUS. Como redundância necessária, são elas: *Concepção de Saúde* e *SUS*.

A compreensão das categorias deve se dar de forma articulada, considerando as etapas da análise, a identificação das particularidades com suas mediações e o retorno para as categorias do objeto – no caso das categorias “concepções de saúde” e “SUS”, esta foi centralmente a determinação social da saúde – e, finalmente, para as categorias do método. Trata-se de um movimento pelo qual as categorias nos permitem a compreensão da totalidade mediada pelas particularidades, mediante a articulação das determinações mais simples. Entretanto, para fins dessa exposição, bem como para a sistematização dos resultados, as categorias serão apresentadas de forma separada, embora as compreendamos como conjunto. A relação entre elas nos dará a síntese das concepções. A abordagem partirá das categorias operacionais estudadas, realizando uma discussão teórica de suas respectivas categorias empíricas em relação com a fala dos entrevistados e a apresentação da frequência das respostas, problematizando suas mediações.

4.1.1.1. Concepção de saúde

A categoria *Concepção de Saúde* refere-se ao conjunto de concepções de saúde que orientam os currículos e práticas, da oferta de educação profissional em saúde na rede federal. Identificamos a presença de concepções vinculadas a: 1) saúde ampliada; 2) saúde

pública; 3) definição da Organização Mundial da Saúde (OMS); e 4) concepção biomédica. Essas são as categorias empíricas associadas a esta categoria operacional.

Conferimos os seguintes sentidos a cada uma delas²⁴:

- Saúde Ampliada: concepção de saúde centrada na saúde coletiva e nos determinantes sociais do processo saúde-doença.
- OMS: incidência da concepção de saúde como um completo bem-estar, tal como preconizada pela Organização Mundial de Saúde.
- Saúde Pública: concepção de saúde centrada nas políticas públicas de saúde brasileiras e no sistema único de saúde.
- Biomédica: concepção de saúde como ausência de doença. Preconiza o corpo e a interação ambiental como fatores fundamentais no processo da doença. Ênfase nos aspectos biológicos e individuais na classificação de uma doença.

Os resultados apontam que a concepção de saúde ampliada tem maior presença dentro dos institutos estudados, representando em torno de 40% das ocorrências presentes nas entrevistas. Em seguida, aparece a concepção de Saúde Pública (27%) e da OMS (26%), sendo a referência menos presente a concepção biomédica (6%).

Ao unir os resultados do Instituto Federal de Goiás, campus Águas Lindas, no qual foram realizadas três entrevistas em cursos diferentes, obtivemos vinte (20) respostas vinculadas a noção de Saúde ampliada, dezoito (18) vinculadas a Saúde pública, duas (2) a OMS e a biomédica. No Instituto Federal de Londrina, no qual foram realizadas duas entrevistas, podemos identificar uma (1) menção a Saúde Ampliada, uma (1) a Biomédica e quatorze (14) a OMS. No Instituto Federal do Rio de Janeiro, campus Realengo, a concepção mais presente foi a OMS (4), seguida da Saúde Pública (2) e Saúde Ampliada (1). No Instituto Federal do Tocantins, campus Araguaína, identificamos a presença da concepção de Saúde pública e da OMS, ambas com a mesma frequência (1). No Campus Eunápolis, do Instituto Federal da Bahia, é observado uma frequência da concepção de Saúde Ampliada (25), embora também apareça a concepção OMS (2) e Biomédica (2). No Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca (CEFET),

²⁴ Para facilitar a descrição das análises utilizaremos no decorrer do texto a menção às concepções de forma sintética.

campus Nova Iguaçu, há maior frequência da concepção de saúde ampliada (11), seguida da Saúde Pública (7) e da Biomédica (3). O Instituto Federal de Santa Catarina, campus Florianópolis apresentou menção a presença de todas as categorias estudadas, tendo maior frequência na categoria Saúde Pública (15), seguida da OMS (8), Saúde Ampliada (3) e Biomédica (2). Na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, identificamos unicidade na presença da concepção de Saúde ampliada (3). Bem como no Instituto Federal do Pará, campus Belém, na presença da concepção da OMS (9).

Apêndice A.2.1

<https://drive.google.com/file/d/1dsjzOirsHH6XRJvFaa5TPdU0bVj9bxNY/view?usp=sharing>

[Tabela 19. Concepção de saúde por instituto federal. Fonte: elaboração dos autores, 2020](#)

[Tabela 19.1 Total concepção de saúde por instituto federal. Fonte: elaboração dos autores, 2020](#)

Vejam os sentidos dessas concepções:

4.1.1.1.1. Saúde Ampliada

A concepção de saúde ampliada nos institutos federais de educação profissional e tecnológica nos parece vinculada à noção dos determinantes sociais da saúde-doença, à saúde coletiva, à saúde como um processo de interação entre a subjetividade e o meio social.

Exemplificada na fala da entrevista 1 do Instituto Federal de Goiás, campus Águas Lindas,

Essa concepção é bem compreendida e aceita. Ainda mais porque dentro dos cursos, na área técnica, nós temos os professores de saúde coletiva que têm essa concepção muito clara da formação, que é uma concepção mais geral de saúde, de compreender todo o espaço que o indivíduo está inserido, até para ver se que impactos é que o meio que essa pessoa vive tem na saúde dela, seja se ela tem acesso a transporte, alimentação, enfim, todas essas questões dos determinantes sociais da saúde, né. Então é uma concepção aceita e estabelecida mesmo. (IFGO-Águas Lindas 1)

A perspectiva dos determinantes sociais do processo saúde-doença, fazem relação com as diversas dimensões da existência e buscam implementar ações nas mediações, que são históricas, dinâmicas, sociais e contraditórias. Para Buss et al (2007), os determinante sociais em saúde (DSS), envolvem fatores físico-materiais – diferença de renda e sua influência na saúde, escassez de recursos e de investimentos em infraestrutura; fatores psicossociais – experiências de pessoas em sociedade desiguais, estressores e prejuízos à saúde; Ecosociais – biologia-Indivíduo-grupo-ambiente – ecologia entendidos em relação sócio-histórica; Capital Social/Coessão Social – relação entre as desigualdades sociais, a saúde da população e os vínculos sociais de solidariedade.

Segundo a comissão de determinantes sociais da saúde no Brasil (2006, *apud* BUSS, PELLEGRINI FILHO (2007),

Os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (p. 78)

Na entrevista da Universidade Federal do Rio Grande do Norte encontramos a seguinte referência a concepção de saúde adotada

Saúde sem dúvidas a gente tem a concepção ampliada de saúde. Saúde é qualidade de vida e isso resulta das condições de vida, de trabalho, de moradia, de salário... Então toda aquela concepção geral do conceito ampliado de saúde e dos seus determinantes sociais (DSS). (UFRN)

Em Ceballos (2015), podemos identificar que o modelo dos determinantes tem a saúde como um direito social de acesso à justiça social, embora isso seja um grande desafio. Esse modelo preconiza a ação sobre as situações de vida dos indivíduos. Com foco na direta relação com as inequidades sociais, a exposição a fatores de risco, a redução de danos e de vulnerabilidades biológicas e sociais, nesse sentido podemos concluir que as políticas de promoção da saúde devem vir alinhadas com estratégias de enfrentamento das inequidades sociais e que essa concepção tem se refletido de forma relevante na formação nos Institutos Federais de Educação, representando 40% das concepções presentes em todo grupo estudado.

Não identificamos nas análises uma distinção, por parte dos entrevistados, da perspectiva dos determinantes sociais da saúde *versos* a determinação social em saúde, sugerindo-nos que este debate, dado o limite fluido entre as duas concepções e até mesmo a distinção entre as duas, não é tão claro para os profissionais ou até mesmo presente na formação ofertada nas instituições. Mesmo assim, inferimos que a concepção indicada pelos entrevistados aqui categorizada, se aproxime mais da noção da determinação social da saúde do que as demais concepções, sugerindo-nos um caminho para introdução deste debate nas instituições.

4.1.1.1.2. OMS – Organização Mundial da Saúde

A Organização Mundial da Saúde (OMS), na sua constituição lançada em 1948, define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou incapacidade. Não sem críticas, esse conceito foi difundido mundialmente e adotado na formulação dos sistemas de saúde de diversos países. Não cabe no escopo deste artigo discutir a história e surgimento do conceito de

saúde tal como postulado pela Organização Mundial da Saúde. Entretanto, faz-se necessário salientar que a história da OMS oferece exemplos sobre as tensões e disputas por concepções e enfoques preponderantes centrados em aspectos biológicos e individuais ou intercalados com outros que preconizam fatores ambientais e sociais.

Para ilustrar os movimentos de disputas das concepções, Buss e Pellegrini Filho (2007) afirmam que a definição de saúde como um estado de completo bem-estar esteve presente dentro da OMS desde a sua fundação em 1948, o que representa uma concepção ampla de saúde, ou seja, para além do enfoque biomédico doença-centrado. Entretanto, os autores apontam um contra movimento na década de 1950, com as políticas de erradicação de doenças, e as campanhas de combate específicos. Já nos anos 1970, o lema “Saúde para todos no ano 2000”, recoloca o debate dos determinantes sociais. Nos anos 1980 predomina o conceito de saúde como um bem privado passivo de assistência médica individual. Na década de 1990, com o surgimento das Metas do Milênio, abre-se novamente espaço para uma ênfase nos determinantes sociais, culminando na criação da Comissão sobre determinantes Sociais em Saúde em 2005. (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007)

No *corpus* do estudo, a concepção da OMS aparece representando 26% das concepções identificadas. Por vezes, sua menção aponta uma repetição literal do conceito de saúde adotado pelo organismo. Outros autores, em estudos semelhantes com professores de cursos superiores em saúde, identificam a presença da repetição do conceito de saúde da OMS, percebidos pela forte presença da categoria bem-estar. (STANGA; REZER, 2015) Identificamos que a repetição irrefletida sobre o conceito de saúde como bem-estar, tal como definido pela OMS, sugere a ampla difusão dos conceitos e a importância da OMS como reguladora de discursos em saúde, ao mesmo tempo que expõe a não criticidade sobre esse conceito entendido por alguns autores como limitado. (ALMEIDA FILHO, 2000; BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2006)

Assim, a gente entende saúde né? A gente acaba seguindo meio que o conceito. Vamos dizer assim... Mundial da saúde né? Mas o conceito para mim é o bem-estar do ser humano não só na questão física, mas mental... Então assim, o bem estar em todas as áreas no sentido amplo, não só a ausência de doenças, mas o fato dele estar se sentindo bem... Bio, psico, socialmente, então isso para mim é saúde. (IFSC- Florianópolis)

4.1.1.1.3. Saúde Pública

As mudanças ocorridas na modernidade, a ampliação das competências tecnológicas em saúde, seja no campo do diagnóstico ou terapêutico, ou em outros

campos como os da educação, informação, alimentação, assim como a ampliação do acesso a bens e serviços, vacinas, métodos contraceptivos, saneamento etc., impactaram diretamente na preservação e prolongamento da vida humana. Emerge-se disto, outra realidade. Aumento das doenças crônico-degenerativas, processos naturais do envelhecimento, aglomeração nas cidades, dentre outros fatores, exemplificam as transformações culturais e sociais ocorridas na modernidade, que são fortemente marcadas por processos de industrialização e avanço das tecnologias produtivas. Carvalho (1996), afirma que o discurso sanitário vigente é tributário ao modelo biomédico de saúde, e como tal, frente a pós-modernidade, encontra-se incapaz de enfrentar a complexidade assumida pelo quadro epidemiológico e sanitário do final do século

A saúde pública tradicional é constituída historicamente pelo modelo biomédico. Dito de outra forma, a saúde pública moderna nasce sob a égide do pensamento positivista. Assim desde a medicina social anglo-saxônica – miasmática passando pela saúde pública francesa – teoria microbiana. as práticas sanitárias fundamentaram-se na objetividade do saber científico. Utilizam-se de práticas e políticas de controle dos modos de vida da população de acordo com a necessidade de mudanças no padrão sócio sanitários vigentes.

Nos anos 1960, a partir de um esforço das ciências sociais em disputar a hegemonia do conhecimento sobre saúde, a saúde pública sofre influência do pensamento social estruturalista. Surge uma concepção mais complexa do processo saúde-enfermidade e rebatiza-se a saúde pública como saúde coletiva.

Para Campos (2000), a saúde pública tradicional²⁵ teria um caráter estruturalista, na medida em que delega ao Estado e ao aparato técnico quase toda a responsabilidade pela produção de saúde. Uma espécie de coletivização da assistência médico-curativa, portanto, também biomédica, baseada na centralidade do Estado em prover acesso a serviços de saúde para grande massa da população, como programas de vacinação, por exemplo.

²⁵ Sobre a construção do discurso da dimensão da saúde pública e da discussão da mudança do perfil epidemiológico da população com as ações sanitárias estatais ver Ceballos (2015).

Na atual fase da saúde pública, a promoção da saúde, focada em adoção de práticas preventivas em saúde, no combate a estilos de vida não saudáveis, apesar de se reconhecerem os avanços, é uma forma moralista e normativa em saúde. Isto porque os grupos aos quais essas práticas são orientadas não participam ativamente da construção dos modos de vida preconizados. (CAMPOS, 2000)

A concepção de saúde pública encontrada nas análises aborda as políticas de saúde desenvolvidas no Brasil a partir da reforma sanitária brasileira, que culminou no processo hoje conhecido como o Sistema Único de Saúde (SUS). Apresentam, assim, noções vinculadas às políticas públicas de saúde e aos processos gerenciais organizativos do sistema.

E a parte social é a parte que envolve todo o sistema do SUS. (IFTO-Araguaína)

Ou seja, questões sociais que vão influenciar no desenvolvimento de determinadas patologias sabendo que tem questões que dependem de várias políticas públicas para que se tenha uma resolução real dos problemas de saúde. (CEFETRJ-Nova Iguaçu)

A saúde pública representa 27% das concepções de saúde mencionadas, com 43 frequências, na pesquisa, aparecendo em igual relevância com a categoria OMS.

É importante ressaltar que a saúde coletiva é tratada como categoria empírica da categoria operacional saúde ampliada, embora compreendamos e consideramos a referência de alguns autores, tais como Carvalho (1996) e Campos (2000), que postulam a saúde coletiva como campo da saúde pública e até mesmo como sinônimos. Entretanto, o que identificamos nas entrevistas, e estamos chamando de saúde pública, não é a lógica das ciências sociais acrescidas à compreensão de saúde, mas sim a nomeação de práticas de gestão do sistema público de saúde como a própria concepção em si, tendo como unidades de registro por exemplo a “reforma sanitária”, “direito à saúde”, “sistema do SUS”, “políticas públicas”.

Isto faz com que a concepção de saúde pública, por nós identificada na pesquisa, não seja em si uma concepção de saúde, mas uma categoria de ausência, que pode tender sua utilização para práticas de saúde mais biomédicas, vinculadas a noção da organização mundial da saúde, pautadas na determinação social ou por outras concepções por nós não identificadas.

4.1.1.1.4. Biomédica

A concepção de saúde biomédica constitui sua perspectiva no “silêncio dos órgãos”, referência a saúde de forma negativa, uma oposição à doença; em termos objetivos, saúde seria a ausência de doença. De origem pragmatista e liberal, (RAMOS, 2010) essa concepção fundamenta sua racionalidade no corpo, fragmentando-o em partes, órgãos, tecidos, células, microrganismo, átomos – e emerge, conseqüentemente, os especialismos oriundos dessa fragmentação – estruturando o conhecimento sobre a função a partir da disfunção. Os componentes corpóreos são os pontos de partida e de chegada, orientando a lógica dos serviços, da assistência, das políticas e da gestão, a promover relações médico-curativas individuais.

O modelo Biomédico é tributário do advento da modernidade²⁶. Em meados do séc. XVIII ainda não existiam os sistemas classificatórios de doenças fundados a partir da classificação de sintomas. A doença ainda era compreendida como uma entidade presente no ambiente. Com a ascensão dos Estados modernos e o declínio do Renascimento, o capitalismo, o industrialismo, o avanço científico e a centralidade da ciência para as explicações causais, esse modelo passa a ser central para a compreensão da saúde, das instituições, das políticas e seus processos gerenciais. (BATISTELLA, 2007)

A ausência de doença, pronto a professora saúde coletiva já me bateu. (IFPR-Londrina)

Mas ainda vejo no currículo, nos nossos planos de trabalho, uma visão muito voltada para questão hospitalocêntrica. (CEFETRJ-Nova Iguaçu)

Centrada na lógica do controle das doenças, logo dos corpos, da população e de seus modos de vida.

Na análise das entrevistas identificamos que o discurso dos processos sobre uma percepção do currículo e dos profissionais ainda terem uma visão hospitalocêntrica se configura como uma opinião. Enquanto apenas uma resposta se referia diretamente à “ausência de doença” como concepção de saúde, as demais referiam-se a uma preocupação com a adoção dessas concepções. Ainda nos parece serem necessários mais

²⁶ Apesar de afirmar que o modelo biomédico é tributário a modernidade, o compreendemos a partir da categoria da historicidade, assim entendemos que essa e toda outra concepção nasce a partir do desenvolvimento ao longo da história, mediado pelo avanço das forças produtivas, pelas relações sociais de produção, econômicas e culturais, culminando seus conhecimentos e práticas na modernidade.

estudos para confirmação da hipótese de que há uma preocupação com uma execução não refletida na prática.

4.1.1.2. SUS - Sistema Único de Saúde

O Brasil é o único país da América Latina com um sistema universal de saúde e que possui serviços universais e gratuitos em todo território nacional. O Movimento da reforma sanitária brasileira (MRSB), composto por entidades e movimentos sociais compromissados com a defesa do direito universal à saúde, foi o propulsor da implantação do Sistema único, conquistando em 1988 a saúde como um direito constitucional do cidadão e dever do Estado. (PAIM, 2018) Ter um sistema único de saúde alude a processos jurídicos, administrativos e institucionais que compatibilizam a universalização do direito à saúde, por meio de uma rede de serviços e ações distribuídas em instituições responsáveis por garantir cuidado e atenção à saúde. (PEREIRA; LIMA, 2008)

A categoria operacional SUS, tal como formulada por nós como questão de pesquisa, objetivava identificar as formas pelas quais o Sistema Único de Saúde (SUS) está presente no currículo; como a formação dos institutos engloba os princípios e diretrizes do SUS; a força ou a fraqueza dessas orientações; e se essa formação é direcionada a desenvolver os profissionais trabalhadores para atuarem no sistema único. Esse objetivo se expressava principalmente nas perguntas “de que modo o SUS está presente no currículo do curso?” e “e pensando nos princípios do SUS, como esses se manifestam nesse currículo?”.

Após a análise das entrevistas, identificamos as referências ao Sistema Único de Saúde, aos modos de inserir o SUS no currículo e as referências aos seus princípios e diretrizes. Agrupamos as diversas referências nas seguintes categorias empíricas, significando-as como se segue:

- Princípios e Diretrizes: presença dos princípios e diretrizes do SUS
- Defesa do SUS: demarcação de posições que defendem o sistema único, em detrimento a saúde complementar, frente aos desmontes e cortes estruturais e financeiros nas políticas, programas e assistência à saúde.
- Curricularização do SUS: Nomeação das modalidades e formas as quais o Sistema único de saúde é tratado e inserido nos currículos dos cursos.

- Precarização do Trabalho: ²⁷relação da precarização do trabalho em saúde-redução de direitos, incentivos, políticas sociais, salariais e terceirização do trabalhador, em curso com o aumento da empregabilidade nos cursos técnicos, pelo baixo custo dos trabalhadores. Sendo aqui tratada como fator de fortalecimento dos cursos técnicos em saúde.

Identificamos que o Instituto Federal com maior frequência de respostas em princípios e diretrizes foi o Instituto Federal do Rio de Janeiro, campus realengo. O IFPA, campus Belém, foi o único instituto, quando analisado isoladamente, a não mencionar os princípios e diretrizes do SUS. Assim se distribuíram as menções:

IFGO-Águas Lindas (2), IFRJ-Realengo (1), IFPR-Londrina (1), IFBA-Eunápolis (2), CEFET- Nova Iguaçu (3) e UFRN (2), apresentaram frequência na categoria defesa do SUS. Todas as entrevistas apresentaram frequência de resposta sobre a curricularização do SUS.

Apêndice A.2.1

<https://drive.google.com/file/d/1dsjzOirsHH6XRJvFaa5TPdU0bVj9bxNY/view?usp=sharing>

[Tabela 20. Concepção de SUS por instituto federal. Fonte: elaboração dos autores, 2020](#)

[Tabela 20.1 Total concepção de SUS por instituto federal. Fonte: elaboração dos autores, 2020](#)

O volume de dados, as altas frequências de menções, e principalmente as estratégias de circularização do SUS e dos princípios e diretrizes nos sugerem que o Sistema Único de Saúde se encontra presente nos currículos dos cursos e que há o domínio de seus princípios e diretrizes. Entretanto, podemos perceber que a repetição dos termos se concentra em algumas unidades, como por exemplo o Instituto Federal do Rio de Janeiro, campos Realengo, que obteve a frequência de 43 menções aos princípios e diretrizes, embora ele não tenha obtido tal frequência quanto à inserção dos princípios no currículo. Ou ao contrário, quando observamos o IFPA, campus Belém, que apresenta uma frequência alta em curricularização do SUS não mencionando seus princípios e diretrizes. Esses dados nos sugerem que não necessariamente uma unidade que obteve uma frequência maior executa mais uma formação direcionada aos serviços em saúde dentro do sistema único.

Outro dado interessante foi a presença em algumas unidades de categorias empíricas que referiam a necessidade de defender o Sistema Único de Saúde de

²⁷ Essa categoria por ter apenas uma menção foi retirada da tabela para fins didáticos.

desmontes e ataques políticos institucionais, valorizando o sistema como um espaço de excelência em saúde em disputa e, portanto, discussão relevante a ser realizada na formação, considerando a necessidade de instrução dos trabalhadores e trabalhadoras sobre os processos das relações de forças que incidem sobre a disputa do sistema público de saúde. Passemos então a análise destrinchada de cada categoria.

4.1.1.2.1. Princípios e Diretrizes

Algumas das unidades de registro que compõem esta categoria empírica são humanização, educação em saúde, integralidade, universalidade, equidade, gestão. Ela reflete, não só os princípios e diretrizes do SUS, a saber: integralidade, universalidade, igualdade, autonomia, direito a informação, participação social, descentralização, hierarquização, regionalização e resolutividade, mas também formas organizativas do sistema, linhas de cuidado em saúde e programas específicos.

olha é difícil visualizar assim tão pontualmente que a integralidade, universalidade, ela vai estar presente no currículo. Eu acredito que esses princípios vão ser discutidos de fato quando se discute as disciplinas específicas de políticas públicas, que são apresentados esses princípios a eles e quando se fala realmente das políticas. Porque as políticas elas se fundamentam na equidade, na integralidade e na universalidade do sistema. Então quando por exemplo vou explicar a implementação de uma política pública de a saúde a gente vai perpassar assim por esses princípios. Mas pontualmente, somente nas disciplinas. (IFGO-Águas Lindas)

A Carta Magna de 1988, estabelece o sistema público constitucional de saúde com as diretrizes constitucionais de: descentralização de recursos e atribuições, que fundamenta o mecanismo de ampliação da oferta e do acesso a serviços e ações de saúde, o controle social, dispositivo constitucional de participação comunitária, e a integralidade. Na Lei n. 8080/1990, que regulamenta o sistema, aparecem como princípios e diretrizes, a universalidade, integralidade da atenção à saúde, descentralização e participação social como os mais comuns. Postula, ainda, a autonomia, o direito à informação, a epidemiologia, intersetorialidade e a resolutividade (BRASIL, 1990)

Tal como observado nas análises, os princípios e diretrizes mais citados foram a universalidade, a integralidade e a equidade, salientando a sua presença nos currículos de forma distribuída entre as disciplinas, fundamentando a importância do conhecimento dos fundamentos para consequentemente compreensão das políticas e do trabalho no sistema o que vincula essa categoria empírica a curricularização do SUS.

eu percebo os princípios do SUS no currículo da enfermagem principalmente na saúde coletiva, a gente tenta abordar esses princípios, até com as atividades que são realizadas relacionadas a saúde coletiva, acredito que em outras disciplinas como paciente graves, práticas, os professores tentam também trazer essas perspectivas. (CEFETRJ Nova Iguaçu)

4.1.1.2.2. Defesa do SUS

Garantir a universalidade da assistência à saúde representou uma perspectiva de resgate histórico da dívida social do Estado brasileiro, caracterizando-se pela responsabilidade do ente público com a implementação, financiamento, e organização de um sistema nacional de saúde, um sistema para todos.

O sistema único construiu legados importantes na história da saúde no Brasil e mundialmente, como o sistema de vigilância sanitária, a assistência farmacêutica, política de controle ao tabagismo, plano nacional de imunização, política de controle ao HAIIV/AIDS, programa de atenção primária à saúde e às equipes de saúde da família, sistemas de informação em saúde. O SUS tem se configurado, desde sua implementação e formulação, como um projeto concreto, porém não consolidado. (PAIM, 2018) A falta de prioridade do SUS diante das agendas políticas e os ataques visando ao seu desfinanciamento, privatização e desmonte foram reforçados pela crise econômica e política brasileira instaurada desde 2014. A perpetuação e aprofundamento da hegemonia contrária ao SUS, torna-o ainda mais reduzido.

Sempre, principalmente quando você fala, quando tem né. A gente tem uma disciplina de políticas e ao longo de todas as disciplinas eles discutem o sistema único de saúde e no próprio estágio. Até para eles irem para o estágio compreender o SUS no seu nível na atenção primária, secundária, como que se dá toda a estrutura do sistema único de saúde. Como que surgiu, como foi, como foi a política da reforma sanitária brasileira. Então tudo isso eles aprendem aqui. Então tem todo o surgimento do SUS e como foi o SUS um sistema Universal que até eles mesmos precisam compreender e defender. Que é um sistema muito bem elaborado que se em algumas regiões do país não funcionam ou até mesmo as discussões que a gente tem de desmonte do SUS. É tudo isso, então é bem presente no nosso cotidiano. (IFGO-Águas Lindas)

Bahia (2008) afirma que é necessário, diante de tantos desafios políticos e financeiros que impossibilitam o SUS de cumprir seus deveres constitucionais, resgatar a defesa da seguridade social, revisar a política monetária e formular uma política de desenvolvimento nacional.

A gente também tem uma defesa do sistema único de saúde, porque a gente entende ele como um dos programas, ou um dos projetos mais justo que dá acesso igual a todos. (IFBA-Eunápolis)

Identificamos a presença, ainda que com baixa frequência de menções, do reconhecimento da importância da necessidade de se defender o sistema único, tal como já discutido anteriormente, um sistema que apresenta um legado histórico como vetor do direito à saúde e à vida no Brasil, referência internacional em política pública de saúde que demonstrou resultados e avanços significativos na promoção a saúde no Brasil.

4.1.1.2.3. Curricularização do SUS

A curricularização do SUS refere-se à presença dos princípios e diretrizes do SUS no currículo, das modalidades de atenção de gestão e de cuidado em saúde, da organização e divisão do trabalho, do histórico de desenvolvimento do sistema, a diferenciação entre o sistema público e o privado, a intersetorialidade, e outras noções que fazem parte do conjunto da política e sistema de saúde pública brasileira. Em suma refere-se à orientação do currículo do curso a uma formação que se destine a compreender o máximo de noções necessárias à boas práticas de atuação dos profissionais no e para o sistema único de saúde.

Na verdade, assim, a gente trabalha todo voltado para o SUS, então como eu já falei ali a gente até pelas parcerias que temos, a gente trabalha muito a primeira fase ali na disciplina de contextualizando. A gente trabalha forte a questão do SUS, depois ele vem transversal nas outras disciplinas e depois na terceira fase ele vem forte de novo na saúde coletiva, com o que a gente trabalha, porque na primeira no contextualizando a gente tem um tópico bem de políticas públicas, depois na saúde coletiva a gente resgata com algumas coisas que não foi trabalhado e lógico que paralelo né? Transversalmente vêm algumas outras questões. E também muito trabalhando para as questões e parcerias, onde a gente desenvolve nossos projetos, aonde o aluno vem de campo de estágio. (...) Uma coisa que chamou bastante atenção logo que eu entrei aqui que eu comecei a trabalhar com essa questão do transplante né? Que eu lembro que na primeira turma que a gente trabalhou a questão de eles entenderem que é SUS... Que as pessoas não têm essa concepção de que a transfusão de sangue é SUS, de que o transplante acontece cem por cento SUS, então a gente sempre tenta trabalhar essas concepções. Então o SUS é muito presente assim em dois pontos bem claros, como: tópicos dentro do nosso plano de aula, de ensino e nos outros dois mais transversalmente.

Tendo em vista que há cursos dos quais a inserção dos trabalhadores no mercado de trabalho se dá apenas em unidades públicas de saúde, tais como os agentes comunitários de saúde; outros dos quais a inserção se dá mais em instituições privadas, tais como o profissional de análises clínicas; e até inserções mistas, como o técnico em enfermagem, cabem os questionamentos: há uma diferença significativa de conteúdos formativos para cursos destinados a atenção privada e cursos destinados a atenção pública de saúde? Mesmo afirmando que um curso é destinado à formação de trabalhadores para

o SUS, os conteúdos presentes nos currículos dos cursos que orientem a prática dos trabalhadores são alinhados às políticas públicas de saúde?

Como já abordado, a curricularização do SUS foi a categoria empírica, na categoria operacional SUS, que apresentou maior frequência nas análises das entrevistas, sugerindo-nos a forte orientação do currículo para o desempenho do trabalho em saúde no sistema único.

Sendo os currículos formulados anteriormente à consolidação da política de formação dos Institutos Federais (2008), ou à criação da instituição já no escopo dessa vigência legislativa, não foi observada diferença significativa no que concerne à forma de curricularização do SUS. São ainda necessários estudos posteriores para acompanhamento das reformas curriculares que têm sido empenhadas nos Institutos Federais.

é porque o currículo quando a gente entrou o currículo já tinha sido montado. Mas ele foi montado em cima de uma estrutura voltada para o SUS. Porque era o modelo que se tinha na época da Escola. (IFTO-Araguaína)

Essa categoria se mostrou como uma perspectiva que poderia orientar estudos específicos e mais aprofundados nas unidades de formação em saúde, visando correlacionar a política de formação de trabalhadores da saúde e a forma de sua inserção nos currículos do curso. Isto, com a finalidade de aproximar os currículos das necessidades de formação dos trabalhadores da saúde na perspectiva de se alinhar as concepções e políticas do SUS com a formação dos trabalhadores técnicos.

olha é difícil visualizar assim tão pontualmente que a integralidade, universalidade, ela vai estar presente no currículo. Eu acredito que esses princípios vão ser discutidos de fato quando se discute as disciplinas específicas de políticas públicas, que são apresentados esses princípios a eles e quando se fala realmente das políticas. Porque as políticas elas se fundamentam na equidade, na integralidade e na universalidade do sistema. Então quando por exemplo vou explicar a implementação de uma política pública de a saúde a gente vai perpassar assim por esses princípios. Mas pontualmente, somente nas disciplinas. (IFGO-Águas Lindas)

4.1.1.2.4. Precarização do trabalho.

Esta categoria operacional foi criada a partir de duas categorias empíricas, “atenção com o custo mais baixo” e “ampliação das funções do técnico”. Elas aparecem de forma concentrada apenas em uma entrevista. Ela se refere à menção de um entrevistado sobre como os processos de ampliação da contratação de trabalhadores para o mercado de trabalho estão necessariamente vinculados ao quanto esse trabalhador é

mais barato, portanto, pode ser contratado em grande quantidade para ampliação da assistência. Apesar de ser atípico dentro do escopo deste trabalho, das entrevistas e dos objetos da pesquisa, consideramos uma questão relevante de pesquisa a ser mencionada.

Ainda é baixa. Eu acho que tende só aumentar porque o técnico em saúde bucal pode executar diversos procedimentos sobre supervisão do cirurgião dentista. Então a rede pública está enxergando que hoje você pode ter um cirurgião dentista e até cinco técnicos, e dessa forma você consegue atuar de uma maneira mais ampla em relação à saúde do que se você [inaudível] (00:42:38) em questões até financeiras, porque a remuneração do técnico é inferior a remuneração do cirurgião dentista- (IFPR-Londrina)

O trabalho em saúde sustenta dimensões específicas que inserem sua particularidade em ações de relações interpessoais, demandam a utilização de teorias, técnicas, instrumentos e tecnologias, mas necessariamente demandam a dimensão relacional. O trabalho em saúde, enquanto “ato produtivo de coisas e pessoas” (MEHY; FRANCO, 2008) se configura como um trabalho que não é pautado na produção de bens, mas sim de vida de sujeitos, do cuidado. Assim, o trabalho em saúde é o trabalho humano no exato momento de sua execução, tendo a intenção de satisfazer necessidades de saúde dos usuários, mas também utilizando-se de tecnologias para cumprir sua finalidade, sejam elas instrumentos – tecnologias duras.; saber técnico estruturado – tecnologias leve-duras; e “relações que só tem materialidade em ato” (p. 283) – tecnologias leves. O trabalhador da saúde utiliza-se do intercambio dessas tecnologias para a produção do cuidado.

O processo de precarização do trabalho tem se caracterizado pela exploração do trabalho, promovida pela insegurança e intermitência dos vínculos, pela realização do trabalho em condições degradantes resultando em efeitos de rompimento com os meios tradicionais de organização e representação dos trabalhadores. Além disso, a deterioração das condições de trabalho, intensificação do trabalho, extensão da jornada, redução dos ganhos e desproteção social, causando insatisfação, adoecimentos físicos e mentais associados às funções laborais.

Em uma perspectiva macro, o desemprego estrutural também se vincula a processos de precarização do trabalho, na medida em que, segundo Morosini (2018) a precarização do trabalho é um fenômeno social intrínseco ao modo de produção capitalista.

Assim, a precarização do trabalho é um fenômeno de precarização social, posto que a ontologia do homem é ser um sujeito que trabalha, primeiro, no reino da necessidade, mas buscando superá-lo com vistas à liberdade. A precarização do trabalho

é um processo histórico que expressa a correlação entre o capital e o trabalho reiteradamente desfavorável ao segundo, promovendo como síntese a precariedade social, condição intrínseca ao modo de produção capitalista.

A força do sujeito que trabalha no modo de produção capitalista, devido às contradições da relação social capital-trabalho, se constitui como mercadoria, produto explorado para obtenção da mais-valia, como nos mostra Marx (1999) no volume 1 de *O Capital*. Ou seja, o modo de produção capitalista instaura um processo de desenvolvimento civilizatório baseado na contínua precarização.

Embora compreendamos o processo de precarização do trabalho como um fenômeno intrínseco ao modelo de produção capitalista, a vinculação desse processo com os trabalhadores técnicos da saúde se dá na intensificação da precariedade dos vínculos, com contratações realizadas por empresas terceirizadas, que também fragilizam a organização e representação dos trabalhadores e o pagamento de salários baixos. A precarização se manifesta também nas condições de trabalho exaustivas e degradantes de trabalho – muitas vezes em territórios com a presença de conflitos armados –, falta de materiais para execução do trabalho²⁸, e de suporte da gestão, dentre outros aspectos.

Assim, a menção na entrevista sobre a precarização do trabalho em saúde se deu como um processo de valor positivo, no sentido de que a oferta de salários mais baixos aos técnicos, em relação aos salários dos profissionais de nível superior, possibilitaria a ampliação da contratação de trabalhadores, massificando o atendimento aos usuários e ampliando a cobertura, o que, conseqüentemente, levaria as instituições de formação a uma ampliação de demanda por formação.

É possível observar uma contradição nessa relação: ampliação da contratação de trabalhadores e da cobertura x precarização do trabalho em saúde²⁹. (MOROSINI, 2018) Assim, em troca da precarização dos trabalhadores da saúde, os serviços de saúde podem

²⁸ Diante da pandemia de covid-19, estudos mostram que, embora a gravidade do contexto de saúde mundial, a exposição contínua dos trabalhadores ao vírus e as comorbidades dos profissionais de saúde, não há fornecimento de equipamentos de proteção individual para os trabalhadores nas unidades básicas de saúde. Ver mais em Nogueira et. al (2020)

²⁹ Outra discussão importante de se realizar é sobre a própria natureza do trabalho em saúde e a fragilização em si da proposta com a precarização dos serviços. Tendo em vista a característica própria de promoção do cuidado a partir de tecnologias leves, cabe questionamento de como exercer cuidado sem recebê-los.

ampliar a sua cobertura, justificadas em bases ideológicas e políticas do menor malefício para promoção de um bem comum, na inevitabilidade do processo, apresentando-se como dado estrutural desvinculado de condições históricas particulares, e na descartabilidade das necessidades de determinada camada da população para promoção de um “bem maior”. Cabe indagar a possibilidade de realização estudos posteriores para verificar a dimensão da problemática e seus efeitos ampliados nos Institutos Federais.

4.2. Concepções educacionais: trabalho como princípio educativo e práxis educativa como categorias teóricas.

Numa aproximação mais específica com a particularidade da educação profissional em saúde, chegamos à compreensão do princípio educativo do trabalho na formação desses trabalhadores e da práxis pedagógica como mediação da práxis social.

O trabalho constitui uma unidade ontohistórica. No sentido ontológico, isto é, inerente ao ser humano, congrega a capacidade dessa espécie ter a consciência de suas necessidades, projetar formas de satisfazê-las e agir para tal. Esse complexo (LUKÁCS, 1974) desenvolve-se em formas específicas conforme as relações sociais de produção, tendo, portanto, uma dimensão histórica. Assim sendo, o trabalho determina a produção social da existência humana, sendo mediação de primeira ordem na relação homem-natureza-homem. (MÉSZÁROS, 2006)

Os princípios do SUS podem ser convergentes com essa concepção por algumas razões. Primeiro, porque a atenção à saúde, a assistência e o cuidado são processos que visam a assegurar a produção e a reprodução da vida humana. Sendo assim, o trabalho em saúde guardaria sua dimensão ontológica, se compreendida como relação entre homem-natureza/vida-homem, mediada pelas capacidades produtiva e criativa do ser, que proporcionam a produção de sua existência. Ao contrário, marcado pela divisão técnica e social e configurado como mercadoria, o trabalho em saúde guarda as mesmas contradições históricas das relações sociais de exploração. Portanto, sob os princípios do SUS – integralidade, universalidade e igualdade –, o trabalho em saúde pode se contrapor à alienação e se traduzir como processo de criação humana. A não consecução desses princípios é, também, uma forma de se manter a alienação pelo trabalho.

O trabalho como princípio educativo

No plano da educação escolar, Dermeval Saviani³⁰ (1986, p. 14) nos permite entender o significado e a dialeticidade da expressão “trabalho como princípio educativo”, que deve orientar o projeto e a prática educativa de forma explícita e intencional, já que, de fato, o faz:

Os homens, em função de suas necessidades precisam agir sobre a natureza para transformá-la. Precisam, portanto, saber como está constituída a natureza, como se comporta, quais são as leis que a regem. É a partir do trabalho, portanto, que o homem coloca para si a necessidade de conhecer a natureza e sistematizar esses conhecimentos em termos científicos.

Essa tese se desdobra nos sentidos que o trabalho adquire para ser princípio educativo especificamente escolar. O primeiro sentido é amplo, pois ao determinar o grau de desenvolvimento de uma sociedade historicamente, o trabalho determina o modo dominante da educação em seu conjunto. Já o segundo, refere-se exatamente às exigências específicas que o processo educativo deve contemplar para que as pessoas se insiram nessa sociedade mediante o exercício do trabalho socialmente produtivo. O terceiro sentido refere-se à propriedade do trabalho pedagógico. (SAVIANI, 1986; 2020)

Mas, historicamente, no capitalismo, ocorre a interposição da propriedade privada, da divisão social do trabalho e do intercâmbio baseado na mercadoria entre o trabalhador e seu trabalho, reduzindo, assim, a potência ontocriativa do trabalho à mercadoria força de trabalho, no fenômeno da alienação (MARX, 2001; MÉSZÁROS, 2006). Nesses termos, também o “princípio educativo” do trabalho tende a se reduzir à preparação dessa mercadoria. No Brasil, tal redução se objetivou na função profissionalizante do 2º. Grau e na separação artificial dessas funções na contrarreforma dos anos de 1990 (ensino médio para a vida x educação profissional). Atualmente é tensionada com o projeto de Ensino Médio Integrado³¹, porém, retomada com a contrarreforma atual efetivada pela Lei n. 13.415/2017 e a Base Nacional Comum Curricular (BNCC).

Portanto, por um lado, o trabalho é princípio educativo porque expressa a natureza produtiva e criativa do ser. Compreendê-lo significa compreender que a realidade e a própria vida humana são determinadas pelo próprio ser humano. Por outro lado, na sociedade de classes, a força produtiva e criativa do trabalho pode ser apropriada para a

³⁰ A discussão das ideias de Dermeval Saviani sobre o trabalho como princípio educativo aqui expostas constam de artigo desta autora publicado no número da Revista Trabalho Necessário (no prelo).

³¹ A concepção de Ensino Médio Integrado relaciona-se à politecnicidade como travessia para esta concepção (FRIGOTTO, CIAVATTA e RAMOS, 2005).

satisfação de interesses de outrem – dos que detêm os meios de produção – alienando o ser dessa mesma natureza, processo que se constitui na exploração do trabalho.

A educação politécnica materializa o trabalho como princípio educativo na educação escolar, ao busca proporcionar ao trabalhador a compreensão dos fundamentos científicos, tecnológicos, sócio-históricos e culturais da produção em determinado tempo e espaço históricos. É, também, uma educação que visa à formação *omnilateral* do ser, ou seja, à formação plena, integral do trabalhador, a fim de que este desenvolva suas múltiplas potencialidades para satisfazer suas necessidades materiais e espirituais, podendo, assim, transitar dialeticamente entre a necessidade e a liberdade.

A educação politécnica em saúde seria uma educação não restrita ao processo de trabalho em saúde, mas, ao contrário, alargada ao processo de produção da vida que se dá no âmbito de uma realidade dada. Por essa razão, a educação politécnica em saúde não pode ficar restrita aos serviços, mas precisa ir ao SUS; não pode se deter ao SUS, mas precisa, antes, compreendê-lo como universo específico no qual se produzem condições objetivas e subjetivas de manutenção da vida humana, determinada por relações econômicas, físico-ambientais, históricas, culturais, dentre outras. O campo de referência dessa formação é práxis social em suas contradições, na qual os serviços e o trabalho em saúde são mediações. Nesse sentido, os princípios do SUS são também convergentes com a concepção de politécnica, ao expressarem a síntese contraditória do diverso; ou seja, como fenômeno em si – uma particularidade – mas que carrega as dimensões da totalidade.

Se a plena formação humana é uma utopia em construção, assim também o é o pleno direito à saúde e à produção social da vida em condições de igualdade e qualidade. Por isso, a educação politécnica pode ser uma mediação importante para a consolidação desse projeto. A educação fragmentada e o processo de trabalho dividido social e tecnicamente, que limita as pessoas à exclusividade de suas funções para produzir a saúde como mercadoria e/ou somente como serviços, são, ao contrário, o impedimento de tal consolidação.

A práxis educativa e a relação teoria-prática

Em Ramos (2010) encontramos a análise da relação entre trabalho e práxis com base no próprio Marx (1991) e em Lukács (1974), Konder (1992) e Vázquez (2007), dentre outros. Seria excessivo retomá-la neste texto. Para as presentes finalidades, a

abordagem de Vázquez sobre a práxis como unidade teoria-prática nos interessa particularmente. Trata-se de uma unidade que reconhece a prática como atividade objetiva e transformadora da realidade natural e social, a qual implica certo grau de conhecimento dessa mesma realidade, que possibilita transformá-la para atender às necessidades que motivam a ação.

Devemos rechaçar a concepção empirista da prática como fundamento da teoria ou de critério de verdade de modo direto e imediato, sob pena de nos mantermos no plano fenomênico e de colocar a teoria a reboque a seu reboque. A teoria precisa ter uma autonomia relativa em relação à prática, inclusive para se antecipar a ela, sem quebrar a respectiva unidade.

A compreensão dessa relação de autonomia e unidade nos é proporcionada pela distinção que faz a teoria materialista do duplo contexto dos fatos que envolvem o ser humano. Um é o contexto propriamente da realidade, no qual os fatos existem originária e primordialmente. Este é o contexto inicial da prática que, se não é conhecido, apreendido pelo homem, torna-se simplesmente o contexto da prática utilitária imediata e seu correspondente senso comum, que coloca o homem em condições de orientar-se no mundo, de familiarizar-se com as coisas e manejá-las, mas não proporciona a compreensão das coisas e da realidade.

O outro é o contexto da teoria, em que os fatos são mediatamente ordenados, depois de terem sido precedentemente arrancados do contexto originário do real. A atividade transformadora no contexto da realidade depende da atividade realizada no contexto da teoria, posto que o homem não pode conhecer o real a não ser arrancando os fatos desse contexto, isolando-os e tornando-os relativamente independentes para, então, reordená-los nas suas intrínsecas relações que configuram o real como uma totalidade concreta. O processo cognoscitivo da realidade é um movimento circular em que a investigação parte dos fatos e a eles retorna, após um processo de apropriação teórica, isto é, de crítica, interpretação e avaliação dos fatos (KOSIK, 1976).

A unidade teoria-prática é pressuposto da ação transformadora, a qual requer: a) um conhecimento da realidade que é objeto da transformação; b) um conhecimento dos meios e de sua utilização – da técnica exigida em cada prática –, com que se leva a cabo essa transformação; c) um conhecimento da prática acumulado, na forma de teoria que sintetiza ou generaliza a atividade prática na esfera de que se trate, posto que o homem só pode transformar o mundo a partir de um nível teórico dado, isto é, inserindo sua práxis

atual na história teórico-prática correspondente; e d) uma atividade finalista, ou antecipação dos resultados objetivos que se quer obter sob a forma de fins ou resultados prévios, ideais, com a particularidade de que esses fins, para que possam cumprir sua função prática, têm de responder a necessidades e condições reais. Têm de tomar conta da consciência dos homens e contar com os meios adequados para sua realização. (VÁZQUEZ, 2007)

Seguimos a orientação de Saviani (2020) sobre a prática ou práxis educativa assumir o caráter de mediação com a prática social, não se justificando por si mesma, mas sim pelos efeitos que nela produz. Em se tratando de cursos técnicos de nível médio em saúde, a prática educativa de formação dos profissionais técnicos se desenvolve com o uso de estratégias metodológicas que viabilizam ou dificultam sua a função de fazer a mediação da formação técnica com a prática social. Esta, por sua vez, deve ser reconhecida, num primeiro nível, como o contexto do exercício profissional – os serviços de saúde – e, em níveis mais abrangentes, a vida social nas suas múltiplas dimensões. Os serviços de saúde se constituem, então, em particularidade que, por sua vez, compõem a totalidade social. A categoria operacional “estratégia metodológica” nos permite analisar o objeto educação profissional em saúde na rede federal sob o enfoque dessa categoria teórica.

4.2.1. As categorias operacionais do eixo concepção educacionais

Trataremos de três categorias operacionais que organizam o eixo concepções educacionais. Lembramos que a exposição neste momento ainda se refere à etapa de análise, identificando-se particularidades com suas mediações. Por isto, mantemos a lógica da sistematização dos resultados, sendo as categorias apresentadas separadamente, embora se trate de um conjunto.

4.2.1.1. Concepções Pedagógicas

Em Ramos (2010), elaboramos um panorama sobre as correntes pedagógicas, com base em Saviani (1985). Dada a completude da abordagem ali realizada, neste momento, limitam-nos a apresentar uma síntese.

No campo definido pelas teorias não críticas, localizamos a pedagogia tradicional, a pedagogia nova, o tecnicismo e a pedagogia das competências. No campo das teorias críticas, indicamos as abordagens teóricas que compreende a escola como aparelho ideológico do Estado, como a teoria da reprodução e a teoria da escola dualista,

salientando, porém, trata-se de teorias “sobre” a educação e não “da” educação (SAVIANI, 2013). Isto porque, ao tempo em que denunciam a vinculação da escola moderna ao projeto societário burguês, não teorizam sobre o trabalho pedagógico. Diferentemente ocorre com a pedagogia libertadora, inspirada no pensamento de Paulo Freire e a “pedagogia histórico crítica”, elaborada por nosso autor de referência.

Lembramos que, para a categoria “modo de produção da existência” orientada, em algum nível, o projeto educativo, nos termos enunciados pelo referido autor sobre a finalidade de a educação explicitar “como as formas de produção da existência humana foram gerando historicamente novas formas de educação, as quais, por sua vez, exercem influxo sobre o processo de transformação do modo de produção correspondente”. (SAVIANI, 2005, p. 2)

Nas entrevistas, buscamos verificar se existem concepções pedagógicas explicitamente enunciadas e incorporadas no projeto político pedagógico e nos currículos dos cursos, a partir das seguintes perguntas:

- Que concepções (correntes, linhas, pensamentos) pedagógicas orientam os cursos técnicos em saúde da Instituição?
- Essas concepções estão explicitadas nos Planos de Curso?
- Em que medida elas se aproximam e se distanciam do projeto político institucional? Por quê?
- Descreva como é o currículo desses cursos

As categorias empíricas construídas a partir do tratamento do *corpus* não corresponderam exatamente a essa classificação, porque os depoimentos assim não permitiram. Isto, de certa maneira, é indicativo de as concepções pedagógicas que orientam os currículos não serem propriamente orgânicas e conscientemente elaboradas e implantadas. Foram as seguintes as categorias empíricas:

- **Pedagogia Libertadora:** refere-se às inspirações freireana, perspectiva frequentemente encontrada na educação brasileira, sinalizando posicionamentos e ações na perspectiva crítica. Trata-se de um ideário forte na educação profissional em saúde, em especial quando se manifesta sobre a função política da educação. A identificação da categoria pelo nome próprio dessa corrente pedagógica se deve ao fato de haver muitas referências explícitas ao pensamento do educador.

- **Formação Crítica:** indicam haver uma sensibilidade e, eventualmente, uma elaboração sobre a finalidade de formação dos estudantes para além da dimensão técnico-profissional, compreendendo que a educação em geral e a profissional em particular cumpre a função de preparar as pessoas tanto para o exercício profissional quanto para a apreensão da realidade e a ação consciente na perspectiva da transformação social. Poder-se-ia esperar que a categoria fosse a pedagogia histórico-crítica, mas isto poderia sugerir haver organicidade de pensamento que revelasse orientação crítica elaboradas conscientemente sob a égide dessa pedagogia. Isto também levaria a supor haver consciência sobre fundamentação ontológica que sustenta tal pedagogia, o que os depoimentos não nos revelaram. Sob essa categoria agregamos, então, as diversas referências a um possível projeto de formação crítica, sem que se evidenciasse a afiliação a uma corrente pedagógica, excetuando-se as menções afins à pedagogia libertadora.
- **Escolanovismo:** corresponde à dimensão pedagógica baseada na filosofia do pragmatismo, tendo John Dewey como representante. A designação como “escolanovismo” e não “escola ou pedagogia nova” se deve ao reconhecimento dessa tendência como um movimento na educação, cuja origem se dá com o Manifesto dos Pioneiros e que influenciou programas de educação de trabalhadores da saúde a partir dos anos de 1970, como vimos. Foram agregadas nessa categoria unidades de registro que remetessem à ênfase no educando e a sua atividade, sempre que tais menções não se referissem mais explícita e/ou coerente com a pedagogia das competências.
- **Construtivismo:** o construtivismo não é propriamente uma pedagogia, ainda que por vezes assim se denomine essa corrente. Ela pode ser reconhecida como uma teoria da psicologia da educação, cuja elaboração se inspira fortemente na escola de pensamento fundada por Jean Piaget. Pode-se reconhecê-la, então, fundamentando tanto o escolanovismo quanto a pedagogia das competências. Agregamos sob essa categoria as unidades de registro que enunciavam o movimento de os estudantes construírem seu próprio aprendizado e, também, referências ao “aprender a aprender” (DUARTE, 2001)
- **Tecnicismo:** essa categoria: a literatura (SAVIANI, 1986; RAMOS, 2010) demonstra que o tecnicismo é um desdobramento do escolanovismo ao seguir o princípio de minimizar a função dos educadores na condução diretiva do processo de ensino-aprendizagem. Ao proceder como tal, descola a centralidade não

somente do educador, mas também a do próprio estudante – que era enfatizado pela pedagogia nova – para os métodos de ensino. Agregamos nessa categoria empírica unidades de registro que indicassem ênfase nas técnicas e nos métodos de ensino.

- Pedagogia das competências: discutimos a pedagogia das competências como uma corrente pedagógica não-crítica, considerando-a a atualização do escolanovismo, a partir dos anos de 1990, com base na filosofia pragmática, com no liberalismo e na cultura pós-moderna. Enfatiza mais os métodos do que a unidade desses com os conteúdos, minimizam ou criticam as disciplinas; destaca a individualização das aprendizagens. A unidades de registro agregadas nessa categoria expressam ideias que, ou remetem diretamente e explicitamente a esta corrente ou a elementos que a compõe, como o deslocamento da importância dos conteúdos de ensino para o desenvolvimento de competências; relevância atribuída aos desempenhos, a atividades dos estudantes e a situações práticas como mediações do processo de ensino-aprendizagem; a ênfase na preparação para o mercado de trabalho. Referências ao “aprender a aprender” poderiam ser classificadas também nesta categoria, mas quando essas ocorreram sem vínculo explícito com o desenvolvimento de competências, optou-se por situá-las na categoria construtivismo.

Após a categorização e a contagem da frequência das unidades de registro, os achados mostraram a pertinência de se fazer mais uma agregação em torno de duas grandes subcategorias que organizam nossa análise: concepções pedagógicas críticas e não críticas.

Apêndice A.2.1

<https://drive.google.com/file/d/1dsjzOirsHH6XRJvFaa5TPdU0bVj9bxNY/view?usp=sharing>

[Tabela 21. Concepção pedagógicas por instituto federal. Fonte: elaboração dos autores, 2020](#)

[Tabela 21.1 Subcategoria concepção pedagógica críticas e não críticas. Fonte: elaboração dos autores, 2020](#)

[Tabela 21.2 Total concepção pedagógicas. Fonte: elaboração dos autores, 2020](#)

Ocorreram 61 ocorrências no campo considerado “crítico” e 66, no campo “não crítico”. O construtivismo (3) e o escolanovismo (1) são mais raros. O tecnicismo, ainda que apareça em quantidade não significativa, é um pouco, maior (5). Manifestações que nos remeteram a essa categoria pode expressar não necessariamente ou somente adesão a

essa corrente pedagógica, mas sim resquícios presentes em nossa própria formação sob essa lógica.

A pedagogia das competências aparece de forma significativa (57). O estudo anterior (RAMOS, 2010) demonstrou que a pedagogia das competências é hegemônica na educação profissional em saúde, tendo sido incorporada positivando-a como coerente com a finalidade da formação dos trabalhadores da saúde. Os docentes dos institutos têm uma trajetória de inserção nos serviços de saúde e de formação acadêmica no âmbito da saúde coletiva. Espaço nos quais essa pedagogia teve e ainda tem relevância. Nossa inferência é que essa presença pode advir, não necessariamente de forma excludente, mas por combinação, tanto da influência desse pensamento na saúde coletiva como âmbito de formação, quanto da reforma de FHC que atuou fortemente nos IF, orientada pela PC. A sua força se contraporia a formação crítica.

Sabemos também que há incorporação da pedagogia das competências do ponto de vista da organização curricular, mas que tem finalidade de formação crítica. Essas são contradições da dinâmica institucional que demandaria se adentrar um pouco mais nas suas realidades.

Vemos que as instituições onde a pedagogia das competências parece ter mais força são de IFPA- Belém (17), IFBA- Eunápolis (16), IFPR- Londrina 2 (11) e CEFET-Nova Iguaçu (10). Alguns comentários são procedentes.

Primeiramente, muitas das menções identificadas no material do IFBA-Eunápolis referem-se a quanto o curso era baseado em competências, o que ocorria até o ano de 2018. A partir de então, indica-se uma reformulação curricular na perspectiva da integração. Esse movimento pode explicar por que, ao lado de tantas menções à pedagogia das competências, identificamos 14 menções a concepção crítica (6, à pedagogia libertadora e 8, à formação crítica). O hibridismo de posições é bastante comum. Esse pode ser um caso dentre outros em que há incorporação da pedagogia das competências do ponto de vista da organização curricular, mas que tem finalidade de formação crítica. Essas são contradições da dinâmica institucional que demandaria se adentrar um pouco mais nas suas realidades.

Nós passamos agora, ano passado por uma reformulação, que a gente reestruturou essas competências, mas que foi um formato que penso nesse formato integrado em todos os momentos nessas bases anteriores, pegando a experiência de cada um, a experiência do nosso aluno, o retorno que esse aluno dá no mercado de trabalho contemplando isso no projeto pedagógico. (...) Então isso acontece para cada disciplina, hoje disciplina ou competência

associada, que nós temos hoje e você consegue saber exatamente quem é o aluno, quais são os pontos que a gente precisa tocar, quais as dificuldades e trabalhar isso individualmente. (...) funcionava como competências, mas a partir de 2018 a gente transformou em disciplinas (...) no formato anterior gente tinha uma carga horária variada dependendo da competência que era dada. (IFBA-Eunápolis)

a concepção pedagógica que orienta o curso ela é técnica, crítica e humana, a gente pega esses grandes eixos para pensar todos os projetos institucionais. (...) Curtas metragens, desses temas que são considerados temas transversais, do cuidado que eles precisam ter sabe, essa visão sócio-histórico-crítica que o Instituto tanto fala e defende. (IFBA-Eunápolis)

É interessante observar a posição sobre o desenvolvimento de competências para o mercado de trabalho.

Bom, a nossa proposta pedagógica é tentar formar nossos alunos da melhor forma possível, da melhor qualidade possível de acordo com as exigências que o mercado de trabalho tem colocado em termos de qualificação, então a gente procura trabalhar lincando com o serviço. Esse trabalho ele ocorre através dos nossos estágios, nossas visitas técnicas no serviço, né? Para ver quais são as demandas. Então a gente trabalha com essa questão das demandas, então trabalhar a parte pedagógica, né? Vendo as questões das teorias, mas lincando com a prática do serviço. O que o serviço exige para formação daquele profissional, então a gente procura trabalhar lincando essas questões. (IFPA-Belém)

Em síntese, podemos dizer que a pedagogia das competências é a que confere peso a concepção não crítica. Rigorosamente, porém, caberia rever a frequência registrada no material do IFBA-Eunápolis, devido à revisão na proposta pedagógica em curso a partir de 2019, declarada na própria entrevista. Assim, possivelmente, identificaríamos tendência mais substantiva da concepção crítica.

Quanto à concepção crítica, observamos ser mais significativa na relação com a pedagogia libertadora (39), o que pode sugerir uma certa difusão do pensamento de Paulo Freire dentre educadores. Por vezes essa concepção pode ser captada mais pelo senso comum do que pela elaboração propriamente. Ainda assim, esse fato traz uma importante oportunidade, pois indica sensibilidade ao campo pedagógico crítico. Somente em dois depoimentos não encontramos registros referentes ao pensamento crítico. Ao mesmo tempo, no IFGO-Águas lindas se manifestam as maiores frequências nessa vertente (12 na entrevista 1 e 3 na entrevista 2), totalizando 15 menções. O excerto a seguir parece-nos exemplar, quanto a respostas sobre a linha pedagógica adotada na educação profissional em saúde na respectiva instituição.

Ai gente, essa é bem complexa sabe, porque assim, no instituto em geral é mais uma linha que eu diria de, sabe... das políticas sociais, de atender aquele que tem mais necessidade, de atender aquele que de fato precisa. Agora a questão de direita e esquerda, eu não sei te dizer não. Às vezes é um certo conflito de ideologia sabe. Ideologia, assim, eu

defendo mais a questão da liberdade de expressão, mas assim, tem uns bem conservadores que acham que a escola tem que ser ali, tendo que ditar as regras. Mas no geral, no macro a ideologia parte mais do pensamento de desenvolver o pensamento crítico dos alunos. De contestar o que está acontecendo na ala política brasileira. Não é tão conservador. (IFGO-Águas Linda)

Finalmente, vemos o registro de 11 (onze) menções que nos indicaram incertezas sobre a questão, o que, entretanto, não é significativo por corresponde somente a 8% do total.

4.2.1.2. Estratégias metodológicas (e estágio)

Embora a Didática enquanto disciplina que agrega os métodos e técnicas de ensino, pudesse ser tomada como categoria de análise, dado que ela opere como ponte entre “o que” se quer ensinar e o “como” se vai ensinar, de modo a orientar a elaboração dos objetivos e a seleção de conteúdos (LIBANEO, 1994), compreendemos que o a adoção do termo Estratégia Metodológica como categoria, traria amplitude à análise.

Segundo Manfredi (1993, p.1), a palavra metodologia, de origem grega, quer dizer “estudo dos métodos, dos caminhos a percorrer, tendo em vista o alcance de uma meta, objetivo ou finalidade”. Ainda segundo a autora, metodologia seria um termo mais abrangente que o termo método, o qual ela define como:

[...] um conjunto de princípios e/ou diretrizes acoplada a uma estratégia técnico-operacional, serviria como matriz geral, a partir da qual diferentes professores e/ou formadores podem produzir e criar ordenações diferenciadas a que chamaremos de métodos de ensino. O método de ensino-aprendizagem (menos abrangente) seria a adaptação e a reelaboração da concepção de metodologia (mais abrangente) em contextos e práticas educativas particulares e específicas. (1993, p. 5)

Demonstramos que no campo educacional há diversidade de concepções pedagógicas, e que essas se desenvolvem e se correlacionam com os modos e modelos de produção de um dado período. Ou seja, as ideias pedagógicas fazem parte do bloco histórico conformado pela relação dialética entre estrutura e superestrutura. (GRAMSCI, 2001) Nesse sentido, o método pedagógico também irá variar em consonância com aquelas ideias. Desse modo, não podemos considerar uma única metodologia de ensino, dado que, esta, como todo conhecimento, está ligada à uma condição histórica e não pode ser vista fora da totalidade. Assim, as abordagens metodológicas tendem a guardar coerência com as respectivas concepções pedagógicas.

Assim, podemos evidenciar que na pedagogia tradicional a metodologia de ensino primava pela lógica, própria das inteligências adultas, dos intelectuais e filósofos,

utilizando-se um conjunto de procedimentos para transmitir qualquer conhecimento universal e sistematizado. Esta concepção foi muito criticada pelo seu intelectualismo e abstração e em contraposição a ela vamos encontrar à pedagogia nova.

Essa teoria, ao contrário da tradicional, cujo método didático não considerava a questão dos sujeitos ou o contexto em que estavam inseridos, a concepção de educação passa a considerar o indivíduo e suas experiências como centrais para o processo de ensino. Neste sentido, há uma supervalorização do indivíduo, e o método didático também se “individualiza” no intuito de garantir o desenvolvimento das potencialidades desse indivíduo, desconsiderando questões sociais, políticas e econômicas que os envolvem.

A Escola Nova apresentará uma mudança na relação professor-aluno, pois este último passa a ser o centro do processo de ensino-aprendizagem, enquanto o professor é secundarizado à condição de condutor, facilitador do ensino. Outra condição importante no contexto da pedagogia escolanovista está na metodologia, que se torna um verdadeiro laboratório de experimentação para os chamados métodos ativos de ensino. Em última instância, a metodologia da escola nova visa garantir o aprimoramento individual e social. (MANFREDI, 1993)

Nos anos de 1960, sob influência do taylorismo, vamos encontrar a concepção tecnicista da educação, cuja metodologia do ensino irá incorporar os princípios da eficiência e as diretrizes do planejamento racional adotado nas modernas empresas capitalistas. Neste sentido, os objetivos de ensino visam operacionalizar as atividades e práticas pedagógicas para que sejam padronizadas, desenvolvidas etapa a etapa, com base em pré-requisitos e ancoradas em extenso instrumental. Aqui, como no escolanovismo, o processo educativo, particularmente a formação profissional, visa à condução ao mercado de trabalho. (SAVIANI, 2013; RAMOS 2010)

Vale destacar que a pedagogia tecnicista foi hegemônica nos anos 1970, influenciando fortemente os currículos das escolas profissionais. No caso da pedagogia nova, esta influenciou, em certa medida, experiências de escolas particulares e, mais tarde, também programas de formação de trabalhadores da saúde. A partir dos anos de 1990, face às reformas educacionais baseadas em competências, esta passou a ter forte influência na educação profissional em saúde realizada pelas Escolas Técnicas do SUS. Ramos (2010) identificou esse fenômeno como um aprimoramento da influência escolanovista, considerando sua raiz também na epistemológica pragmática.

Ao final da década de 1980, a busca por novas propostas pedagógicas traz à tona as pedagogias contra hegemônicas. Dado o contexto em que surgem, da transição democrática, tais pedagogias continham certa ambiguidade e uma heterogeneidade, que “ia desde os liberais progressistas, até os radicais anarquistas, passado pela concepção libertadora e por uma preocupação marxista”. (SAVIANI, 2013, p.414) Segundo o autor, pode-se dividir tais propostas em duas modalidades: a primeira, inspirada na concepção libertadora, afinada com a “teologia da libertação”, difundida por Paulo Freire. A segunda, por sua vez, agregou representantes cuja orientação teórica predominantemente se inspirava no marxismo, tendo entre seus representantes alguns de visão mais liberal, e outros empenhados na compreensão do materialismo histórico, que buscavam articular a educação contrapondo-se à visão liberal.

Neste cenário, surgiram propostas que pretendiam adequar a metodologia do ensino a tais ideias pedagógicas. Podemos citar como exemplo, aquelas que se se apoiam na pedagogia do diálogo e do conflito; na pedagogia dos oprimidos; na pedagogia crítica dos conteúdos; na pedagogia da prática; na pedagogia calcada na perspectiva da investigação-ação. (SAVIANI, 2013)

Na pedagogia histórico-crítica, o método pedagógico parte da prática social, que envolve professor e aluno, que por sua vez estão inseridos em posições distintas de apreensão dessa mesma prática. Passa pela problematização, que visa apontar, no âmbito da prática social, problemas a serem enfrentados e quais seriam os conhecimentos necessários para buscar superações. A seguir, dispõe os instrumentos teóricos e práticos que possam contribuir para o enfrentamento dos problemas levantados na prática social, fase da instrumentalização. Tais instrumentos, produzidos socialmente e preservados historicamente, devem ser apresentados pelos professores aos alunos, de modo a viabilizar sua incorporação à vida dos alunos. Essa incorporação seria a catarse, e habilitaria o aluno para a prática social. (SAVIANI, 2013, RAMOS, 2014)

Diante do exposto, foi possível constatar que o conceito de metodologia tem forte correlação com contextos históricos, dos quais é produto. Desse modo, a conceituação de metodologia do ensino irá depender das concepções de homem, de educação e sociedade e dos parâmetros teórico-epistemológicos, que por sua vez estão atrelados a uma visão de mundo, a uma dada prática social.

Portanto, o uso da categoria Estratégias Metodológica para este estudo, pretende abarcar a condição da metodologia como mediadora do processo de ensino. Seja esta

mediação entre o professor e o aluno, entre o conhecimento histórico e a realidade social, ou outra inerente ao processo de ensino. Implica, pois, considerar que o ensino tem uma intencionalidade e que a estratégia metodológica não pode ser tomada simplesmente como técnica. Precisa de planejamento, de modo a delinear a trajetória a ser percorrida, onde o ponto de partida seria o problema a se compreender e se enfrentar. Este determina o conhecimento a ser aprendido pelos alunos e, assim o que se pretende ensinar pelos professores. O ponto de chegada é o mesmo do ponto de partida – o problema – porém, agora, compreendido pelos estudantes com a ajuda dos instrumentos técnicos e intelectuais que lhes foram proporcionados. Essa dinâmica representa também a finalidade da própria educação, ou, para que se quer ensinar. Nesse movimento, mediante a observação do percurso, fazem-se os ajustes, elencando as estratégias que melhor asseguram o alcance do fim proposto.

Assim, ao agregar o termo “estratégia”, para compor a categoria “estratégia metodológica”, vislumbramos, quase numa redundância, ressaltar a importância da reflexão e dos ajustes contínuos para o alcance dos objetivos de ensino. Nesse sentido, estratégia metodológica seria compreendida com um processo dinâmico que vai se ajustando à medida que o plano de ensino se desenvolve, de modo a permitir que seja continuamente repensado, considerando-se o contexto e os recursos necessários para atingir o objetivo final.

Apoiando-nos mais uma vez em Saviani (2020, p. 17), para reiterar o que definimos como a categoria operacional “estratégias metodológicas”. Esta equivaleria às implicações do trabalho pedagógico que o autor indica compor o “saber didático-curricular” dos professores, este, para ele, o domínio propriamente do saber fazer:

Implica não apenas os procedimentos técnico-metodológicos, mas a dinâmica do trabalho pedagógico enquanto uma estrutura articulada de agentes, conteúdos, instrumentos e procedimentos que se movimentam no espaço e tempo pedagógicos visando atingir objetivos intencionalmente formulados.

Desse modo, buscamos inventariar quais seriam as estratégias metodológicas prevalentes nas instituições, e, paralelamente, compreender como elas poderiam comportar-se como mediadoras do processo de formação profissional em saúde, corroborando ou contrapondo-se aos princípios da formação em saúde propostos pelo SUS. Durante as entrevistas, procuramos obter informações a respeito das perspectivas metodológicas adotadas; das dinâmicas da relação entre teoria e prática, e das estratégias de ensino, mediante as seguintes questões

- Que estratégias curriculares favorecem a formação integral do estudante (*omnilateral*, em todas as dimensões humanas)?
- Que estratégias curriculares promovem a relação teoria-prática?

A análise desta categoria por entrevista demonstrou uma grande dispersão de estratégias metodológicas entre as Instituições. Pode-se observar também, que mesmo dentro de uma mesma instituição há uso simultâneo de diferentes estratégias metodológicas.

Apêndice A.2.1.

<https://drive.google.com/file/d/1dsjzOirsHH6XRJvFaa5TPdU0bVj9bxNY/view?usp=sharing>

[Tabela 22. Estratégias metodológicas de ensino por instituto federal. Fonte: elaboração dos autores, 2020](#)

[Tabela 22.1 Total das estratégias metodológicas de ensino por instituto federal. Fonte: elaboração dos autores, 2020](#)

Diante dessa dispersão, retomamos o processo de organização das categorias empíricas, e com base na literatura e na experiência dos pesquisadores as categorias foram reagrupadas, de modo que, ao final, passamos a trabalhar com 5 subcategorias³²: Integração-Ensino-Serviço, Projetos, Metodologias Ativas, Teórica e Outras (não se caracterizam como estratégia metodológica, mas participam do processo formativo.)

Apêndice A.2.1.

<https://drive.google.com/file/d/1dsjzOirsHH6XRJvFaa5TPdU0bVj9bxNY/view?usp=sharing>

[Tabela 22.2 Total subcategorias estratégias metodológicas de ensino por instituto federal. Fonte: elaboração dos autores, 2020](#)

Após o agrupamento, observamos que a subcategoria de maior prevalência é a integração ensino-serviço (63%), seguida das subcategorias - projetos (14%), teórica (10%), metodologias ativas (8%) e outras (5%). Passamos a discutir cada uma das subcategorias.

4.2.1.2.1. Integração Ensino-Serviço

Estão agregadas nesta subcategoria os seguintes métodos de ensino (antes, categorias empíricas): Aulas Práticas (35%), Visitas Técnicas (2%), Projetos no Território e Extensão (40%) e Estágio Curricular Supervisionado (23%)³³. Tais atividades pedagógicas visam propiciar aos estudantes a participação em situações simuladas ou

³² Introduzimos mais esse termo “subcategorias” pela necessidade de agruparmos as categorias empíricas identificadas. Poderíamos fazer o inverso: denominar as que foram agrupadas como subcategorias e a que foi analisada como categoria empírica. Trata-se, aqui, somente de explicitar o caráter exclusivamente formal dessas denominações.

³³ Os dados estão disponíveis no

reais, de vida e trabalho, no intuito de promover a aquisição/desenvolvimento de habilidades profissionais.

Antes de prosseguirmos com nossa análise, pensamos ser necessário uma breve argumentação sobre a alocação do estágio como método de ensino, ante outra perspectiva, que seria a de proceder a análise do estágio como uma categoria isolada, dada sua dimensão.

Corroboramos para essa opção o fato de não ser estágio supervisionado, componente disciplinar obrigatório para a formação em todos os cursos técnicos de saúde. Dentre os cursos estudados, somente o curso técnico de enfermagem apresenta normas e regulamentos bem consolidados sobre a obrigatoriedade do estágio na concepção do currículo³⁴. Ressalta-se ainda que a alta prevalência do estágio como método de ensino em nossa análise, decorre exatamente do fato de ser o curso técnico de enfermagem, aquele maior de oferta mais expressiva nas instituições estudadas. Inicialmente, Estágio foi tratado como uma categoria operacional. Porém, verificando-se que sua contabilização fugia à norma utilizada, optamos por manter os dados quantitativos, mas e abordá-lo como uma das estratégias metodológicas abrigadas na subcategoria *Integração ensino-serviço*.

Apêndice A.2.1:

<https://drive.google.com/file/d/1dsjzOirsHH6XRJvFaa5TPdU0bVj9bxNY/view?usp=sharing>

[Tabela 23. Estratégias de estágio por instituto federal. Fonte: elaboração dos autores, 2020](#)

[Tabela 23.1 Total das estratégias de estágio por instituto federal. Fonte: elaboração dos autores, 2020](#)

[Tabela 23.2 Legenda de análise das estratégias de estágio por instituto federal. Fonte: elaboração dos autores, 2020](#)

Outro ponto que julgamos importante destacar antes de proceder nossa discussão são os projetos no território e extensão, alocados na subcategoria *Integração Ensino-Serviço*. Estas atividades estão aqui compreendidas como aquelas ações realizadas no território de saúde (escolas, associações, PSF, entre outros), sob a orientação dos professores, podendo contar ou não com a parceira dos profissionais do serviço de saúde. Tais métodos de ensino aproximam o estudante dos cenários de trabalho, momento em que podem exercitar a elaboração e execução de ações que visam a prevenção de doenças e a educação e promoção em saúde, contribuindo para o fortalecimento da relação entre teoria e prática na formação profissional em saúde. Oportunamente, tais atividades são

³⁴ O estágio supervisionado é uma modalidade obrigatória do curso Técnico em Enfermagem, sendo uma importante atividade de complementação e enriquecimento da formação acadêmica do aluno, nos moldes estabelecidos pela legislação vigente que trata do estágio curricular: Lei nº 11.788 de 25 de setembro de 2008, artigo 82 da Lei 9394 de 20 de dezembro de 1996.

realizados nos serviços de saúde permitindo a inserção dos estudantes em projetos já existentes no âmbito do serviço de saúde. Ressalta-se que mais adiante trataremos de outra subcategoria, denominada *Projetos*, a qual diz se correlacionar com o ensino integrado.

Em consonância com Albuquerque e col. (2007), compreende-se por integração ensino-serviço o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços.

A escolha desses espaços de atenção à saúde como cenários onde ocorrem as práticas profissionais, propiciam a aproximação dos estudantes às demandas do serviço, onde o aprendizado se dá para além dos conteúdos teóricos, permitindo uma reflexão sobre as experiências vividas. Estes espaços contribuem não só para a formação profissional, mas, também para a transformação e qualificação da atenção à saúde da população e portanto, para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao proceder a análise da subcategoria *Integração Ensino-Serviço* necessário se faz lembrar a origem desse termo, que remonta ao projeto Integração Docente-Assistencial (IDA), cujo objetivo era favorecer a integração dos estudantes e docentes nos serviços de saúde, e por consequência, estimular o protagonismo desses sujeitos no desenvolvimento dos currículos em saúde (LIMA, 2009).

Ao longo dos anos de 1970, e nas décadas seguintes, poderemos observar o desenvolvimento de um pensamento mais crítico sobre o processo de formação em saúde, que corre paralelamente e também é impulsionado pela reforma sanitária, iniciada nos anos de 1960. Esse movimento dará origem a inúmeros programas visando à formação dos trabalhadores de saúde, sobretudo aqueles de nível médio, ou ainda sem uma formação técnica para o serviço. São exemplos o Projeto Larga Escala (PLE), o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) e, mais recentemente, o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS).

Dentre estes programas e projetos, cujos objetivos pode-se dizer, grosso modo, visavam à formação e qualificação de recursos humanos em saúde de nível médio-técnico, gostaríamos de destacar o PROFAE, um programa criado para atender a demanda de formação dos auxiliares de enfermagem, habilitando-os como técnicos de enfermagem.

Diferentemente do PLE, o PROFAE teve uma ampla aplicação, tanto em instituições públicas quanto privadas. E foi em decorrência desse projeto que o Ministério da Saúde do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) incentivou que a pedagogia das competências se associasse à formação desses trabalhadores, por meio da implantação do Sistema de Certificação de Competências dos auxiliares de enfermagem (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; LIMA, 2009; RAMOS, 2010).

Outro ponto que acaba por favorecer a adoção da noção de competências como referência para a formação dos trabalhadores da saúde, foi o movimento que fazia a crítica ao currículo por disciplina. (RAMOS, 2010)

A formação técnica dos trabalhadores de nível médio, em consonância com a política de saúde, tornou-se desde então alvo do Ministério da Saúde, como pode ser observado no anexo II, do PROFAPS, Portaria nº 3.189, de 2009, que diz:

A formação técnica dos trabalhadores de nível médio é um componente decisivo para a efetivação da política nacional de saúde, capaz de fortalecer e aumentar a qualidade de resposta do setor da saúde às demandas da população, tendo em vista o papel dos trabalhadores de nível técnico no desenvolvimento das ações e serviços de saúde.

Os programas citados estimularam a cooperação técnica entre as três esferas do governo, as instituições de ensino e os serviços de saúde, além buscarem a participação do controle social. Mediante este cenário, as instituições formadoras passaram a vincular os processos de formação à política de saúde, estimulando a formação de profissionais para o SUS, que fossem capazes de atuar em diferentes níveis de saúde, na ótica da promoção da saúde.

Assim, os serviços, os espaços de trabalho em saúde, tornam-se locais privilegiados para a formação, por ofertarem ao estudante outra lógica sobre o cotidiano dos serviços, possibilitando aos mesmos o desenvolvimento não só de habilidades técnicas, mas também pela consolidação da teoria/prática, o reconhecimento dos seus papéis, como agentes transformadores da sociedade.

Segundo Morosini (2010) a integração ensino-serviço, pode ser compreendida como a integração teoria e prática no processo de ensino-aprendizagem. E nesta perspectiva nos aproximamos do que nos diz Saviani (2007, p.155), a respeito do trabalho: “O sujeito se educa coletivamente e no processo de trabalho tem a oportunidade de aprender a ser, de modo que para ele, educação é vida e não preparação para a vida.

Na busca de correlacionar o percurso descrito até aqui, com os processos de formação dos profissionais de saúde de nível médio técnico, é possível perceber que a

eleição do serviço como *locus* de formação quase sempre se baseia numa visão utilitarista, de formação para o mercado capitalista e suas exigências, à qual o tecnicismo e a pedagogia de competências se alinham bem.

Essa condição ressalta a importância da atenção à escolha dos métodos de ensino em coerência com a concepção pedagógica e discutir criticamente essa concepção. Afinal, conforme sinalizam Pereira e Ramos (2006), não basta circunscrever o processo de ensino ao método, condição que não permite avançar para a construção de referenciais políticos e epistemológicos da educação profissional em saúde.

Para Ceccim (2004-2005, p.167), é necessário ao docente e equipe de profissionais envolvidos no processo de formação em saúde, no serviço, ser capazes de romper com o que está pré-estabelecido institucionalmente, como também com os papéis tradicionais desempenhados, para possibilitar o redimensionamento constante do “ser” e do “fazer” no processo de trabalho.

Nesta perspectiva, não podemos deixar de observar o papel de mediação que terá a metodologia eleita para o alcance da integração teoria e prática, objetivada no processo de integração ensino-serviço. Trata-se de escolher estratégias, métodos de ensino que possam mediar as relações entre docentes e alunos, entre estes e os usuários, de modo a valorizar a participação desses sujeitos na construção de uma visão crítica do processo de trabalho. Para Saviani (2007, 161), “faz-se, assim, a articulação da prática com o conhecimento teórico, inserindo-o no trabalho concreto realizado no processo produtivo”.

4.2.1.2.2. Metodologias Ativas (MA)

As metodologias ativas abrigam uma diversidade de técnicas e recursos. Com base nos dados apresentados na literatura, podemos citar: estratégia da problematização, do Arco de Maguerez; Problem Based Learning (PBL); Team Based Learning (TBL) ou aprendizagem baseada em times; círculo de cultura; trabalho em pequenos grupos; relato crítico de experiência; socialização; mesas-redondas; plenárias; exposições dialogadas; debates temáticos; oficinas; leitura comentada; apresentação de filmes; interpretações musicais; dramatizações; dinâmicas lúdico-pedagógicas; portfólio; avaliação oral; discussão de artigos; produção de resumos; mapas mentais; estudo dirigido; casos clínicos; entre outros. (BORDENAVE; PEREIRA, 2002; LOPES et al., 2003; MASETTO, 2003; ANASTASIOU; GIL, 2006, BERBEL, 1998). Em momento

apropriado, convém fazer a discussão desse tema em relação à práxis e aos saberes docente, o que transcende o escopo deste texto.

Para a composição da subcategoria Metodologias Ativas neste estudo, foram consideradas as seguintes atividades, categorias empíricas agregadas nessa subcategoria: relato de prática, problematização, Arco de Maguerez, ressignificação da experiência³⁵, metodologias ativas, didática do diálogo.

Ao proceder a análise da subcategoria Metodologias Ativas, observamos que há uma prevalência dos termos a partir de um único curso, de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), do Instituto Federal do Rio de Janeiro (IFRJ), campus Realengo. A análise de dados desta entrevista revela 17 repetições do termo relato de prática, 6 vezes do termo Arco de Maguerez, 3 vezes dos termos problematização e metodologias ativas, e 9 repetições da expressão ressignificar experiências, o que corresponde a 80% da frequência dos termos encontrados. Em contrapartida, encontramos apenas 2 repetições do termo metodologias ativas no IFSC, e 2 vezes o termo Arco de Maguerez na UFRN. O termo Pedagogia do Diálogo aparece 1 vez no IFPR e 5 vezes no IFSC.

Embora seja um resultado encontrado nesta subcategoria, não há na literatura nenhum relato, ou dado, que explique a relação da utilização de metodologias ativas com maior frequência em cursos técnicos de ACS. Ao contrário, as pesquisas em relação ao uso de metodologias ativas são encontradas mais frequentemente associadas aos cursos de graduação em saúde. (MITRE e col., s/d; MITRE e col, 2008).

Contudo, ainda que neste estudo a subcategoria Metodologias Ativas tenha uma baixa frequência, acreditamos ser relevante uma breve contextualização, dado que nas últimas décadas, desde o movimento de oposição aos métodos tradicionais de ensino, as metodologias ativas e todo o arsenal de técnicas que ela carrega tem aparecido com frequência na literatura. Gostaríamos de iniciar com alguns apontamentos sobre o conjunto: problematização e Arco de Maguerez, uma vez que ambos muitas vezes aparecem em associação.

³⁵ Não se trata de um método, mas sim de uma expressão muito utilizada na vigência das metodologias ativas, quando do argumento de que a prática a partir dos serviços, a vivência da realidade pode promover uma ressignificação da experiência do docente.

A literatura aponta diferentes concepções sobre a problematização, que se aproximam, mas não são iguais. Basicamente, pode-se eleger dois pontos de diferenciação: um quanto à sua operacionalização e outro sobre a finalidade e o cenário de aplicação. Uma vertente que assume um viés mais tecnicista; e a outra de cunho político, relacionada a práxis. (BERBEL,1998) Para a autora “a problematização é uma metodologia de ensino que idealiza a educação como uma prática social”. Ela estimula a capacidade do estudante para a detecção de problemas reais e para a busca por soluções originais, mobilizando o seu potencial social, político e ético como cidadão e profissional da saúde.

O Arco de Magueréz foi apresentado inicialmente por Bordenave e Pereira (1982), possui cinco etapas: observação da realidade e definição de um problema, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade. Tem sido utilizado em diferentes níveis de ensino, com temáticas diferentes, e até apresentando variação nas suas características. É amplamente utilizado para o processo de problematização. (COLOMBO, BERBEL, 2007, BERBEL, 1998) Importante observar que embora a utilização do processo do Arco de Magueréz esteja articulado ao método da problematização, no processo de análise dos dados eles são citados em separado.

O aparecimento do termo Didática do Diálogo também merece ser brevemente contextualizado. Trata-se de uma concepção ligada ao pensamento de Paulo Freire (Pedagogia da Libertação), que tem como componentes essenciais: o diálogo libertador, o amor, a humildade, a fé, a confiança e a esperança.

Esta proposta pedagógica, surge, como as demais, também em oposição ao modelo tradicional. Paulo Freire, em sua proposta pedagógica, apontava a escola como um meio de promover educação de modo que o estudante pudesse compreender politicamente a sociedade em que se encontra, e assim contribuir para a luta contra a reprodução de desigualdades sociais. Desse modo a educação seria um meio para a compreensão da história, em oposição à visão pragmática de um futuro determinado. (FREIRE, 1994)

4.2.1.2.3. A subcategoria *Projetos*

Esta subcategoria agrega os termos *Projetos* e *Projeto/eixo integrador*, que alcançaram uma frequência de 14%. Destaca-se que cerca de 59% dessa frequência

corresponde a apenas 2 institutos – IFRJ (34%) e IFPR (25%), e que o termo não foi mencionado em 4 das instituições estudadas: IFPR, CEFET/Nova Iguaçu, UFRN e IFPA.

O termo “projetos” aparece com frequência relacionado a proposta de integração teoria e prática, e também referindo-se ao ensino interdisciplinar. Desse modo, no processo de análise das entrevistas identificamos que as concepções dos entrevistados, ao citar “projetos”, estão fortemente relacionadas ao contexto do ensino integrado – projeto integrador e projeto interdisciplinar.

4.2.1.2.4. Aula “Teórica”

Esta categoria apresentou uma frequência de 10%, e nela estão agrupados os procedimentos didáticos tidos como “tradicionais”, que seriam a aula expositiva e o uso de recursos audiovisuais, sendo este último citado por apenas um instituto (IFSC). Considerada sob a ótica da pedagogia histórico-crítica, essas seriam estratégias do momento da “instrumentalização”. Entretanto, como não discutimos com os entrevistados os conteúdos ensinados e a relação desse momento com os demais momentos da prática pedagógica, não podemos trazer maiores inferências a seu respeito.

4.2.1.2.5. Outras

Esta apresentou frequência de 5%, e nela estão agrupadas as atividades que não são categoricamente métodos de ensino, mas que fazem parte do percurso formativo do aluno, como é o caso dos Eventos, Atividades Complementares e a Pesquisa. As diretrizes curriculares nacionais do ensino médio, bem como as discussões sobre a educação profissional integrada ao ensino médio indicam a pesquisa como princípio pedagógico. Os depoimentos analisados, porém, e a baixa menção a essa unidade de registro não suscitam tratamento analítico mais aprofundado.

Destaca-se que há, no interior da categoria, uma alta prevalência do termo eventos que corresponde a 90% da frequência, aparecendo no IFGO – Águas Lindas 2 (2 vezes) e Águas Lindas 3 (26 vezes) e que o termo só aparece em mais uma instituição além dessas, o IFPR. Em momento apropriado, caberia discutir a ênfase nessa atividade na perspectiva da extensão e do que os institutos têm pautado como “curricularização da extensão”. Porém, também esse tema não foi explorado, e abordá-lo nesses termos seria extrapolar as inferências que os dados obtidos e analisados por ora nos permitem.

4.2.1.3. Educação politécnica

Com essa categoria, procuramos verificar o quanto a discussão da educação politécnica era conhecida e minimamente apropriada pelas instituições. As categorias empíricas foram construídas mediante a identificação de unidades de registros nos depoimentos que remetiam aos sentidos da integração discutidos por Ramos (2017) em busca de uma maior explicitação da concepção de formação integrada e de Ensino Médio Integrado. Tal propósito de baseia na compreensão de que o ensino médio integrado equivale à construção da travessia para a educação politécnica, como concepção e prática coerente com as necessidades da classe trabalhadora e com o horizonte de sua formação como dirigentes. (FRIGOTTO, CIAVATTA e RAMOS, 2005)

Sendo assim, os sentidos da integração que redundaram na construção das categorias empíricas ligadas à educação politécnica relacionam-se ao princípio de que as pessoas não podem se formar técnica e profissionalmente sem apreender os fundamentos da produção moderna em todas as dimensões. Não se pode admitir, igualmente, que a estrutura educacional comporte ramos profissionalizantes desvinculados da formação básica. É preciso que a política educacional contemple a necessidade de coerência, unidade e organicidade entre as respectivas etapas e modalidades formativas e o currículo.

Com respeito ao ensino médio e a educação profissional, a legislação vigente até o ano de 2019³⁶ viabilizou a possibilidade de “articulação” entre a educação profissional e a educação básica, dando origem às formas de oferta da educação profissional integrada e concomitante ao ensino médio. Ainda no plano formal, à primeira corresponde a realização de ambas as formações em um mesmo currículo – uma diferença fundamental entre os decretos n. 5.145/2004 e 2.208/1997 – destinada a egressos do ensino

³⁶ Em 2017, a Lei n. 13.415, responsável pela contrarreforma do ensino médio, configurou o currículo do ensino médio composto por 1800 horas destinadas à Base Nacional Comum Curricular e 600 horas destinadas a cinco itinerários formativos, sendo quatro referentes às áreas do conhecimento (Ciências da Natureza; Ciências Sociais; Linguagens; e matemática) e o quinto, referente à educação profissional. Em Ramos e Frigotto (2016), ainda quando essa política estava na forma da Medida Provisória n. 746/2016, discutimos a contrariedade dessa aos princípios da formação integrada. Fazemo-lo igualmente, de forma mais sucinta, em Ramos (2021). O texto de Saviani (2020), já referido neste relatório, é também esclarecedor desse aspecto. A vigência prática da lei de 2017, entretanto, só ocorre a partir de 2020, pois esta dependia da aprovação da Base Nacional Comum Curricular (BNCC) do Ensino Médio, o que se fez pelo Parecer do Pleno do Conselho Nacional de Educação (CNE/CP) nº 15/2018, aprovado em 4 de dezembro de 2018. A partir de então, os sistemas de ensino teriam um ano para organizarem a implantação do que passou a ser designado como “Novo Ensino Médio”. A presente pesquisa, portanto, ainda que inclua o ano de 2018, tendo as entrevistas se realizado em 2019, abrange o período anterior a mudanças advindas da atual política. Nesses termos, sempre que nos referirmos a documentos e/ou legislação vigente, trata-se daqueles anteriores a vigência da referida lei.

fundamental; à segunda, a oferta dessas formações cursadas ao mesmo tempo, conforme disponibilidades dos sistemas e instituições de ensino, porém em currículos e instituições distintas, também destinada a egressos do ensino fundamental. Finalmente, a forma subsequente já era praticada por instituições e sistemas de ensino e procurada pelos próprios estudantes; equivale, então, à formação profissional posterior à conclusão do ensino médio (inclusive sob a organização e denominações anteriores como secundário e segundo grau).

O aspecto virtuoso da integração formal da educação profissional à educação básica compreende a oportunidade de o estudante ter a formação básica sob a referência do trabalho. Este, porém, tendeu a se efetivar especialmente nas instituições da rede federal, onde há condições materiais de infraestrutura administrativa e didático-pedagógica, bem como de trabalho e formação docentes compatíveis com uma educação pública, laica e de qualidade socialmente referenciada. Por esses motivos, Saviani (1997) declarou que tais instituições continham os germens da educação politécnica. Germens esses que tentamos cultivar, por superação dialética, insistimos, com a concepção e a prática do Ensino Médio Integrado, coerentes que são, filosófica e politicamente, com as necessidades e aos direitos da classe trabalhadora.

A categoria operacional educação politécnica foi construída com base no conteúdo obtido em resposta a seguinte questão: que tipo de influências da concepção de educação politécnica você encontra no Projeto Pedagógico do Curso?

Vejam, agora, as correspondentes categorias empíricas.

- Sentido filosófico da Integração: expressa a concepção de mundo, de homem, de sociedade e de educação que sustenta o projeto e as práticas político-pedagógicas da escola. A concepção de ensino médio integrado, assim, compreenderia o ser humano como produto das relações histórico-sociais e, nesses termos, a própria realidade. A formação humana é o processo de reprodução dessa realidade em cada ser, de modo que ele possa apreendê-la, criticá-la e transformá-la. O projeto político-pedagógico visa integrar as dimensões fundamentais da práxis social – trabalho, ciência e cultura – na formação dos estudantes.
- Sentido Formal da Integração: refere-se à integração da formação especificamente profissional ao ensino médio, nos termos autorizados pela legislação vigente até 2020.

Trata-se de uma das formas de articulação da educação profissional técnica de nível ao ensino médio, em um único currículo e com uma mesma matrícula. Ao sentido formal estariam vinculadas a razões ético-políticas dessa possibilidade, as quais implica a indissociabilidade da educação profissional e básica. Esta se baseia no direito da classe trabalhadora se formar profissionalmente no ensino médio e prosseguir estudos, no princípio da unidade epistemológica de conhecimentos considerados específicos e de formação geral (superação das dualidades ciência x tecnologia; cultura técnica x cultura geral; educação propedêutica x educação profissionalizantes), e nas condições necessárias à materialidade do princípio educativo do trabalho nas instituições educacionais.

- Sentido Pedagógico da Integração: implica formas de selecionar, organizar e ensinar os conhecimentos destinados à formação pretendida. Propomos a seleção integrada de conteúdos de ensino a partir da problematização dos processos produtivos em suas múltiplas dimensões. É possível que esta seleção integrada de conteúdos de ensino provoque a necessidade de complementação, seja para a formação geral, seja para a formação específica. Para isto, é importante identificar relações dos conteúdos selecionados com outros do mesmo campo (disciplinaridade). Mas, a fim de cumprir com o propósito de que os conteúdos sejam apreendidos como um sistema de relações, cabe identificar relações com conteúdos de campos distintos, na perspectiva da interdisciplinaridade.
- Não execução: registramos referências a não execução da educação politécnica.
- Incerteza: registramos indicações de insegurança de emissão de algum posicionamento sobre o tema ou de se conseguir correlacionar a experiência da instituição com tal concepção.

É importante dizer que, mesmo nesses dois casos, a presença de algum sentido da integração pode indicar possibilidades de aproximação à concepção de educação politécnica, ainda que não de forma elaborada, seja pelo depoente, seja pelo conjunto da instituição.

Vejamos como esses sentidos se manifestaram nos depoimentos dos entrevistados.

Apêndice A.2.1.

<https://drive.google.com/file/d/1dsjzOirsHH6XRJvFaa5TPdU0bVj9bxNY/view?usp=sharing>

[Tabela 24. Sentidos da educação politécnica por instituto federal. Fonte: elaboração dos autores, 2020](#)

[Tabela 24.1 Total dos sentidos da educação politécnica por instituto federal. Fonte: elaboração dos autores, 2020](#)

É significativa a predominância do sentido pedagógico da integração. Foram 82 referências distribuídas por quase todas as instituições estudadas, a exceção de três. Esse fato pode ser explicado por relação com categoria operacional “estratégias metodológicas”, na qual se viu a ênfase na “integração ensino-serviço”. Ou seja, essa experiência é significativa na formação técnica em saúde e implica tanto a seleção integrada de conteúdos de ensino a partir da problematização dos serviços de saúde. Porém, há um princípio da formação integrada que deve se manifestar nesse sentido: a problematização deve transcender a dimensão técnica dos processos produtivos – neste caso, a saúde – para abranger suas múltiplas dimensões. Só assim se pode construir orgânica e coerentemente, a relação particularidade e totalidade social, que é um dos princípios do currículo integrado na perspectiva da politecnicidade. (RAMOS, 2005, 2014, 2017)

Demonstramos em Ramos (2010) ser este um limite importante da concepção pedagógica que tende a orientar a educação profissional em saúde nas Escolas Técnicas do SUS, identificada por nós, naquele estudo, como influenciada pela pedagogia nova e pela filosofia do pragmatismo, atualizadas pela pedagogia das competências. Mostramos também, no mesmo estudo, a presença de perspectivas críticas a orientarem a formação, manifestadas frequentemente pela afiliação ao pensamento freireano. Discutimos haver, então, uma contradição entre concepção pedagógica e política. Trata-se de um tema árduo, devido ao fato de o próprio Paulo Freire ter sido influenciado pela pedagogia nova. Mas Saviani (1985), ao agregar a pedagogia libertadora no campo crítico, explica que Freire representou a pedagogia nova para os oprimidos, combatendo a exploração e a opressão vivida pela classe trabalhadora no modo de produção capitalista e defendendo a educação como mediadora da luta pela liberdade. Os traços da fenomenologia cristã, outro matiz presente no pensamento desse educador, como nos mostra Saviani (2013) explica por que ele acreditava fortemente no diálogo e até mesmo na possibilidade de a classe burguesa se conscientizar da necessidade de superar tais relações de exploração e opressão.

Vemos que a expropriação dos meios de produção que essa classe submeteu a classe trabalhadora é uma questão menos intensa na elaboração freireana. Trata-se de um conceito, por sua vez, fundamental para o materialismo histórico, cuja influência é recebida pelo educador mais tardiamente, no seu período de exílio. (SAVIANI, 2013) Esses aspectos são indícios para buscarmos, oportunamente, aprofundarmos sobre a

referida contradição entre concepção pedagógica e política presente nas ETSUS e que, em certa medida, parece se manifestar também na experiência com essa formação na rede federal, como vimos na análise da categoria operacional “concepções pedagógicas). Tal convergência, como assinalamos, provém da afiliação histórica do campo da saúde às ideias de Paulo Freire ao viés crítico da pedagogia nova em nome dos oprimidos, tributável ao educador. Por isto, consideraremos os registros e sinalizações da pedagogia libertadora sempre como o polo positivo dessa contradição e, por isto, como gérmen para a ampliação do debate sobre a formação integrada na perspectiva da politecnicidade.

Preocupante é a manutenção de certa hegemonia da pedagogia das competências como vimos na análise da concepção pedagógica. Entretanto, a presença da contrahegemônica de concepções críticas é alvissareira e esperada nessas instituições, devido à integração da educação profissional ao ensino médio, não somente no aspecto formal e pedagógico, mas também, eventualmente, no sentido filosófico, como ainda abordaremos.

O fato é que, do ponto de vista pedagógico, reitera-se aqui o que encontramos em Ramos (2010): a seleção integrada de conteúdos e a prática pedagógica interdisciplinar resultam da valorização da problematização como momento didático, tão fortemente encontrada nas experiências educacionais da saúde, em especial conduzidas por educadores com formação na saúde coletiva e/ou com experiência na saúde pública.

Isto, porém, não é suficiente para se captar a proximidade com a concepção da educação politécnica. Para tal, é necessário que o sentido pedagógico da integração esteja vinculado coerentemente com o sentido filosófico. Não chegamos a encontrar tais sinais na investigação. Notemos que as referências a esse sentido é a menor dentre as computadas (10) e, mesmo nas instituições em que o sentido pedagógico da integração é mais forte, vê-se pouca referência ao sentido filosófico.

Este é o caso do IFGO-Águas Lindas, para o qual encontramos ao todo 35 referências ao sentido pedagógico da integração (sendo 19 na entrevista 3, 7 na 2 e 9 na 1), mas somente cinco referências ao sentido filosófico (nenhum na entrevista que mais encontramos o sentido pedagógico). Aprofundamentos nesse sentido seriam necessários, pois, em que pese ser única, a menção ao sentido filosófico na entrevista 1 do IFGO-Águas Lindas deve ser considerada. O mesmo se pode dizer do IFRJ-Realengo, onde também encontramos uma menção a esse sentido, juntamente com nove registros do sentido pedagógico da integração. Podemos nos perguntar se há alguma associação, ainda

que tênue, de ambos os sentidos nessas instituições, como indício interessante sobre a existência de sementes germinadoras da formação integrada com perspectiva politécnica.

Na entrevista 1 do IFGO-Águas Lindas, por exemplo, uma das menções que agregamos ao sentido filosófico refere-se a haver a discussão no campus em cursos e eventos, sem sua implementação efetiva. Incorporamos essa avaliação da entrevistada simultaneamente nessa categoria empírica e, também, na “não execução”. De todo modo, o fato de existir a discussão e a consciência de seus limites parece-nos interessante.

Aqui na verdade o Instituto até ofertou uma licenciatura para alguns dos professores que são só bacharéis. Que aí a gente discute a questão da politécnica, que é do Saviani. Então, tirando isso, a gente não discute. Se discute nos congressos que faz integração e tal, mas sabe aquela coisa que fica só na discussão na hora de executar de fato. Pelo menos aqui no campus, a gente não tem ainda essa, sabe, essa questão de executar o que a gente discute nos congressos institucionais, ainda não. Não vejo que isso seja implantado ainda não. (IFGO-Águas Lindas)

Indicações sobre o acolhimento e a valorização de posturas críticas na instituição em coerência com a proposta pedagógica que combate a dualidade educacional e aponte para um projeto de formação *omnilateral* também foram correlacionadas com o sentido filosófico da integração, mesmo que não haja consciência explícita sobre ele.

Continuar seguindo os estudos e também ter uma visão diferenciada, assim, no sentido de ir atrás daquilo que querem, de ter um senso crítico, de reivindicar. Aqui mesmo, se falta algo dentro do Instituto eles reivindicam. Tem essa compreensão que a gente não vê muitas vezes em outras escolas. IFGO-Águas Lindas

Então, os três cursos nascem dizendo que estão aqui para fazer a formação de um egresso, que não apenas entre no mercado de trabalho, mas que entre cidadão, que entre reflexivo, como uma formação humanística. Efetivamente uma formação humanística porque a gente tem sociólogos, filósofos, psicólogos nessa formação com suas respectivas disciplinas e também montando uma matriz, onde essas disciplinas, até então colocadas em caixinhas diferentes, pudessem dialogar. As específicas dialogando com as humanas, dialogando com as biológicas e assim vai. (IFRJ-Realengo)

É interessante ver que o excerto do IFRJ-Realengo associa formação humanística - um conceito caro ao pensamento gramsciano que é base da proposta de educação politécnica – com a abordagem interdisciplinar do currículo. Trata-se de um depoimento que sinaliza para os sentidos filosófico e pedagógico da integração, mas também para o sentido epistemológico. Este não foi categorizado neste estudo. Vale somente uma nota de que esse sentido se consubstancia na relação entre as particularidades dos processos produtivos e a totalidade social. Por isto, nenhum conhecimento pode ser considerado somente como específico de uma profissão, nem somente como um conteúdo da formação geral. Outro aspecto contemplado nesse sentido é a superação da hierarquia das áreas de

conhecimento, por entender que o real é síntese de múltiplas determinações. É a relação entre conhecimentos de diferentes áreas e finalidades, construída pedagogicamente com a mediação da sua historicidade que permite a compreensão do real como “um todo estruturado e dialético” (KOSIK, 1976) e que fecunda a possibilidade da formação *omnilateral*.

Além de relacionar os achados relativos à educação politécnica com a categoria “estratégia metodológica”, o que já nos sinalizou razões da ênfase no sentido pedagógico da integração, pode ser uma boa pista relacionar também com a “concepção pedagógica”, outra categoria operacional. Vê-se a força da pedagogia libertadora e da formação crítica no IFGO-Águas Lindas (respectivamente 12 e 6 registros na entrevista 1 – a mesma que faz duas menções ao sentido filosófico da integração –, enquanto nas entrevistas 2 e 1 encontramos mais 6 registros em concepções críticas, sendo 3 destinadas à pedagogia libertadora e 3 à formação crítica).

Nessas entrevistas, assim como na do IFRJ-Realengo, não há registros referentes à pedagogia das competências, ainda que nessa encontremos 1 registro no escolanovismo e 2 no tecnicismo, mas esses se contrapõem a cinco indicações para a formação crítica. As duas menções ao construtivismo que encontramos na entrevista 2 do IFGO-Águas Lindas, juntamente com as três à pedagogia libertadora podem sugerir mais a ideia de que uma pedagogia crítica se faz buscando a construção do conhecimento do que uma adesão ao viés não crítico dessa última corrente.

Parece-nos ser coerente apontar para a presença de germens conceptuais da educação politécnica nessas instituições, ainda que incipientes e ainda mais como bom senso do que como concepção agregada de mundo. (GRAMSCI, 2001) Este é um bom ponto de partida.

Buscando ampliar nossa compreensão sobre os demais institutos em que verificamos alguma força do sentido pedagógico da integração (IFTO-Araguaína, IFBA-Eunápolis e IFPR-Londrina 10 – cada um deles com 10 ocorrências, sendo que a segunda outra entrevista do IFPR-Londrina, nos dá somente 3 registros nessa categoria), nos quais também é nula a menção ao sentido filosófico, seguimos relacionando a categoria “educação politécnica” à “concepção pedagógica”.

Na entrevista do IFTO-Araguaína parece que o tema concepção pedagógica não foi muito discutido, face a apenas três registros. Mesmo assim, ele pode sinalizar uma

apreensão ainda dúbia da pedagogia das competências pois, tal como vimos nas ETSUS (Ramos, 2010), ela pode estar convivendo com ideias da pedagogia libertadora, visto que são por essas concepções que as menções se distribuem. A convivência da pedagogia das competências com concepções críticas se manifesta também no IFBA-Eunápolis. Mas sobre este, abordamos no item anterior a alteração pedagógica em curso, da pedagogia das competências para a perspectiva integrada. Então, curiosamente, ainda que o sentido filosófico da integração não seja identificado nas entrevistas, é forte o pensamento crítico na categoria concepção pedagógica. Possivelmente, um diálogo mais aprofundado sobre o tema poderia nos levar a identificar gérmenes da educação politécnica também nesse instituto.

Essa convivência é encontrada também nos registros do CEFETRJ-Nova Iguaçu, com a hegemonia da pedagogia das competências (10) ao lado de três referências à pedagogia libertadora; e no IFSC-Florianópolis, com menos presença da primeira pedagogia (1) e mais da segunda (5). Porém, no CEFETRJ-Nova Iguaçu o registro na categoria educação politécnica é pouco expressivo – somente dois para o sentido formal da integração. Este sentido, manifestado sem vínculo com os demais depõe pouco sobre o horizonte da politecnia. No caso desse instituto, a hegemonia da pedagogia das competências vista em face da menção restrita à integração nos sugere que a formação integrada na perspectiva da politecnia pode estar distante.

acredito que nos cursos ofertados no CEFET a gente tem o ensino médio integrado, mas ainda estamos longe da politecnia, acho que temos uma caminhada longa para chegarmos nesse patamar, precisa de muito estudo ainda. Que se adote institucionalmente essa perspectiva. CEFETRJ-Nova Iguaçu

O IFPR-Londrina exigiria um tratamento mais aguçado, pois nos deparamos com um paradoxo. Por um lado, a entrevista que nos mostra mais registros do sentido pedagógico da integração (10), na análise da categoria educação politécnica, nos revela a força e a exclusividade da pedagogia das competências no seu depoimento (11 registros) sobre concepção pedagógica. Por outro lado, a entrevista desse instituto em que predominam referências à pedagogia libertadora (6, somadas a 3 de incerteza), foi a que nos mostra menos registros do sentido pedagógico da integração (somente 3 como totalidade). O que mais nos mobiliza nesse caso seria interrogar porque sujeitos da mesma instituição trazem apreensões relativamente díspares do processo pedagógico que vivenciam.

O fato nos sinaliza para algum nível de desagregação de concepções, que pode caracterizar tanto o projeto institucional quanto os sujeitos entrevistados. Entretanto, discutimos que o que os sujeitos revelam nunca são somente suas versões subjetivas da realidade, mas as interiorizações dos fenômenos objetivos. Temos, assim, uma questão que precisaria ser verificada com profundidade em um dos campos da nossa pesquisa.

A entrevista realizada no IFPA-Belém pode indicar um caso semelhante ao percebido no CEFETRJ-Nova Iguaçu. Trata-se de mais uma entrevista em que se encontram somente registros do sentido formal da integração (3, que se soma a 1 de incerteza), com a hegemonia da pedagogia das competências se revelando por meio de 17 registros, ao lado de mais 3 ao tecnicismo e uma incerteza. As referências ao sentido formal da integração ocorrem para indicar a não oferta do curso técnico em enfermagem na forma integrada ao ensino médio, mas também a existência dessa forma em outras áreas.

Não, no momento nós não temos nenhum curso integrado e ainda não temos proposta também. (...) Por que não integrado? A gente ainda está nessa discussão, porque o integrado a média de idade é em torno de quinze, dezesseis anos. Então assim, como o nosso perfil é diferenciado em relação a outros cursos, porque é a área da saúde, é para trabalhar com seres humanos. (...) Não, já tem modalidade integrado. A gente sabe que já tem né? Acredito que a maioria, a maioria dos cursos, das áreas daqui tem a modalidade integrado, mas a área da saúde não tem. (IFPA-Belém)

Finalmente, comentemos o que se pode captar na Escola de Saúde da UFRN. Na categoria educação politécnica, há menções relativas a dois sentidos da integração – filosófico e formal – juntamente com dois sobre a não execução da integração e um de incerteza. O fato é que essa instituição não oferece cursos técnicos na forma integrada. Assim, a única menção ao sentido formal é relativa a esse depoimento, com o qual são coerentes os registros de não execução (dois). Já um registro no sentido filosófico se manifesta como preocupação com a dificuldade de se fazer a formação humana quando o curso não é integrado.

É uma coisa tão distante da nossa possibilidade que sinceramente eu nunca vi uma inscrição da escola se quer pensar em oferecer o integrado. Porque isso exigiria, exigiria a gente ter outro quadro de docentes, se a gente tem trinta e dois docentes na área da saúde, exigiria mais trinta para matemática, geografia, ciências, português... É impossível a escola... (UFRN)

Porque assim, a gente recebe o aluno que ele já terminou o ensino médio, muitas vezes não é próximo, às vezes o aluno termina o ensino médio, fica três, quatro anos e vem fazer o técnico. Vem de escolas cem por cento públicas, mas de também qualidades diferentes. E aí a formação humana é dependente dessa experiência que ele teve lá. Então assim, a gente percebe muito essa dificuldade, quem trabalha, por exemplo, com a disciplina saúde e sociedade. Então a gente tem uma disciplina saúde e sociedade que puxa um pouco isso,

mas você puxa né? Você não oferece, não dá para fazer a formação humana com uma carga horária de trinta horas no semestre. (UFRN)

Ao mesmo tempo, essa preocupação é coerente com a presença da pedagogia libertadora como concepção pedagógica crítica. Nessa categoria, por sua vez, aparece uma menção ao construtivismo que provavelmente sinaliza mais para a construção do conhecimento pelo educando no sentido próximo ao pensamento freireano do que a adesão a uma corrente pedagógica ou psicológica.

Eu diria que cem por cento dos nossos professores acredita em uma pedagogia transformadora, numa pedagogia construtivista, eu diria que cem por cento, não têm... Alguns têm mais habilidades para trabalhar dessa forma, outros um pouco menos, mas de acreditar nela e está escrito no nosso projeto político pedagógico. (UFRN)

Os registros de incerteza encontrados unitariamente nas duas categorias operacionais podem indicar reflexões sobre os temas, dada a singularidade dessa instituição no conjunto do campo empírico da pesquisa.

5. Uso do software Iramuteq: apreensões preliminares.

No projeto de pesquisa propusemos a aquisição de um software de análise qualitativa, o N-Vivo, considerando o elevado volume de dados qualitativos que seriam produzidos e o fato de termos utilizado esse software na organização de dados semelhantes quando da realização de estágio pós-doutoral sobre “saberes profissionais”. Naquela ocasião, participamos de uma pesquisa de caráter etnográfico, com produção substantiva de dados qualitativos e o referido software nos pareceu muito útil.

Ao longo do desenvolvimento da pesquisa tivemos duas percepções que nos levaram a alterar nossas escolhas. A primeira foi o interesse de tratarmos manualmente os dados, por avaliarmos que isto nos daria maior propriedade acerca da realidade estudada. Vislumbramos, também, a construção de uma metodologia de análise qualitativa articulando os referenciais teóricos do materialismo histórico e de Paul Bruyne sobre o esquema quadripolar da pesquisa social, valendo-nos, também, da técnica de análise de conteúdo de Bardin (2007). Consideramos a possibilidade de elaborarmos um protocolo metodológico básico para pesquisas semelhantes a que propusemos. Entendemos que logramos algum êxito neste intento, o qual deverá ter desdobramentos na forma de publicações acadêmicas.

A segunda percepção foi a pertinência de se buscar softwares de análise qualitativa de uso gratuito. Havíamos orientado uma estudante de mestrado que utilizou o software Iramuteq (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de*

Questionnaires) em sua pesquisa e, devido ao bom resultado, qualificou-se para o seu uso e para a instrução de pesquisadores com o mesmo interesse. Fizemos, então, a opção pelo referido software, redistribuindo recursos do projeto para essa mesma finalidade, mediante a contratação de trabalho de pessoas físicas para realizar a limpeza do *corpus* de análise – procedimento necessário à viabilidade do uso do software – e para proporcionar formação à equipe.

O Iramuteq faz parte de um conjunto de software de análise de dados qualitativos (SADQ), os quais representam somente uma assistência para a análise, pois eles não a efetuam. Normalmente, eles possuem uma gama de ferramentas para produzir relatórios e resumos. Os programas devem ser escolhidos conforme conveniência aos dados e à análise que se pretende realizar.

Trata-se de um software gratuito e com fonte aberta, desenvolvido por Pierre Ratinaud e licenciado por GNU GPL (v2), que permite fazer análises estatísticas sobre corpus textuais e sobre tabelas indivíduos/palavras. Ele ancora-se no software R (www.r-project.org) e na linguagem Python (www.python.org)³⁷.

Sua utilidade se mostra profícua para tratamento de volumoso material transcrito – o que era o caso da presente pesquisa –, mediante a análise lexical ou análise textual. É necessário avaliar a relação entre o tempo demandado e o disponível para a análise ao se decidir utilizá-lo. No caso desta pesquisa, sua aplicação se fez após já termos desenvolvido a análise manual. Pensamos que, mesmo assim, seria conveniente submeter o *corpus* de dados qualitativos ao tratamento do software para identificarmos possibilidades de enriquecimento ou complementação da análise; ou mesmo para concluirmos sobre sua impertinência. Nossa experiência mostrou que o *software* pode ser utilizado, mas devido ao tempo disponível para se aproveitar os elementos por ele construídos, não foi possível incorporá-los plenamente ao conjunto dos resultados, sendo este um procedimento a se realizar oportunamente.

A análise lexical de dados textuais apresenta-se como alternativa para a análise de dados qualitativos, permitindo aplicar métodos estatísticos aos textos. Explora-se, assim, materiais textuais ao ser viabilizada a construção de categorias naturais, a partir do uso de técnicas estatísticas no campo dos dados qualitativos. O aspecto fundamental dessas

³⁷ <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>.

ferramentas está em possibilitar quantificar variáveis essencialmente qualitativas – o que também fizemos manualmente valendo-nos de indicações da análise de conteúdo.

O uso de softwares para a análise qualitativa, portanto, contribui essencialmente para a organização de dados e não para a análise em si, o que é tarefa dos pesquisadores. Os parâmetros iniciais de softwares como esse eram “as palavras”. Atualmente, existe o recurso da “análise por classificação hierárquica descendente” (CHD), que possibilita recuperar o contexto em que as palavras se encontram. A esse propósito Bardin (2007) salienta a importância da “unidade de contexto” na qual se situam as “unidades de registro” (correspondentes propriamente a palavras ou expressões que informam sobre a força de alguma/s ideia/as no material estudado). Assim, esse tipo de classificação organizada pelo software, além de permitir uma análise lexical do material, oferece também os contextos (classes lexicais).

As etapas implicadas no tratamento dos dados por essa ferramenta são as seguintes: a) pré-análise, correspondente à leitura flutuante referida por Bardin (2007) e à limpeza do *corpus* de acordo com o respectivo tutorial; b) exploração do material produzido pelo software com base em critérios léxicos de categorização (obtenção das classes semânticas); c) nomeação das classes pelo pesquisador (a partir das palavras e seus segmentos, e dos objetivos do estudo); d) tratamento dos resultados obtidos e interpretação (os recursos são a CHD, a análise pós-fatorial de correspondência, a análise de similitude e a nuvem de palavras).

A Classificação Hierárquica Descendente (CHD) só pode ser utilizada se houver pelo menos 70% de retenção do *corpus* na análise, caso contrário, deve-se usar Análise de Contraste. A retenção do *corpus* da pesquisa foi de 93%. A análise pós-fatorial de correspondência fornece os segmentos de texto de cada classe, permitindo a contextualização do vocabulário típico. A análise de similitude possibilita verificar conexão entre as palavras e quais palavras são organizadoras das demais. A nuvem de palavras, por sua vez, trabalha com palavras-chave, produzindo uma interessante ilustração. É conveniente para se usar em pôsteres e apresentação de trabalhos.

A CHD do *corpus* da pesquisa produziu três classes. As classes não têm nome prévio, mas é o pesquisador que deve conferi-los, dependendo da identidade que elas demonstram a partir da agregação das palavras. No caso de haver muitas classes indica-se certa dispersão das ideias, o que pode dificultar a análise ou indicar alguma questão relativa à produção dos dados ou mesmo a características do fenômeno estudado.

Nesta pesquisa foram produzidas três classes, o que demonstra certa coesão do *corpus*. A classe 1 é a mais representativa do que o material forneceu e demonstra maior agregação das palavras (54,53%); na 2 já há alguma dispersão (agregação de 29,09% do *corpus*), que se amplia na classe 3 (agregação restrita a 16,38%). Outro aspecto importante, é que, localizando as classes em um plano cartesiano, se verifica que as classes 1 e 2 estão mais próximas aos eixos, enquanto a 3 delas se distancia. A proximidade ao eixo e entre elas, demonstra coesão das classes, internamente e na relação entre elas.

Ao verificarmos as palavras concentradas nas respectivas classes, podemos denominar a classe 1 pelo tema “Desafios da implementação dos cursos”, tendo em torno deste questões como a participação, o perfil e as concepções dos docentes. A classe 2 parece corresponder ao “Currículo dos cursos”, sobressaindo-se palavras como atividades, teoria-prática, princípios do SUS. A aproximação dessas duas classes demonstrada por suas localizações no plano cartesiano elaborado pelo *software*, é sugestiva, pois delas se pode inferir características dos currículos e desafios de sua implementação, com sinalizações de razões que configuram tais desafios. A terceira classe, por sua vez, menos próxima às anteriores, parece agregar aspectos do “trabalho docente”, com palavras como oferta, seleção de professores, tempo de serviço, relação entre formação e trajetória profissional.

Esses temas advindos das classes organizadas pelo Iramuteq poderiam ser relacionados às categorias operacionais construídas pela análise de conteúdo realizada manualmente pela equipe, do seguinte modo:

Classe 1 – Desafios da implementação dos cursos:

Construímos esta categoria, porém, não a tratamos com profundidade. Identificamos as ocorrências nos depoimentos relacionando-as às indicações extraídas dos questionários. Já o *software* pode estar sugerindo a relevância deste tema para a dinâmica da educação profissional em saúde nas instituições analisadas. Identifica-se, neste caso, uma contribuição importante da ferramenta, pois ela sinalizou à equipe a necessidade de se conferir atenção analítica ao tema.

Em síntese, se os pesquisadores direcionam o olhar para o material empírico conforme seus interesses prioritários – em nosso caso, relativos à identificação dos princípios filosóficos, epistemológicos e pedagógicos da oferta da educação profissional

em saúde – os dados empíricos tratados sem um direcionamento a princípio, podem nos revelar aspectos merecedores do estudo.

Classe 2 – Currículo dos cursos:

Este foi um tema central da pesquisa. As categorias teóricas determinação social da saúde, trabalho como princípio educativo e práxis pedagógica que orientaram a investigação das concepções filosóficas, epistemológicas e pedagógicas da educação profissional em saúde nas instituições estudadas adquiriram concretude nos temas concepções de saúde, SUS, concepções pedagógicas, estratégias metodológicas e politecnia. Ou seja, todos que expressam fundamentos do currículo. Neste caso, então, vemos uma convergência importante dos dois processos metodológicos implementados. O uso do software nos ajuda a ter segurança quanto a coerência entre objetivos propostos e dados qualitativos construídos.

Classe 3 – Trabalho docente

Este tema foi abordado na análise de conteúdo realizada pelos pesquisadores mediante a categorias “perfil dos professores”; “experiência dos professores com o SUS”; “experiência dos professores com cursos técnicos”; “seleção de professores”; e “educação continuada/permanente de professores”. Na consolidação da análise, priorizamos as três primeiras, uma vez que identificação que os processos de seleção possuem uma lógica relativamente padrão, ao passo que a questão da formação continuada não foi enfatizada pelos entrevistados, a não ser quando vinculada aos afastamentos de docentes para a qualificação. Quanto ao perfil e à experiência dos professores com o SUS, identificamos certa regularidade atravessada pelos conhecimentos em saúde coletiva, o que, por sua vez, pode explicar a presença e a valorização do SUS nos currículos. Finalmente, a experiência dos professores com cursos técnicos também não se mostrou uma categoria profícua.

A configuração da classe 3 pelo Iramuteq nos mostra que dados sobre esses temas estão presentes nos depoimentos. Mas o distanciamento dessa classe das outras duas pode reforçar o que identificamos com nossa análise. Trata-se de informações que, de um lado, têm certa regularidade e, de outro, não ampliam significativamente a compreensão sobre as concepções e as dinâmicas pedagógicas da educação profissional em saúde nas instituições.

Nesse sentido, entendemos que a utilização do software na condição que o fizemos, ou seja, valendo-nos de seus recursos de forma experimental e subordinada à

análise autônoma dos pesquisadores, mais uma vez nos ajuda a perceber coerências entre os objetivos do estudo, os dados produzidos e o direcionamento conferido à análise.

Apêndice A.2.6

<https://drive.google.com/file/d/1vdPqEiywoxVHyl7wjLpCPJAmwqLPhykt/view?usp=sharing>

Conclusões:

Chegamos ao momento da síntese, que corresponde ao movimento de relacionar as dimensões quantitativa e qualitativa do estudo e dessas com as categorias de análise. Pretendemos, assim, reconstruir o objeto como concretude, isto é, tendo-se captado as mediações que o constituem como uma realidade histórica e dialética, produzida pelas relações sociais e que podem ser por elas transformadas.

Nossa expectativa foi produzir conhecimentos que possam contribuir para a ação de sujeitos singulares e coletivos que têm compromisso com as políticas públicas de educação e de saúde no Brasil. Os universos escolares, dos aparelhos de Estado e da sociedade civil em geral são os campos em que tais conhecimentos podem adquirir força material. No horizonte mais “utópico”, vislumbramos contradições virtuosas a serem enfrentadas no sentido de se recuperar o caráter ontológico da relação entre trabalho, educação e saúde na formação humana.

A exposição das conclusões a que foi possível chegar será guiada pelos objetivos geral e específicos. Isto, não como formalidade, mas a fim de que a reconstrução do objeto possa adquirir coerência como produto do conhecimento perseguido pela pesquisa, orientados pelos pressupostos ético-políticos e referenciais teóricos, ordenados metodologicamente de forma o tanto claro quanto possível, devido à complexidade do fenômeno analisado.

O objetivo da pesquisa foi verificar a oferta da educação profissional no país face ao atual Plano Nacional de Educação, bem como averiguar a atuação das Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, quanto à oferta quantitativa e qualitativa de cursos técnicos de nível médio em saúde.

A meta 11 do PNE previa triplicar as matrículas da educação profissional técnica de nível médio no período, assegurando a qualidade da oferta e pelo menos 50% da expansão no segmento público. Constatamos que, em quatro anos de vigência do Plano (2014-2018) abrangidos pelo período estudado (2010-2018), o aumento de matrículas

dessa modalidade educativa foi de 30,6%; em média 7,6% ao ano. Se a mesma tendência perdurar, poderíamos estimar para 2024 um número de matrículas aproximadamente 76% maior do que o de 2014. Com isto, apesar de o aumento ser importante, sequer se duplicaria a quantidade de matrículas em dez anos. Mostra-se, então, a pouca probabilidade de se cumprir a meta 11. O contrário, neste momento, só poderia ser vislumbrado se houver uma mudança radical e urgente da política de trabalho, de educação e de saúde e, em especial, da política econômica no Brasil, com investimento significativo nesses campos que estruturam a educação profissional em saúde.

Os 50% da ampliação total do número de matrículas no segmento público, previstos pela mesma meta, corresponderia a 2.056.343 matrículas, o que acabamos de constatar como uma realização pouco provável. Porém, este percentual de participação da esfera pública no aumento de matrículas da educação profissional técnica de nível médio, mesmo que a meta global ainda seja distante, não é despropositado, pois o segmento público foi responsável por 91,3% do aumento ocorrido. Mesmo que os números da esfera privada tenham crescido em 47% das matrículas nesse quadriênio, ela participou do aumento global somente com 8,7%. Em 2015 e 2017, ela chegou a perder matrículas.

No que tange às redes públicas, 30% do aumento de matrículas deve-se à rede federal (54,5% em relação aos seus números originais); 60%, à estadual (64% dos seus números); e 0,85%, à municipal (16% de seu patamar no quadriênio).

A esfera estadual responde à questão da pesquisa sobre que redes públicas (federal, estadual e municipal) têm contribuído para a expansão da oferta da educação profissional técnica de nível médio em geral. Esta figura com o maior número absoluto de matrículas em todo o período de 2010 a 2018; é a que tem apresentado maior índice de crescimento, principalmente no quadriênio de 2014 a 2018 e, neste, é a que responde mais pela ampliação de matrículas no segmento público. Se este é um importante achado quantitativo da pesquisa, confere-se o quanto é importante que as concepções educacionais críticas e progressistas mobilizem essas redes, o que implicaria um denso debate sobre o ensino médio integrado na perspectiva da educação politécnica nessa esfera. Este, porém, tem-se envolvido mais a rede federal e, mesmo assim, não de forma universal, já que os estudos qualitativos nos mostraram que inclusive nesta rede, em particular nos cursos técnicos de saúde, a pedagogia das competências mantém um peso importante.

As políticas públicas de ensino médio e educação profissional atuais agravam ainda mais esse cenário, pois a contrarreforma do ensino médio implantada por meio da Lei n. 13.415/2017 e toda a regulamentação correlata promove a desintegração do ensino médio, ao dividir 600 horas da carga horária mínima em cinco itinerários formativos, sendo um desses o da educação profissional. Mais grave ainda é o fato de quatro itinerários (ciências humanas, da natureza, matemática e linguagens), figurarem no documento da Base Nacional Comum Curricular – BNCC como vinculados às mesmas áreas de conhecimento da formação geral, enquanto a educação profissional aparece destacada desse conjunto.

Em síntese, dentre outros aspectos graves, a contrarreforma desintegra a relação da educação profissional com o ensino médio e regulamenta o currículo por competências. Consolidam-se a hegemonia do pragmatismo e das pedagogias não críticas na educação nacional. Se a história de resistência e o estatuto autárquico da rede federal possibilitam maior resistência, o mesmo não se pode dizer das redes estaduais. Ao concluirmos que essas contribuem significativamente para a educação profissional no país, verificamos o quanto a relação quantidade e qualidade precisa ser tratada pelos estudos da educação em geral e dessa área em particular.

Quanto às outras metas do PNE afeitas a este estudo, não foi nosso propósito perquirir a respeito da universalização do atendimento escolar da população de 15 a 17 anos nem sobre a elevação da taxa líquida de matrículas no período estudado para verificar possibilidades de esta ser elevada para 85% até 2024, como prevê a meta três. Interessou-nos, de forma mais geral, observar a tendência das matrículas gratuitas de ensino médio integrado anunciada pela estratégia sete dessa meta.

Reitera-se, neste caso, a importante participação das redes estaduais. Em que pese haver números da forma subsequente maiores do que os da integrada eventualmente na esfera estadual e constantemente na esfera privada, a forma integrada da educação profissional ao ensino médio tende a ser predominante e crescente no período estudado e no quadriênio de 2014 a 2018. Salvo em situações pontualmente identificadas, as redes estaduais são responsáveis pelo maior quantitativo das matrículas da educação profissional nas formas de oferta integrada tanto ao Ensino Médio “regular” quanto à EJA presencial e semipresencial, comparada às demais esferas públicas. Parece haver suspensão da EJA integrada semipresencial, face à lacuna que se manifesta em alguns anos. Apenas nas formas concomitante e subsequente o segmento privado tende a ser

mais presente, aí se concentrando sua atuação na educação profissional técnica de nível médio.

Podemos concluir sobre a tendência de aumento da oferta integrada da educação profissional ao ensino médio, coerentemente com a estratégia sete da meta três, ainda que esta não tenha sido quantificada pelo PNE. Neste estudo não fizemos o levantamento de matrículas totais na EJA, para que pudéssemos verificar o percentual referente ao menos à forma integrada da educação profissional ao ensino médio nessa modalidade – dados dos quais dispomos – e, assim, conferir a participação do ensino médio na expectativa de aumento de 25% da EJA nas duas etapas da educação básica. Mas foi possível verificar novamente a relevância das redes estaduais. Como os índices de crescimento não são relevantes no período estudado, por ora podemos sinalizar para dificuldades no cumprimento também da meta 10 do Plano Nacional de Educação.

Expostas as conclusões sobre o comportamento da educação profissional no país face ao PNE, passemos à segunda dimensão do objetivo geral, referente à atuação das Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica quanto à oferta quantitativa de cursos técnicos de nível médio em saúde.

Os dados nacionais de matrículas na educação profissional em saúde vêm mantendo um padrão em torno de 20 a 27% do total de matrículas. A participação da rede federal é pequena, demarcada em 2% em 2010, no pico de 6% em 2015, voltando a 2% em 2018. Os anos de 2015 e 2016 mereceriam um estudo específico, pois é quando a esfera federal tem ampliação de matrículas (2015) e de cursos (2016) na educação profissional em saúde, enquanto a esfera privada sofre uma leve redução.

Ao observarmos as matrículas nas outras esferas administrativas, identificamos que desde o início da série analisada, a rede privada de educação continua concentrando as matrículas da educação profissional em saúde: 70% do total de matrículas em 2010, percentual que se amplia até culminar com 79% do total de matrículas em 2018. Esse movimento constatado na esfera privada tende a neutralizar a contribuição da rede federal, mesmo que este tenha sido crescente em alguns momentos da série. A diminuição da participação das redes estaduais (de 27% para 19% nos oito anos) e a estabilidade dos índices das redes municipais (1%) é outro obstáculo ao contraponto da esfera pública à atuação historicamente hegemônica pela esfera privada.

O curso técnico de enfermagem continua predominando na educação profissional em saúde nacionalmente em 2018 (2497), fenômeno que se reproduz na rede federal (43). O curso de radiologia, segundo mais ofertado em nível nacional, não se mostra relevante na rede federal, dando lugar ao de análises clínicas (22), que é o terceiro mais ofertado no Brasil (422). De 2010 a 2018, embora com variações, ampliação e queda, a rede federal tem mantido o padrão de cursos mais ofertados. Apenas em 2018 o curso de Nutrição e Dietética passa a ser um dos cursos mais ofertados pela rede, no lugar do curso de agente comunitário de saúde.

Um fenômeno peculiar é o curso de agente comunitário de saúde (ACS), com ampliação de aproximadamente seis vezes de 2014 a 2016 (12 cursos em 2014, 42 em 2015 e 73 em 2016). Considerando que a política informada como mais relevante para a atuação da rede federal na área da saúde foi o Pronatec, esta é uma possível explicação para o ocorrido. Tal vinculação parece-nos plausível inclusive por sua sazonalidade. Em 2010, a rede federal ofertou 9% dos cursos de agente comunitário de saúde, em 2016 esse índice se eleva para 69%, voltando ao patamar de 8% em 2018. O Pronatec foi um programa criado em 2011 pelo Governo da Presidenta Dilma Rousseff. De fato, como política pública, ele surtiu efeitos principalmente a partir de 2013, os quais tenderam a cessar a partir de 2016, quando Michel Temer assumiu a presidência da república.

Esta conclusão nos encaminha para outro objetivo específico do estudo de identificar motivações e condições que levavam as instituições da rede federal a ofertarem cursos técnicos em saúde. Os dados quantitativos levantados a partir do Censo escolar e da Plataforma Nilo Peçanha nos mostraram a contribuição dessa rede para a educação profissional em saúde, mediante a consecução do nosso primeiro objetivo específico. Para a consecução do segundo deles valemo-nos dos questionários aplicados à totalidade das instituições que atuavam nessa área, recolhidos na fração aproximada de 50% do universo.

As diversas respostas obtidas e tratadas quantitativamente nos forneceram importantes indícios para o caminho percorrido no estudo qualitativo. Especificamente sobre as motivações e condições de oferta da educação profissional em saúde, sistematizamos algumas conclusões.

Primeiramente, reitera-se a inferência sobre a relevância do Pronatec para o fenômeno estudado, pois um dos motivos dados à suspensão de cursos nessa área ao longo do período estudado foi o fim do programa. Justificamos a pertinência dessa pesquisa pela

necessidade de contribuir para a articulação das políticas de educação e de saúde voltadas à formação de trabalhadores técnicos dessa área. Em nível nacional, vislumbramos a possibilidade de ampliação do diálogo entre os Ministérios da Educação e da Saúde, considerando que a atuação da rede federal nesse sentido poderia se manifestar como resultado e/ou estimulador desse movimento. Esta não foi nossa conclusão.

Em que pese uma minoria ter assinalado dificuldades advindas da relação com o Ministério da Educação, tende a haver reconhecimento de algum incentivo, seja por razões político-administrativas, seja devido ao Pronatec. O mesmo, porém, não ocorreu em relação ao Ministério da Saúde. Grande parte dos respondentes sequer identifica qualquer vínculo entre a atuação da instituição na formação técnica em saúde e essa instância federal, apesar de a Constituição Federal a consagrar como responsável pelo ordenamento da formação de recursos humanos em saúde.

Como conclusão parcial e hipótese para estudos futuros, afirmamos ser possível que o Ministério da Saúde ainda não tenha identificado a rede federal como estratégica para a formação de trabalhadores técnicos da saúde. Sinal importante nesse sentido parece estar na interrupção dos diálogos entre este e o Ministério da Educação. Uma tentativa de articulação muito pontual chegou a ser empreendida em 2017 e 2018, pelas Secretarias de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGETS/MS) e de Educação Tecnológica (SETEC/MEC), com mediação da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Realizaram-se algumas reuniões entre Escolas Técnicas do SUS e unidades de Institutos Federais que atuam na educação profissional em saúde. A descontinuidade dessa ação comprova que o tema se mantém como um importante desafio para a política pública nacional, considerando que a ação de poderes e forças políticas locais se manifestaram como pouco relevantes.

Quanto às condições de oferta de cursos técnicos em saúde, constatamos que a disponibilidade de recursos financeiros é sempre um limite. Mas a seu favor estão a infraestrutura adequada, experiência de atuação e a qualificação do corpo docente na área da saúde. Esses dados contribuem para o fortalecimento dessa área na rede federal, uma vez que sua autonomia e a existência de infraestrutura e corpo docente estáveis os protege das instabilidades sofridas pelas ETSUS. Essas, normalmente estão sujeitas aos contextos políticos locais e relativamente dependentes de programas e demandas do Ministério da Saúde.

Um dos maiores desafios identificados foi o reconhecimento pelos sujeitos institucionais, desde gestores até quadros docentes e técnicos administrativos, da importância e das especificidades dos cursos nessas áreas. Há também aspectos relacionados à escolaridade dos estudantes, aos campos de estágio e a existência de emprego no setor, dentre outros, que se manifestaram como relevantes e que voltaremos a comentar. Diante de adversidades e de oportunidades, constatamos que a ação da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica na área da saúde precisa ser incentivada e pode vir a resultar em importantes saltos quantitativos e qualitativos na educação profissional em saúde do país.

Diante de adversidades e de oportunidades, constatamos que a ação da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica na área da saúde precisa ser incentivada e pode vir a resultar em importantes saltos quantitativos e qualitativos na educação profissional em saúde do país. Para traçarmos perspectivas nesse sentido é que nosso objetivo geral também avançou para a dimensão qualitativa do estudo da oferta de cursos técnicos de nível médio em saúde por essa rede. Esta implicava, de forma específica, identificar a relação entre os projetos formativos e os princípios do SUS e, em especial, as concepções ético-políticas, epistemológicas e pedagógicas que fundamentam a oferta dos cursos.

Para a consecução dos objetivos na dimensão qualitativa, a análise se realizou em torno de dois eixos, a saber: concepção de saúde e relação com o SUS; concepção educacional. Em torno do primeiro eixo agregou-se a categoria teórica “determinação social da saúde”, a qual, por sua vez, se desdobrou nas categorias operacionais “concepção de saúde” e “SUS”. Já em torno do segundo eixo agregaram-se as categorias teóricas “trabalho como princípio educativo” e “práxis educativa”, sendo que dessas se derivaram as categorias operacionais “concepção pedagógica”; “estratégias metodológicas” e “educação politécnica”.

As categorias do método, as quais sustentam o polo epistemológico da pesquisa, são totalidade, historicidade, contradição e mediação. As categorias empíricas construídas com base no conteúdo dos depoimentos são as mediações que captamos no caminho analítico, as quais se relacionam de forma contraditória, tal como fomos demonstrando ao expor esse caminho. Nesse momento, procuraremos recuperar tais relações sob a luz da historicidade, conformando a particularidade da educação profissional em saúde na Rede EPCT. Os principais achados podem ser sintetizados como se segue.

A concepção de saúde ampliada tem maior presença dentro dos Institutos estudados. A categoria determinação social da saúde, central para a nossa análise, não é o conceito que orienta as práticas educativas, e sim o de determinantes sociais da saúde. Esta envolve a interação de fatores sociais, ambientais, físicos e econômicos para a materialização das condições de saúde da população. Pode haver, assim, a hegemonia da perspectiva positivista predominante na epidemiologia social, na medida em que não se combatem as iniquidades e as desigualdades em saúde que expressam a desigualdade de classes no modo de produção capitalista. Ao contrário, pressupõem-se relações causais de condições específicas, muitas delas remetidas à responsabilidade dos próprios indivíduos. Porém, sendo a saúde um fenômeno eminentemente humano, ela não pode ser subordinada a associações empíricas de fatores sociais e condições de saúde. (NOGUEIRA, 2010)

A concepção de saúde orientada pela teoria dos determinantes sociais avança significativamente em comparação ao modelo biomédico, pois neste, o corpo é reificado e retirado do campo das mediações que configuram o ser humano não somente como espécie do reino animal, mas sim, como ser social. (LUKÁCS, 1974) Encontra-se nessa concepção, resquícios da “imagem fiscalista do positivismo, [que] empobreceu o mundo humano e no seu absoluto exclusivismo deformou a realidade: reduziu o mundo real a *uma única* dimensão e sob um único aspecto, à dimensão da extensão e das relações quantitativas”. (KOSIK, 1978, p. 24, grifado no original) Por essa lógica, conclui o autor, “o mundo cotidiano do homem foi declarado uma ficção”. Assim, a saúde vista predominantemente sob a ótica biomédica, perde qualquer relação com os modos de vida da população, determinadas pelas condições econômicas, sociais e culturais.

A teoria dos determinantes sociais, por sua vez, reconhece a influência dessas condições na relação saúde-doença da população. Porém, o faz sob a lógica dos fatores, na perspectiva “analítico-metafísica”. (KOSIK, 1976) Trata-se de uma abordagem pela qual os aspectos da vida social se transformam em categorias particulares e independentes, isolados da atividade social do homem no seu conjunto. Ou seja, o direito, a moral, a política, a economia, tornam-se forças independentes que determinam a atividade humana. A relação entre eles é reduzida ao condicionamento de um fator mais relevante em um determinado contexto histórico. Na sociedade capitalista e, principalmente em sociedades menos desenvolvidas produtivamente, este seria o “fator econômico”. No senso comum, a efetividade desse fator poderia ser reconhecida na

possibilidade de as pessoas venderem sua força de trabalho, de terem um emprego. É significativa a descrição sobre a teoria dos fatores que nos apresenta Karel Kosik:

A teoria dos fatores assevera que um fator privilegiado, a economia determina todos os outros – como o estado, o direito, a arte, a política, a moral – mas deixa de lado o problema de como surge e se configura o complexo social, isto é, a sociedade como formação econômica; e pressupõe a existência de tal formação como fato já dado, como forma exterior, ou como campo onde um fator privilegiado determina todos os outros. A teoria materialista, ao contrário, parte do conceito de que o *complexo social (a formação econômico-social) é formado e constituído pela estrutura econômica. A estrutura econômica forma a unidade e a conexão de todas as esferas sociais.* (KOSIK, 1976, p. 104, grifado no original)

A saúde da população vista sob a ótica dos determinantes sociais, poderia ser regulada conforme a classificação social dos indivíduos baseada no fator econômico. Nesses termos, faz sentido que pessoas mais “ricas” vivam em condições sanitárias e com hábitos de vida mais saudáveis e possam, inclusive, se valer da assistência privada. Pelos mais pobres, em compensação, o Estado se responsabilizaria mediante programas e ações de prevenção a doenças e de promoção da saúde, difundindo valores e hábitos saudáveis, com políticas sanitárias e de assistência focalizadas. Sob a égide do fator econômico, espera-se que essa população, na medida em que tenham emprego e adquiram renda, possam elas mesmas melhorar suas condições de vida, adquirir hábitos saudáveis e cuidar privadamente de sua saúde.

Ao fator econômico, o materialismo opõe a concepção da realidade como estrutura econômica – o conjunto de relações sociais que os homens estabelecem na produção e com os meios de produção – que possibilita compreender a existência e a oposição entre as classes sociais. A distribuição da riqueza (economia), a hierarquia e a estrutura de poder (poder) e a escala da posição social (prestígio) são determinadas pela estrutura econômica da ordem social numa determinada etapa de desenvolvimento. Kosik (1976) As dimensões da vida social como o estado, o direito, a arte, a política, a moral – e poderíamos acrescentar, a saúde e a educação – que pelo pluralismo positivista são vistos como fatores determinados pela economia, o materialismo histórico entende como “formas particularidades da produção”. (MÉSZÁROS, 2006, p. 191) Daí nossa insistência nas categorias do método, totalidade, historicidade e contradição.

Por consequência, mesmo sob o pressuposto dos direitos civis, políticos e sociais inscritos na democracia, a produção da vida de forma plena, sob a unidade trabalho, educação e saúde, é um projeto que implica rupturas da estrutura econômica capitalista. A desigualdade econômica, social e cultural é estrutural ao modo de produção capitalista

e, mesmo que se amplie o acesso da população a esses direitos, isto não ocorrerá de forma universal. Assim se explica, por exemplo, os deslocamentos sofridos pelos princípios da igualdade e do acesso universal à saúde. O primeiro foi substituído pela equidade e o segundo, pela cobertura universal. Esses limites estruturais são reconhecidos pela abordagem da determinação social da saúde, mas não o são pela ótica dos determinantes sociais, ainda que essa seja um avanço se comparada à ótica biomédica e hospitalocêntrica.

As contradições se revelam na rede federal quando percebemos haver uma consciência de que o modelo hospitalocêntrico deveria ser superado. Não o é tanto na prática quanto talvez não o seja também na concepção. Os dados nos sugerem que as concepções de saúde estão presentes nos Institutos Federais de forma desagregada e ainda em construção. Em geral, não há clareza nas definições de saúde utilizadas, sugerindo-nos um relativo desconhecimento de seus conteúdos, diferenças e sobre suas raízes epistemológicas. Por vezes, a defesa de uma superação de uma concepção é mais por uma consciência formal, do que por uma consciência crítica. Ou seja, pode advir da reiteração de um discurso crítico que o sujeito conhece, mas ainda não se tornou sua própria concepção. Assim, as concepções aparecem dispersas e em interação, convivendo em disputa ou em diálogo. Talvez seja possível se falar da existência de núcleos sadios do senso comum, ou de um bom senso, mas ainda não se trata de uma concepção orgânica sobre o tema. (GRAMSCI, 2001; 2011)³⁸

Cabe ressaltar e problematizar que, na definição dos critérios das entrevistas, escolhemos estudar cursos que possuíam alguma vinculação com a estratégia de saúde da família. Esse critério de seleção pode refletir diretamente na formação de trabalhadores que estarão vinculados ao trabalho no SUS. Isto pode, ainda, ilustrar que cursos vinculados à estratégia de saúde da família tendem a possuir um currículo e profissionais mais identificados com concepção de saúde menos biomédica; e tendem a inserir

³⁸ Carlos Nelson Coutinho (2011), nos explica, em o “Leitor de Gramsci”, que para o filósofo, uma concepção desagregada é parte integrante do senso comum, adequada à posição social e cultural dos indivíduos. Em relação a senso comum, ele aponta “concepção de mundo absorvida acriticamente pelos vários ambientes sociais e culturais nos quais se desenvolve a individualidade moral”. p.148 Essas ideias podem ser encontradas na organização que o autor brasileiro fez de Os Cadernos do Cárcere, de Gramsci, volume 1. (GRAMSCI, 2001)

diretamente o SUS no currículo, considerando que o SUS é o campo de trabalho desses mesmos profissionais.

A inclusão da temática “Sistema Único de Saúde” nos currículos dos cursos técnicos em saúde, com seus princípios e diretrizes, tal como vimos com a força da categoria empírica “curricularização do SUS”, deve ser reconhecida como uma conquista. Demonstra-se, assim, a tendência de se superar o modelo biomédico da saúde, uma vez que o SUS se constrói em contraposição a essa hegemonia; e, ao mesmo tempo, a orientação delimitada pela concepção prevalente da saúde difundida pela OMS, sob a referência dos determinantes sociais da saúde, a qual, ao tender à hegemonia no campo geral da saúde pública, assim também se faz nos currículos dos cursos técnicos em saúde da rede federal.

Convergente com a presença do SUS e seus princípios nos currículos, está a necessidade de se defendê-lo de desmontes e ataques políticos institucionais, juntamente com a valorização do sistema como um espaço em disputa da excelência em saúde para todos. Identificam-se, nesse aspecto, germes da noção de determinação social da saúde, porém, de forma desagregada e pouco consciente das diferenças entre as abordagens da determinação e dos determinantes sociais da saúde. Esse reconhecimento, portanto, ainda não se fundamenta na relação entre a condição ontológica do ser social e a produção da saúde nas relações sociais de produção.

Em síntese, abstraído do modo de produção da existência e da luta de classes, o SUS e seus princípios se mantêm delimitados pelos direitos formais inscritos na cidadania burguesa. Não há dúvidas de que isto representa importante conquista histórica da classe trabalhadora, assim como o é a presença de seus princípios e de sua dinâmica na formação de trabalhadores técnicos da saúde. Por isto, a importância tanto de sua curricularização quanto da sua defesa. Mas não há acúmulo ético-político e epistemológico ainda no sentido de superação da lógica liberal-social no primeiro plano e positivista, no segundo, o que será reforçado pelo que encontramos referente à concepção educacional.

A compreensão do objeto educação profissional em saúde ofertada pela rede federal como unidade entre trabalho, educação e saúde – cuja síntese buscamos agora elaborar – teve a análise orientada metodologicamente pelas categorias teóricas “determinação social da saúde”; “trabalho como princípio educativo”; e “práxis pedagógica”. Trata-se de categorias elaboradas sob o pressuposto da realidade social como totalidade concreta, demonstrada objetivamente, pelo fundamento da estrutura

econômica ou modo de produção da existência capitalista, em oposição à teoria dos fatores, herdeira do positivismo e do pragmatismo.

Assim como se constatou a influência desta última visão, mediante a hegemonia da concepção de saúde da OMS e dos determinantes sociais, vimos, coerentemente, a mesma influência na concepção educacional que orienta a práxis educativa da formação técnica em saúde na Rede EPCT. Há hegemonia das teorias pedagógicas não-críticas, em especial da pedagogia das competências, como atualização da herança escolanovista, presente também na RETSUS, fundamentada pela filosofia do pragmatismo, cujo conteúdo conceitual e da práxis educativa das ETSUS já havíamos discutido em Ramos (2010). Não por acaso, John Dewey figura como um dos representantes da teoria dos fatores:

A questão consiste em saber se algum dos fatores é tão preponderante a ponto de constituir a força determinante, enquanto os outros fatores são consequência secundárias e derivadas. Existe um fator ou uma fase de cultura que seja predominante ou que crie e coordene outros fatores? Ou a economia, a moral, a arte, a ciência etc. são apenas aspectos da interação de um determinado número de fatores, cada um dos quais atua sobre os outros e é influenciado pelos outros?” (DEWEY, 1955, *apud* KOSIK, 1978, p. 104-105)

No lastro do pensamento deste autor, fica mais clara como o “fator econômico” determinaria a saúde e a relação desta com a educação: conquanto a determinação do fator econômico se manifesta na baixa renda da população usuária do SUS, a qual, por sua vez, influencia a cultura dessa mesma população, demonstrada em hábitos pouco profícuos à saúde, a educação dos trabalhadores torna-se um (sub)fator importante para o bom funcionamento dos serviços. Nesse caso, então, a integração entre ensino e serviços torna-se uma estratégia fundamental da práxis educativa, tendo-se a problematização dos serviços como momento fundamental do método de ensino-aprendizagem, tal como proposto por Dewey.

Sobre isto, é importante recuperar que a problematização é um momento pedagógico das pedagogias libertadora, nova e histórico-crítica. Mas a distinção dos objetos que se propõe problematizar é condição para se diferenciá-las. A situação vivida é o objeto caro à pedagogia nova e em sua atualização na forma da pedagogia das competências, tal como se vê nas tendências da práxis educativa em saúde. A pedagogia libertadora propõe a problematização da condição de opressão vivida pelos trabalhadores, enquanto, a pedagogia histórico-crítica indica a problematização da prática social, sob a referência da totalidade das relações sociais de produção.

Assim, ao passo que pelo estudo da categoria operacional “estratégias metodológicas” identificamos a força da categoria empírica “integração ensino-serviço”, vimos que na categoria operacional “concepções pedagógicas”, a pedagogia das competências é a que mais se manifesta como concepção não-crítica, confirmando a influência da pedagogia nova.

Mas também não é irrelevante a pedagogia libertadora do campo crítico. Discutimos que, segundo Saviani (1986), essa pedagogia também tem raiz no pensamento de Dewey, porém, convertendo seus princípios e finalidades em benefício dos oprimidos. Dessa forma, assim como a teoria dos determinantes sociais da saúde é um avanço em relação ao modelo biomédico, o mesmo ocorre com a pedagogia libertadora em relação à nova ou a das competências. Mas a compreensão tanto da saúde quanto da educação como práxis particulares da totalidade social da vida, determinadas pelo modo de produção, ainda não são atingidas na educação profissional em saúde na Rede EPCT.

Concluimos, então, acerca de uma convivência, senão de disputa, de teorias não críticas com as críticas, tendo relevância nesse campo, a pedagogia libertadora. O que identificamos em Ramos (2010), de que o núcleo estável da educação profissional em saúde é a integração ensino-serviço, é reiterado na rede ora estudada, pois esta é a estratégia metodológica por excelência orientadora da práxis pedagógica.

A experiência da educação profissional integrada ao ensino médio nessas instituições ainda não é suficiente para a superação da epistemologia pragmática presente historicamente na educação profissional em saúde. Por essa razão, não podemos reconhecê-la como mediação da travessia para a concepção de educação politécnica e de formação omnilateral dos trabalhadores. Isto, pelo menos, de forma orgânica.

Há sim, a presença de núcleos de bom senso explicitados quando da defesa de concepções pedagógicas críticas. Isso se manifesta principalmente em afiliações à pedagogia libertadora, baseada em Paulo Freire. Porém, a influência do pragmatismo reitera a contradição entre pedagogia e política na educação profissional em saúde realizada nesta rede. Em síntese, as posturas críticas presentes nessas instituições ainda não foram suficientes para se fazer realizar, institucionalmente e por completo, o que este educador logrou fazer com a pedagogia nova, a saber: superar sua raiz liberal pelo seu compromisso com a classe oprimida. Se tal superação é um desafio, maior ainda se se pode dizer com relação ao projeto de formação integrada na perspectiva da politecnia. As

manifestações referidas a concepções pedagógicas críticas não desvelam a reconfiguração da práxis pedagógica orientada nessa direção.

Quando se identificam movimentos de integração no currículo, este parece assumir uma importância em si mesmo, tende a ser reificado e desvinculado do projeto de formação humana integral. De fato, o sentido da integração que mais se manifestou foi o pedagógico, coerente com as diversas estratégias metodológicas interdisciplinares, abrigadas largamente pelo princípio da integração ensino-serviço. Ou seja, a formação integrada tende a ser reduzida ao currículo integrado. Este, por sua vez, é reconhecido como aquele que integra componentes curriculares, atividades práticas, projetos e ações de extensão, em geral vinculados à saúde da população e ao próprio SUS. Pouco se discute sobre o currículo integrado como mediação entre a particularidade da formação profissional e a totalidade da práxis social.

Quanto ao conceito do trabalho na educação profissional em saúde, há, em certa medida, uma reificação que o distancia de sua acepção como mediação fundamental da formação humana – sua dimensão ontocriativa – e do reconhecimento da sua forma alienada como fenômeno estrutural ao modo de produção capitalista. O trabalho como prática operativa nos serviços de saúde tem destacada importância no currículo dos cursos técnicos sob a influência da pedagogia nova e das competências; importância revelada, inclusive, na estratégia da integração ensino-serviços. Isto é derivado da centralidade do trabalho na saúde para a melhoria dos serviços de saúde.

Da parte dos usuários, por sua vez, a relevância do trabalho está na sua função de gerador de renda e, assim, promessa de melhoria de suas condições de saúde. Parece-nos haver uma reificação do trabalho como uma “totalidade falsa”, que resulta do privilégio atribuído ao todo. Nesse caso, o trabalho em saúde assume essa condição de “todo”. Alguns “fatos” tornam-se meros epifenômenos – condições de saúde e qualidade dos serviços de saúde, por exemplo –, enquanto as relações sociais de produção, que efetivamente explicam a “realidade dos fatos”, se tornam independentes e, até mesmo, uma abstração.

Kosik (1976, p. 47) explica que “nesta fórmula, que hipostasia e torna independente o todo diante dos fatos, se apresenta uma justificação teórica do subjetivismo que despreza e força dos fatos em nome de uma ‘realidade’ superior”. A responsabilização imputada aos trabalhadores da saúde pela qualidade dos serviços e aos indivíduos em geral por suas condições de saúde comprovam a lógica subjetivista

presente na relação entre trabalho, educação e saúde sob as referências do positivismo e do pragmatismo que sustentam a concepção de saúde pelos determinantes sociais e da educação pela pedagogia nova e das competências.

Nesses termos, o trabalho como princípio educativo na educação profissional em saúde manifesta-se nos três sentidos referidos por Saviani (1986; 2020), mas com escasso questionamento de sua forma alienada no capitalismo. Ele acaba sendo reificado como origem individual das possibilidades de proporcionar (pelos trabalhadores da saúde) e obter (pelos cidadãos/usuários do SUS) o acesso às condições de saúde.

Assim, se no primeiro sentido o trabalho determina o grau de desenvolvimento de uma sociedade historicamente e, por consequência, o modo dominante da educação em seu conjunto, uma sociedade que ainda não atingiu a plenitude dos direitos humanos e sociais, mesmo nos marcos da sociedade burguesa, não atinge um processo educativo, inclusive com finalidade profissional, orientada pela formação integral dos estudantes.

Já o segundo refere-se exatamente às exigências específicas que o processo educativo deve contemplar para que as pessoas se insiram nessa sociedade mediante o exercício do trabalho socialmente produtivo. No caso da educação profissional em saúde, há uma tensa relação dialética entre a preparação para o ingresso nos serviços de saúde e a inserção social como dirigente. (GRAMSCI, 2001)

Quanto à possível preparação para o mercado de serviços privados em saúde, merecedor da denominação “mercado de trabalho”, cabe lembrar nossa opção de privilegiar o estudo de cursos vinculados à estratégia da saúde da família. Esse critério de seleção pode refletir diretamente na formação de trabalhadores prioritariamente para o SUS. Isto pode, ainda, ilustrar que cursos vinculados à estratégia de saúde da família tendem a possuir um currículo e profissionais mais identificados com concepções mais progressistas de saúde e com a inserção de conteúdos sobre o SUS no currículo. Afinal, este poderá ser o campo de trabalho dos profissionais formados. Nesse sentido, seriam pertinentes estudos que visassem a identificar as concepções que orientam a formação para o mercado de trabalho privado, quando, então, o trabalho reduz-se à mercadoria força de trabalho. Exemplos de cursos com tal finalidade seriam o próprio curso de análises clínicas – que nesta pesquisa, porém, não foi analisado sob esse enfoque – os de estética, farmácia, dentre outros.

Finalmente, podemos nos referir ao terceiro sentido do trabalho como princípio educativo – o trabalho pedagógico. (SAVIANI, 1986; 2020) Há uma vinculação entre esse sentido e aquele a que nos referimos como o sentido pedagógico da integração. Como vimos, na educação profissional em saúde realizada na rede federal, o trabalho pedagógico tende a ser interdisciplinar, mediante um conjunto de estratégias metodológicas dessa natureza e, especialmente, sob a lógica da integração ensino-serviço. Já afirmamos tratar-se de uma perspectiva profícua, ainda que a restrição ao processo de trabalho em saúde acaba por distanciá-lo relativamente aos princípios da educação politécnica. Esta buscaria proporcionar ao trabalhador a compreensão dos fundamentos científicos, tecnológicos, sócio-históricos e culturais da produção em determinado tempo e espaço históricos, visando à formação *omnilateral* do ser, ou seja, à formação plena, integral do trabalhador, de maneira que este possa desenvolver suas múltiplas potencialidades para satisfazer suas necessidades materiais e espirituais, podendo, assim, transitar dialeticamente entre a necessidade e a liberdade.

Espera-se que a educação politécnica em saúde nessa perspectiva se alargue para o processo de produção da vida que ocorre no âmbito de uma realidade dada. Por isso, ela não pode ficar restrita aos serviços e nem mesmo ao SUS. Mas precisa compreendê-lo como particularidade no qual se produzem condições objetivas e subjetivas de manutenção da vida humana, determinada historicamente pela estrutura econômica. Trata-se, mais uma vez, de entender a produção em saúde como particularidade da totalidade social. Assim, o trabalho como princípio educativo incorporaria na práxis pedagógica as contradições da práxis social, na qual o trabalho nos serviços e o trabalho em saúde é uma mediação importante. Nesse sentido, para além da presença dos princípios do SUS no currículo, é preciso que sua abordagem seja convergente com a concepção de politecnia, ao expressarem a síntese contraditória do diverso; ou seja, como fenômeno em si – uma particularidade – mas que carrega as dimensões da totalidade.

Reiteramos que, se a plena formação humana é uma utopia em construção, assim também o é o pleno direito à saúde e à produção social da vida em condições de igualdade e qualidade. Por isso, a educação politécnica pode ser uma mediação importante para a consolidação desse projeto. A educação fragmentada e o processo de trabalho dividido social e tecnicamente, que limita as pessoas à exclusividade de suas funções para produzir a saúde como mercadoria e/ou somente como serviços, são, ao contrário, o impedimento de tal consolidação. Esta é a manifestação, na educação, do fenômeno que ocorre

historicamente, no capitalismo, da interposição da propriedade privada, da divisão social do trabalho e do intercâmbio baseado na mercadoria entre o trabalhador e seu trabalho. Isto reduz a potência ontocriativa do trabalho à mercadoria força de trabalho, no fenômeno da alienação. (MARX, 2001; MÉSZÁROS, 2006)

Esperávamos, com a pesquisa, poder concluir acerca da contribuição real e potencial da rede federal para a construção de concepções ético-políticas, epistemológicas e pedagógicas para a formação de trabalhadores técnicos da saúde. Entendemos tratar-se de uma rede pública consolidada, de qualidade, com o acúmulo de conhecimentos na formação integrada. Esta poderia fazer frente à hegemonia da oferta privada e contribuir para a política e a prática da educação profissional pública no país, realizada por esta própria rede, além de ajudar a orientar as demais redes públicas pela concepção de formação integrada na perspectiva da politecnicidade. Sabemos da relevância da rede federal para o país, seja pelo seu histórico, seja pela qualidade de ensino e condições de trabalho. São instituições que têm bases materiais, condições objetivas, conhecimento e formação docente que podem contribuir para a formação humana *omnilateral* integral dos estudantes.

No âmbito da educação profissional em saúde, por ora, podemos afirmar que, apesar da ampliação da atuação nessa esfera, esta ainda não é uma política considerada estratégica, em geral, nem pelo conjunto das instituições, nem pelos poderes públicos locais e federais. Pelas informações obtidas mediante os questionários, atestamos a pouca relevância dos poderes locais e nacionais para as instituições decidirem pela implantação dos cursos técnicos e fazê-lo; também não parecem ser importantes questões como localização do campus e oferta por outras redes. As dificuldades tendem a se localizar na disponibilidade de financiamento e de infraestrutura adequada.

Quanto aos dados qualitativos, esses foram agregados na categoria operacional, “desafios de desenvolvimento dos cursos”, sem realizarmos o procedimento de verificação da força das unidades de registro, devido a sua dispersão. Dividimos tais desafios em aqueles vinculados aos docentes; aos discentes; à infraestrutura; ao estágio; às condições infraestruturais e institucionais; e ao financiamento.

Quanto aos docentes, frequentemente apareceram: pouca participação; redistribuição; necessidade de formação continuada; dificuldades com o currículo e com componentes integrados. Ainda que tenhamos mencionado de forma mais ocasional na apresentação dos resultados, deve-se explicitar que analisamos também o perfil do corpo

docente dos cursos. A diversidade se encontra nas áreas da saúde e nos graus de formação. Encontram-se, por exemplo, enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos, biólogos, fisioterapeutas, além de professores das disciplinas da educação básica, quando os cursos técnicos são integrados ao ensino médio. Quanto ao grau de formação, este tende a reproduzir o quadro das instituições federais caracterizado pela presença de docentes com mestrado e doutorado, não sendo raro que essas formações ocorram na área de saúde coletiva.

Outro aspecto regular do perfil docente é a experiência com o SUS, encontrando-se aqueles sem essa experiência de forma menos significativa. A força da concepção de saúde da OMS e da curricularização do SUS e seus princípios certamente têm vinculação com essa constatação. Em relação à experiência com a docência na educação profissional em saúde, tratou-se de uma informação sem regularidade, o que nos impossibilitou de registrar sua importância. É possível supor que as dificuldades relacionadas a aspectos curriculares, como a integração, sejam tributárias da pouca experiência com essa atividade ou, pelo menos, com atividades pedagógicas orientadas por concepções críticas.

Quanto aos discentes, vimos: baixa escolaridade e de renda; evasão e ausência. Dificuldades infraestruturais estão ligadas a falta de laboratórios e de equipamentos. Sobre os estágios, são frequentes os registros sobre ausência de campo adequado; exigência de contrapartida pelos ofertantes do estágio; pouca disponibilidade docente para a supervisão; dificuldades de negociação com o campo. Reconhecemos como dificuldades institucionais, as seguintes: falta de reconhecimento por parte da comunidade escolar; ausência de apoio mais explícito e objetivo advindo da gestão local e, especialmente, das reitorias; dificuldade de adaptação da carga horária necessária à formação; falta de concurso público na área; abertura de novos cursos ameaçando os existentes; pouca integração com outras áreas. Finalmente, é voz corrente, tal como vimos na análise dos questionários, a insuficiência de financiamento.

Nas unidades que se especializaram na oferta de cursos da saúde, como é o caso dos IFGO-Águas Lindas e do IFRJ-Realengo, e, também, da escola da UFRN, vê-se o empenho de suas lideranças e corpo docente para se manterem reconhecidos pela instituição a que pertencem. Dentre eles localizam-se preocupações com as mesmas dificuldades antes apresentadas.

Relacionamos os índices significativos da oferta identificados principalmente no período de 2014 a 2016 com o Pronatec, o que demonstra a importância de estratégias

direcionadas de fomento a partir do poder público. Não obstante, o caráter de programa traz aspectos típicos de políticas como essas, tais como escopo não universal e estruturante, realização pautada por metas e ações focais, além do permanente e iminente risco de descontinuidade, conforme mudanças do poder público, exatamente como se testemunhou. Além disto, a literatura no campo da educação profissional é vasta ao apontar que este programa não convergia com os propósitos da formação integrada na perspectiva politécnica, para os quais educadores e intelectuais trabalharam historicamente. O que se viu, durante a vigência do Pronatec, foi o enfraquecimento de políticas nesse sentido. Como se isto não bastasse, o programa foi interrompido e redirecionado a partir de 2016.

No vácuo deixado pela fragilidade da política do ensino médio integrado e pela reconfiguração do Pronatec, entrou a contrarreforma do ensino médio, transformando a formação técnica em itinerário, o que ocasionará ainda mais a fragmentação da política, dos currículos e da formação de trabalhadores em geral e, por consequência, também dos trabalhadores técnicos da saúde nas diversas redes e na própria rede federal.

Finalmente, é preciso dizer que a tentativa de articulação entre os Ministérios da Saúde e da Educação para construir e implementarem uma política estruturada, orgânica e unitária de formação de trabalhadores técnicos da saúde foi frágil e transitória. Resta a ação das próprias redes a ser desenvolvida por seus gestores, docentes e sua comunidade mais ampla, a partir de suas experiências, conhecimentos e resultados de êxito. Desvelar e demonstrar também dificuldades e limites em comum ou específicos, é igualmente um meio de se fortalecerem mutuamente. Estamos certos de que os dados, as análises e as sínteses sobre o objeto estudado que se apresentam neste relatório serão insumos muito relevantes para esse empreendimento social e eticamente necessário. Com isto, entendemos termos cumprido o compromisso tanto com os objetivos quanto com as finalidades desta pesquisa.

Referências

ALMEIDA FILHO, N. de. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 3, n. 1-3, p. 4-20, dez. 2000. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2000000100002>.

AMARANTE, P. Em busca das raízes do SUS. 8 out. 2020. Outras Palavras. Disponível em: <https://outraspalavras.net/direitosouprivilegios/embusca-das-raizes-do-sus/>. Acesso em: 10 nov. 2020.

ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES, L. P. **Processos de Ensino na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula**. 3. ed. Joinville: UNIVILLE, 2004.

BAHIA, L. Sistema único de saúde. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2007.

BARDIN, L.; RETO, L. A.; PINHEIRO, A. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2000.

BATISTELLA, C. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 36.

BERBEL, N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 2, n. 2, p. 139-54, 1998.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2002

BRASIL. MEC. SETEC. Relatório de Gestão do Exercício de 2011. Brasília, 2012. Disponível em [file:///C:/Users/Laeps02/Downloads/relatorio_gestao_setec_2011%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Laeps02/Downloads/relatorio_gestao_setec_2011%20(2).pdf). Consulta em 18/07/2014.

BRASIL. MEC. SETEC. Relatório de Gestão do Exercício de 2013. Brasília, 2014. Disponível em file:///C:/Users/Laeps02/Downloads/relatorio_gestao_exercicio_2013_setec.pdf. Consulta em 18/07/2014.

BRASIL. MEC. SETEC. Relatório de Gestão do Exercício de 2012. Brasília, 2013. Disponível em [file:///C:/Users/Laeps02/Downloads/relatorio_gestao_da_setec_exercicio_2012%20\(9\).pdf](file:///C:/Users/Laeps02/Downloads/relatorio_gestao_da_setec_exercicio_2012%20(9).pdf). Consulta em 18/07/2014.

BRASIL. MEC. SETEC. *Expansão da rede federal*. Disponível em: <http://redefederal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=52&Itemid=2> Acesso em: 06/01/2012.

BRASIL. MEC. SETEC. Prestação de Contas Ordinária: relatório de gestão 2010. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=1064&id=14945&option=com_content&view=article> Acesso em: 30/1/2011.

BRASIL. MEC. SETEC. Educação Profissional Técnica de Nível Médio integrada ao Ensino Médio. Documento Base. Brasília, 2007.

BRASIL. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Geral. Secretaria de Recursos Humanos. Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. (Relatório Final) Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf_rh.pdf>. Acesso em: jun. 2012.

BRUYNE, P., HERMAN, J., & SCHOUTHEETE, M. Dinâmica da pesquisa em ciências sociais. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

BUSS, P.; PELLEGRINI FILHO, A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 9, p. 2005–2008, set. 2006. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000900033>.

BUSS, P.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 17, p. 77–93, abr. 2007.

CAMPOS, G. W. de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 2, p. 219–230, 2000.

CARVALHO, A. I. de. Da Saúde Pública às Políticas Saudáveis — Saúde e Cidadania na Pós-modernidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 1, n. 1, p. 104–121, 1996. <https://doi.org/10.1590/1413-812319961101572014>.

CEBALLOS, A. Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde. — Recife: [s.n.], 2015. Disponível em https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3332/1/2mod_conc_saude_2016.pdf

CIAVATTA, M. O conhecimento histórico e a questão teórico-metodológica das mediações. In: FRIGOTTO, Gaudêncio e CIAVATTA, Maria (orgs.). **Teoria e educação no labirinto do capital**. Petrópolis: Vozes, p 130-155, 2002.

DUARTE, N. **Vigotski e o “aprender a aprender”**: crítica às apropriações neoliberais e pós-modernas da teoria vigotskiana. Campinas, SP: Autores Associados, 2001.

INEP. Sinopse estatística da educação básica: censo escolar 2003. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira: Brasília, 2003. Disponível em <http://portal.inep.gov.br/básica-censo-escolar-sinopse-sinopse>>. Consulta em 14/07/2014

INEP. Sinopse estatística da educação básica: Disponível em <http://portal.inep.gov.br/básica-censo-escolar-sinopse-sinopse>>. Consulta em 14/07/2014.

INEP. Censo da educação básica: 2012 – resumo técnico. Brasília: Instituto Nacional

de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2013. Disponível em http://download.inep.gov.br/educacao_basica/censo_escolar/resumos_tecnicos/resumo_tecnico_censo_educacao_basica_2012.pdf. Consulta em 14/07/2014.

FLEURY-TEIXEIRA, P. e BRONZO, C. Determinação social da saúde e política. In Nogueira, Roberto Passos (Organizador). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010, pp. 13-36.

FREIRE, P. **Educação e Mudança**. 20. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994

FRIGOTTO, G. et al. “Ofertas formativas e características regionais: a educação básica de nível médio no Estado do Rio de Janeiro”. Relatório de Pesquisa. Edital 29/2012 Faperj - Apoio à Formação e Consolidação de Grupos de Pesquisa Multi-Institucionais e Interdisciplinares/2012. Rio de Janeiro, 2015.

GIL, A. C. **Didática do ensino superior**. São Paulo: Atlas, 2006.

GRAMSCI, A. **Cadernos do Cárcere**, volume 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

GRAMSCI, A. **O leitor de Gramsci: escritos escolhidos 1916-1935**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

KONDER, L. **O futuro da filosofia da práxis**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

LUKÄCS, G. **Ontologia do ser social**. *Revista Ciências Humanas* SP. 1974.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**: livro 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

_____. **A ideologia alemã**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 1991.

_____. **Manuscritos econômicos-filosóficos** de 1844. São Paulo. Martin Claret, 2001.

_____. **O 18 de brumário de Luís Bonaparte**. São Paulo: Boitempo, 2011.

MASETTO, M. T. **Competência pedagógica do professor universitário**. São Paulo: Summus, 2003.

MEHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em Saúde. **Dicionário da Educação profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 278–284.

MÉSZÁROS, I. **A teoria da alienação em Marx**. São Paulo: Boitempo, 2006.

MITRE, S. M. e col. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem e os novos cenários de prática na formação do profissional de Saúde no Brasil: integrando ensino-serviço. Metodologias ativas e práticas em saúde. Secretaria Técnica VII CIDUI. La Universidad: Una Institución de la Sociedad. s/d

MITRE, S. M. e col. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(Sup 2):2133-2144, 2008

MOROSINI, M. V. Transformações no trabalho dos agentes comunitários de saúde nos anos 1990-2016: a precarização para além dos vínculos. 2018. 359 f. UERJ, Rio de Janeiro, 2018. Acesso em: 16 mar. 2021.

NOGUEIRA, M.; et al. Monitoramento da saúde e contribuições aos processos de trabalho e a formação profissional dos agentes comunitários de saúde (ACS) em tempos de Covid-19. Boletim Bimestral, n. 1. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2020. Acesso em: 16 mar. 2021.

NOGUEIRA, R. P. (Org.). Determinação social da saúde e reforma sanitária. Rio de Janeiro, Brazil: Cebes, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2010 (Coleção Pensar em saúde).

OLIVEIRA, R. G. Práticas de saúde em contextos de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contradições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua. v. 7, n. I, p. 37–50, 2018.

OLIVEIRA, D. P. R. **Planejamento estratégico: conceitos, metodologia e práticas**. 23. Ed. São Paulo: Atlas, 2007.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723–1728, jun. 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>.

PAIM, J. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PRADO JR., C. **Teoria marxista do conhecimento e método dialético materialista**. São Paulo: Edições Ridendo Castigat Moraes, 2001. Disponível em <http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/caio.pdf>

RAMOS, M. Processo de Trabalho dos Técnicos em Saúde na perspectiva dos saberes, práticas e competências. Relatório de Pesquisa. MS/OPS, 2017. Disponível em <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/Processo%20Trabalho%20Tecnicos.pdf>

_____. Filosofia da práxis e práticas pedagógicas de formação de trabalhadores. **Trabalho & Educação**, Belo Horizonte, v.23, n.1, p. 207-218. Jan-abr., 2014

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

_____. **Pedagogia das Competências: autonomia ou adaptação**. São Paulo: Cortez, 2001a.

_____. Qualificação, competências e certificação: visão educacional. In: **Formação: humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência**. Brasil MS, Brasília, n2. P. 19-28, maio de 2001b.

RAMOS, M.; PEREIRA, I. **Educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

RAMOS, M.; FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M. **Ensino médio integrado: concepção e contradições**. São Paulo: Cortez, 2005.

SAVIANI, D. Educação escolar, currículo e sociedade: o problema da Base Nacional Comum Curricular. In: MALANCHEN, J. ET. AL. **A Pedagogia Histórico-Crítica, as Políticas Educacionais e a Base Nacional Comum Curricular**. Campinas, SP: Editora Autores Associados, 2020, p. 7-30.

_____. **História das ideias pedagógicas no Brasil**. Campinas: Autores Associados, 2013.

_____. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. **Revista Brasileira de Educação**, Campinas. V.34, n.12, p.152-180, jan./abr/ 2007

_____. **Pedagogia histórico-crítica**. Campinas: Autores Associados, 2005.

_____. **A lei da educação: LDB: trajetória, limites e perspectivas**. Campinas: Autores Associados, 1997.

_____. O nó do ensino de 2º grau. Bimestre – **Revista do 2º grau**, 1(1): 13-15, out., 1986. (Entrevista)

SAVIANI, D. **Escola e democracia**. São Paulo: Cortez, 1985.

STANGA, A. C.; REZER, R. Concepções de saúde, trabalho docente e o Pró-Saúde: nos caminhos da hermenêutica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 593–614, jun. 2015. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000200014>.

VÁSQUEZ, A. **Filosofia da práxis**. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

VIEIRA, M. e. al. Dinâmica da Formação Técnica e da Ocupação de Postos de Trabalho em Saúde: Brasil anos 2000 (2013). In: MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso et. al. **Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013, pp. 121-146.

APÊNDICES (A.1) – relativos ao desenvolvimento da pesquisa

A.1.1. Carta Convite para participação da pesquisa e link do questionário

Prezado/a Senhor/a Diretor/a,

Dirigimo-nos a Vossa Senhoria para solicitar a participação desse Instituto e respectivo Campus na pesquisa “*A Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Saúde na rede federal de educação profissional e tecnológica brasileira face ao atual Plano Nacional de Educação*”, como respondente de um questionário *online*. A pesquisa é apoiada pelo Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), do Ministério de Ciência, Tecnologia, Inovação e Comunicação e se desenvolve no âmbito do Observatório de Trabalhadores Técnicos em Saúde do Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.

O objetivo desta pesquisa é acompanhar a oferta da Educação Profissional no país face ao atual Plano Nacional de Educação, bem como averiguar a atuação das Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, quanto à oferta quantitativa e qualitativa de cursos técnicos de nível médio em saúde. A pesquisa abrange o período de 2010 a 2018. Neste caso, interessa-nos informações de cursos ofertados no período, mesmo que tenham sido interrompidos ou extintos.

O público alvo deste questionário são os Diretores de Ensino - ou aquele/a que Vossa Senhoria julgar pertinente - dos *campi* dos Institutos Federais que ofertam cursos técnicos em saúde.

Informo que a coordenação desta pesquisa é de minha responsabilidade, Dra. Marise Nogueira Ramos, e o presente instrumento foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em 2018. Em cumprimento à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS) do Brasil, a pesquisa atende às diretrizes no que se refere ao consentimento, sigilo e anonimato, benefícios e propriedade intelectual. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) encontra-se anexado ao questionário para o seu acordo. A divulgação da pesquisa terá finalidade acadêmica e visa contribuir para ampliar a compreensão sobre o tema estudado.

Deste modo, agradecemos a colaboração, bem como a disponibilidade do tempo para responder ao questionário, se possível, no prazo de 20 (vinte) dias a contar da data de recebimento desta mensagem. Se houver alguma dúvida sobre a pesquisa, pedimos por gentileza, entrar em contato através dos telefones: (21) 3865-9753/9750 ou enviar email para marise.ramos@fiocruz.br.

Agradecemos por sua atenção e continuamos contando com sua valiosa contribuição. Colocamo-nos à disposição para o que mais for necessário.

Cordialmente,

Marise Ramos

Para acessar o questionário, clique no link: <https://goo.gl/forms/EKhLmmX4GnnS2Tlx1> ou copie e cole este endereço em um navegador. O questionário deverá ser respondido em um único acesso, pois as respostas não serão gravadas se não forem enviadas. Após concluir o preenchimento, clique em "gerar link".

A.1.2. Carta de Agradecimento pela participação da fase do questionário

Senhor/a Dirigente,

Agradecemos pela valiosa contribuição de Vossa Senhoria ao responder o questionário da pesquisa “*A Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Saúde na rede federal de educação profissional e tecnológica brasileira face ao atual Plano Nacional de Educação*”, sob minha coordenação, apoiada pelo Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), do Ministério de Ciência, Tecnologia, Inovação e Comunicação e desenvolvida no âmbito do Observatório de Trabalhadores Técnicos em Saúde do Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.

Até o momento, dos 150 *campi* aos quais solicitamos colaboração, recebemos 43 respostas. Passamos agora à fase qualitativa da pesquisa a qual implica visitas a *campi* selecionados para esta etapa, a fim de realizarmos entrevistas com coordenadores dos cursos ou profissional indicado pelo dirigente.

Para esta fase, consideramos como critério de seleção, dentre os respondentes, a relevância loco-regional do instituto/unidade; o número de cursos oferecidos; a oferta de cursos estratégicos para o SUS; e disponibilidade orçamentária.

Oportunamente, teremos o prazer de compartilhar os resultados da pesquisa com o conjunto da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, em especial com esse Instituto, na expectativa de mantermos o diálogo sobre o tema.

Cordialmente,
Marise Ramos

A.1.2. E-mail convite aos Diretores para participação na fase qualitativa

Agradecemos pela valiosa contribuição de Vossa Senhoria ao responder o questionário da pesquisa “*A Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Saúde na rede federal de educação profissional e tecnológica brasileira face ao atual Plano Nacional de Educação*”, sob minha coordenação, apoiada pelo Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), do Ministério de Ciência, Tecnologia, Inovação e Comunicação e desenvolvida no âmbito do Observatório de Trabalhadores Técnicos em Saúde do Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.

Até o momento, dos 150 *campi* aos quais solicitamos colaboração, recebemos 43 respostas. Passamos agora à fase qualitativa da pesquisa a qual implica visitas a *campi* selecionados para esta etapa, a fim de realizarmos entrevistas com coordenadores dos cursos ou profissional indicado pelo dirigente.

Para esta fase, consideramos como critério de seleção, dentre os respondentes, a relevância loco-regional do instituto/unidade; o número de cursos oferecidos; a oferta de cursos estratégicos para o SUS; e disponibilidade orçamentária.

Vimos, assim, solicitar mais uma colaboração, no sentido de aceitar a visita de um pesquisador da equipe para a realização da etapa qualitativa da pesquisa, que se dará em forma de entrevistas.

O público-alvo das entrevistas são os coordenadores dos cursos técnicos de saúde – ou outro profissional que V. Sra. julgue apropriado – oferecidos atualmente na unidade ou que já tenham sido ofertados durante o período abrangido pela pesquisa, mesmo que não se encontrem em atividade no momento.

Diante disto, solicitamos a disponibilização de datas, entre os meses de Março-Abril, para realização dessa visita. Os respectivos custos correrão totalmente por conta do orçamento da pesquisa.

Reitero que esse trabalho é de minha responsabilidade e que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em 2018. Em cumprimento à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS) do Brasil e atende às diretrizes no que se refere ao consentimento, sigilo e anonimato, benefícios e propriedade intelectual.

Deste modo, agradecemos a colaboração, bem como a disponibilidade do tempo e aguardamos sua valiosa resposta.

Caso haja alguma dúvida sobre a pesquisa e/ou seus procedimentos, pedimos por gentileza, entrar em contato através dos telefones: (21) 3865-9753/9750 (institucional), (21) 987124317 (pessoal) ou enviar email para marise.ramos@fiocruz.br.

A.1.3. Carta de Anuência da Instituição de participação na fase qualitativa

CARTA DE ANUÊNCIA **Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia**

O Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia _____ declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: *A Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Saúde na Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica brasileira, face ao atual Plano Nacional de Educação* sob responsabilidade da Professora Doutora Marise Nogueira Ramos, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV-FIOCRUZ).

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisadora da referida Instituição Proponente, bem como do cumprimento da Resolução CNS/MS nº: 466/2012, que versa sobre a ética em pesquisas, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

_____, ____/____/____.
Local Data

Assinatura e Carimbo do Diretor

A.1.4. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de Pesquisa: A Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Saúde na rede federal de educação profissional e tecnológica brasileira face ao atual Plano Nacional de Educação.

Instituição: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Avenida Brasil, 4365 – Manguinhos – EPSJV, sala 322.

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Marise Nogueira Ramos. Especialista em Ciência, Tecnologia e Saúde Pública. Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Fundação Oswaldo Cruz. Matrícula Siape: 6276781. Telefones: (21) 3865-9753; (21) 3865-9750.

O objeto desta pesquisa são as redes públicas que atuam na educação profissional técnica de nível médio no que se refere à oferta quantitativa e qualitativa de cursos técnicos de nível médio nas formas integrada, concomitante e subsequente. Particularmente na área da saúde, focaliza-se a Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, em relação à qual, além do estudo quantitativo, buscar-se-á captar as concepções ético-políticas, epistemológicas e pedagógicas que têm orientado esta oferta. Este documento é um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado em 2 (duas) vias que serão assinadas. Ele lhe fornece informações sobre este estudo, contatos de referências para eventuais dúvidas e concede livre aceitação de participar desta pesquisa.

Objetiva-se identificar as redes que contribuem para a expansão em termos quantitativos e qualitativos da oferta pública da educação profissional técnica de nível médio e, particularmente, em saúde, aprofundando a análise sobre a participação da Rede Federal nesse processo. Os dados e informações serão levantados mediante consulta aos relatórios do Censo Educacional realizado pelo Inep/Mec, a documentos governamentais e das instituições pesquisadas, além da aplicação de questionários e entrevistas ao respectivos gestores e coordenadores de cursos.

Vimos convidá-lo(a) a colaborar com o desenvolvimento da pesquisa, sob a coordenação da Profa. Dra. Marise Nogueira Ramos, respondendo a perguntas desta entrevista. Esclarecemos que toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados, sendo que neste estudo estes são mínimos e se relacionam com a possibilidade de vocês e sentir constrangido durante a coleta das informações. Saiba, entretanto, que você não está obrigado a responder a todas as perguntas e tem liberdade para interromper a sua participação no estudo a qualquer momento

A coordenação da pesquisa responsabiliza-se, pelo sigilo que assegurará sua privacidade e integridade civil, profissional e ética. Esclarecemos, ainda, que os procedimentos da pesquisa foram autorizados pelo órgão competente responsável por este serviço. As informações fornecidas e coletadas pelo/a pesquisador/a serão conhecidas e analisadas pela equipe de pesquisa, dando origem a um relatório. O referido relatório poderá vir a ser publicado e divulgado por meio impresso e/ou digital. Nesse sentido, assumiremos plenamente toda e qualquer responsabilidade advinda desse procedimento, na forma da lei e do código de ética da saúde. Ressaltamos que a qualquer momento você e sua instituição podem solicitar deixar de participar da pesquisa basta informar ao pesquisador responsável.

Em caso de dúvida sobre qualquer aspecto desse estudo, você pode entrar em contato com o pesquisador responsável, Profa. Dra. Marise Nogueira Ramos. Especialista em Ciência, Tecnologia e Saúde Pública. Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Fundação Oswaldo Cruz. Matrícula Siape: 6276781. Telefones: (21) 3865-9753; (21) 3865-9750, Email: mramos@fiocruz.br. Para questões sobre os seus direitos enquanto participante da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV/Fiocruz, instância responsável por examinar os aspectos éticos das pesquisas que envolvem seres humanos, zelando pela proteção à dignidade, autonomia e direitos dos participantes, – Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV/Fiocruz, Avenida Brasil, 4365, Manguinhos, EPSJV, sala 316 / Tel.: (21) 3865-9710, Email: cep@epsjv.fiocruz.br.

Assinatura

Se você leu este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e concorda em participar deste estudo, assine seu nome abaixo e rubrique todas as folhas.

Pesquisador Responsável
Marise N. Ramos

Data

A.1.5. Roteiro de Entrevista:

Roteiro de entrevista semi-estruturada dirigido ao coordenador da área de saúde e/ou coordenador de curso.

Critérios de seleção das unidades da fase qualitativa:

- Relevância histórico-política do Instituto.
- A unidade é especializada em saúde.
- Relevância loco-regional do instituto/unidade/formação em saúde para o quadro epidemiológico da região.
- Quadro quantitativo da oferta.
- Oferta de cursos estratégicos para o SUS, em especial, profissões ligadas à Estratégia da Saúde da Família.

Identificação da Escola

Nome

Município

Estado

Vinculação administrativa

Data da entrevista

Identificação do entrevistado

Nome (se autorizado)

Cargo/função na Escola

Graduação (Título e Instituição)

Pós-Graduação (Título e Instituição)

Tempo de exercício profissional na instituição

Principais atividades que desenvolve na Escola

Perguntas:

Perguntas específicas sobre os currículos dos cursos:

1. Vamos fazer uma primeira pergunta bem aberta. O que é saúde para vocês?
2. Como essa concepção de saúde se relaciona com os cursos técnicos em saúde da Instituição?
3. Como essa perspectiva se desenvolveu no Instituto? [Se não houver referência à perspectiva do Instituto, fazer a mesma pergunta considerando somente o curso: Como essa perspectiva se desenvolveu no curso?]
4. E em termos pedagógicos, que concepções (correntes, linhas, pensamentos) orientam os cursos técnicos em saúde da Instituição?
5. Como a proposta pedagógica da escola se concretiza na prática?
6. Que experiências da escola foram significativas para construir o referencial que embasa essas concepções pedagógicas?
7. Que dificuldades são encontradas na implementação da proposta pedagógica do curso?
8. Como a discussão sobre a formação integrada/integral ocorre na instituição?
9. Como é a relação entre essa discussão sobre a formação integral/integrada e o currículo do curso?

10. [Se for necessário:] Que estratégias curriculares favorecem a formação integral do estudante (*omnilateral*, em todas as dimensões humanas)?
11. Nós somos da Escola Politécnica e a politecnia é uma perspectiva orientadora para o nosso trabalho. E aqui? Como se coloca a questão da politecnia? Em relação aos planos de curso, como as concepções pedagógicas se apresentam/manifestam?
12. Em que medida elas se aproximam e se distanciam do projeto político institucional? Por quê?
13. Ainda em relação aos planos de curso, como as concepções de saúde se apresentam (se manifestam)?
14. Descreva como é o currículo do curso.
15. De que modo o SUS está presente no currículo do curso?
16. E pensando nos princípios do SUS, como esses se manifestam nesse currículo?
17. Que estratégias curriculares promovem a relação teoria-prática?
18. Como se dá a interação ensino serviço?
19. Como acontece o estágio curricular?

Perguntas específicas sobre os professores:

1. Fale sobre o perfil dos professores dos cursos.
2. “Como fica” esse perfil frente às concepções pedagógica e de saúde do curso?
3. Qual a experiência desses professores com o SUS?
4. Qual a experiência desses professores em cursos técnicos? E em cursos técnicos de saúde?
5. Como se dá a seleção dos professores visando ao perfil adequado para atuar nos cursos de saúde?
6. Como se dá a formação dos professores visando a este perfil?
7. Como as diretrizes de educação permanente contribuem para essa formação?
8. Quais são os principais desafios de se implementar cursos técnicos de saúde numa instituição que não tem essa expertise?
9. Como a participação nas discussões do Projeto Político Institucional (PPI) pode contribuir para o enfrentamento desses desafios?
10. Você gostaria de fazer algum comentário a mais?

A partir da pergunta “t” tentar obter informações sobre:

Projeto Político Pedagógico Institucional;

Se está formalizada;

Como se dá sua construção;

Quem participa dessa construção;

Se a escola faz revisão periodicamente;

Com que periodicidade;

O que os motiva a fazer essa revisão.

A.1.6. Relatórios Técnicos do Bolsista de Apoio Técnico

1. Objetivo da bolsa:

Apoiar o desenvolvimento da fase quantitativa do projeto de pesquisa, a qual implicará consulta e organização de banco de dados com base no Censo Educacional e em outras fontes primárias e secundárias, incluindo tratamento estatístico dos respectivos dados, de acordo com os objetivos da pesquisa.

1.1. Perfil do bolsista:

Possuir graduação em Estatística e domínio técnico de informática, com experiência em consulta e organização de banco de dados e com tratamento estatístico informatizado de dados quantitativos. Será dada preferência àqueles que já tiverem trabalhado com o Censo Educacional e com apoio a pesquisa científica. A atividade deste bolsista será acompanhada e supervisionada com apoio do profissional estatístico do laboratório que abrigará a pesquisa.

Diante da dificuldade de identificar e selecionar bolsista com o perfil previsto, a bolsista indicada foi Gianne Cristina dos Reis Ferreira Mendes, com bolsa vigente no período de 01/09/2017 a 31/05/2020. Com graduação em Ciências Sociais e pós-graduação em Ciências Políticas, a bolsista apresentava qualificação superior ao perfil acadêmico requerido, porém apresentava plena disponibilidade para o desenvolvimento das atividades previstas. Ao mesmo tempo, contemplava a experiência desejada, em consulta e organização de banco de dados e com tratamento estatístico informatizado de dados quantitativos. Esses atributos a habilitaram à indicação. Devido à qualificação e a experiência com pesquisa da bolsista, ela atuou também em atividades da segunda fase da pesquisa, de produção e análise de dados qualitativos. Essas mesmas características a possibilitaram contribuir com o trabalho e com a formação da bolsista de iniciação científica. Desta forma, o desenvolvimento das atividades ocorreu de forma integrada no âmbito da equipe de pesquisa, com participação e compartilhamento de todos os seus integrantes.

1.2. Atividades realizadas:

Atividade de pesquisa	Atividade do bolsista	Cronograma/ atividades bolsista (Meses)	Produtos
Levantamento quantitativo da oferta da educação profissional técnica de nível médio nas redes públicas (2010-2015) no Censo Educacional.	Consulta ao banco de dados do Censo Educacional para coleta de dados disponíveis no período de 2010 a 2015). Solicitação de acesso aos microdados diretamente ao INEP	1 a 16	Dados quantitativos analisados na 1ª. fase da pesquisa.
Levantamento quantitativo anual da oferta da educação profissional técnica de nível médio nas redes públicas (2016-2018) no Censo Educacional.	Consulta ao banco de dados do Censo Educacional por ocasião da publicação dos relatórios anuais, no período de 2016 a 2018. Solicitação de acesso aos microdados diretamente ao INEP.	1 a 32	
Levantamento quantitativo da oferta da educação profissional em saúde na rede federal (2010- 2015) no Censo Educacional, no portal do Ministério da Educação e nos sítios das instituições e por consulta ao Conif.	Consulta ao banco de dados do Censo Educacional referente à rede federal.	1 a 16	Dados quantitativos analisados na 1ª. fase da pesquisa.
Levantamento quantitativo anual da oferta da educação profissional técnica de nível médio em saúde na rede federal (2016-2018) no Censo Educacional e nas outras fontes.	Consulta ao banco de dados do Censo Educacional por ocasião da publicação dos relatórios anuais, no período de 2016 a 2018, com foco nas instituições da rede federal. Solicitação de acesso aos microdados diretamente ao INEP.	16 a 32	
Elaboração de cadastro de IFs que ofertam e planejam ofertar educação profissional técnica de nível médio em	Elaboração de cadastro de IFs que ofertam educação profissional técnica de nível médio em saúde na rede federal (2010-2018).	1 a 32	Cadastro elaborado.

saúde na rede federal (2010-2018).	Organização de banco de dados da oferta quantitativa educação profissional técnica de nível médio em saúde na rede federal (2010-2018).	1 a 32	Dados quantitativos analisados na 1ª. fase da pesquisa.
Realização de entrevistas com coordenadores de curso ou equivalente dos IF cadastrados. Identificação de dimensões das concepções e práticas pedagógicas não manifestáveis nos questionários	Apoio na elaboração do questionário aplicado aos Institutos Federais e dos roteiros de entrevistas. Participação na realização de entrevistas piloto e na reelaboração do roteiro. Realização de entrevistas com coordenadores de cursos. Realização de Apoio na orientação de trabalho especializado de pessoa física de limpeza do corpus da pesquisa para tratamento pelo <i>software</i> Iramuteq.	17 a 24	Roteiro de entrevista elaborado, testado e finalizado. Depoimentos obtidos pelas entrevistas. Corpus da pesquisa limpo para tratamento pelo software Iramuteq.
Análise de conteúdo das entrevistas realizadas. Identificação das concepções ético-políticas, epistemológicas e pedagógicas que orientam a oferta da educação profissional técnica de nível médio em saúde pela rede federal.	Apoio à realização da análise de conteúdo.	25 a 32	Categorias de análises operacionais e empíricas construídas. Matrizes de contingência da análise de conteúdo de unidades ofertantes de educação profissional em saúde da rede federal elaboradas.
Confronto dos dados quantitativos da oferta da educação profissional técnica de nível médio pelas redes públicas obtidos no Censo Educacional com as metas do PNE.	Organização dos dados para análise.	25 a 32	Dados de análise organizados que possibilitaram a elaboração do relatório final.
Elaboração do relatório final	Participação da elaboração do relatório final	29 a 36	Participação efetivada. A participação da bolsista ocorreu no período previsto. Após o encerramento da bolsa, o projeto foi prorrogado, sendo que a bolsista participou, ainda do Seminário de Pesquisa,

			envolvendo os sujeitos entrevistados para discussão dos resultados.
--	--	--	---

2. Relatório Técnico do Bolsista de Iniciação Científica

2.1. Objetivo da bolsa:

Apoiar o desenvolvimento do projeto de pesquisa em todas as fases, em especial, a de natureza qualitativa, com foco nos aspectos relacionados à política educacional em geral e à de educação profissional e em saúde, em particular. Este bolsista dedicar-se-á, com ênfase, ao estudo e análise dos aspectos ético-políticos, epistemológicos e pedagógicos da oferta da educação profissional em saúde pela rede federal de educação profissional e tecnológica do país.

2.2. Perfil do bolsista:

Cursar a graduação na área de Ciências Humanas e Sociais, com interesse em Educação e, particularmente, na relação entre Trabalho e Educação, demonstrando bom rendimento escolar.

A bolsista selecionada foi Thayná Trindade da Silva de Andrade, graduanda em Psicologia, que será identificada neste relatório como Bolsista IC-1 No ano de 2019 a bolsista concluiu sua graduação e foi substituída por João Victor dos Santos Seixas Monteiro (Bolsista IC-2). Este cursava Ciências da Computação. Apesar de seu perfil ser diferente do inicialmente previsto, consideramos a oportunidade para que este revisasse os dados quantitativos coletados, atualizando-o conforme eventuais mudanças nas bases. Este ficou também responsável pela consulta à Plataforma Nilo Peçanha, da Rede EPCT, visando à complementação da análise qualitativa. A pertinência dessa medida buscou, ainda, possibilitar que a bolsista de apoio técnico, comprometida com as atividades do estudo quantitativo, pudesse dedicar mais à fase qualitativa da pesquisa, o que já vinha ocorrendo com dedicação e qualidade.

2.3. Atividades realizadas – Bolsista IC-1

Atividade de pesquisa	Atividade do bolsista	Cronograma /atividades bolsista (Meses)	Produtos
-----------------------	-----------------------	---	----------

Levantamento e análise de fontes documentais e bibliográficas sobre as políticas de educação profissional, de educação profissional em saúde e de saúde no país (2010-2016)	Apoio ao levantamento dessas fontes. - Elaboração de fichas de leitura das fontes de acordo com as categorias de análise da pesquisa	1 a 24	Fontes documentais e bibliográficas levantada e estudadas. Constam das referências bibliográficas do relatório técnico.
Levantamento e análise dos projetos político-pedagógicos e dos planos dos cursos ofertados dos IF cadastrados	Apoio ao levantamento dos projetos político-pedagógicos e dos planos dos cursos ofertados dos IF cadastrados.	1 a 24	Planos de Desenvolvimento Institucional (PDI) e Plano de Cursos dos IF cadastrados levantados.
Análise da relação entre os projetos político-pedagógicos e os princípios do SUS, face às tendências e contradições que caracterizam a política de saúde atualmente no país	Elaboração de fichas de leitura dos PPP face aos princípios do SUS.	17 a 24	Apesar de prevista, não foram elaboradas fichas de leitura desses documentos porque sua característica formal não fornece mediações mais relevantes do que aquelas obtidas por meio das entrevistas. Percebemos que o movimento inverso, de análise dos documentos à luz das conclusões apresentou maior coerência com os objetivos da pesquisa.
Realização de entrevistas com coordenadores de curso ou equivalente dos IF cadastrados. Identificação de dimensões das concepções e práticas pedagógicas não manifestáveis nos questionários	Apoio na elaboração do questionário e tratamento dos dados. Contribuição para a produção e revisão dos roteiros de entrevistas. Participação na realização de entrevistas piloto e na reelaboração do roteiro. Realização de entrevistas com coordenadores de cursos.	17 a 24	Questionário elaborado e dados tratados. Roteiro de entrevista elaborado, testado e finalizado. Depoimentos obtidos pelas entrevistas.
Análise de conteúdo das entrevistas realizadas. Identificação das concepções ético-políticas, epistemológicas e pedagógicas que orientam a oferta da educação profissional técnica de nível médio em saúde pela rede federal.	Apoio à realização da análise de conteúdo.	20 a 24	Categorias de análises operacionais e empíricas construídas. Matrizes de contingência da análise de conteúdo de unidades ofertantes de educação profissional em saúde da rede federal elaboradas.

Elaboração do relatório final.	Participação da elaboração do relatório final	01 a 11	Participação efetivada no período de vigência da bolsa e mesmo após seu cancelamento devido a conclusão da graduação. A bolsista foi aprovada para o curso de mestrado em Políticas Públicas e Formação Humana da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPFH/UERJ) sob a orientação da coordenadora da pesquisa.
--------------------------------	---	---------	--

2.4. Atividades realizadas – Bolsista IC-2

Atividade de pesquisa	Atividade do bolsista	Cronograma /atividades bolsista (Meses)	Produtos
Confronto dos dados quantitativos da oferta da educação profissional técnica de nível médio pelas redes públicas obtidos no Censo Educacional com as metas do PNE.	Revisão dos dados levantados pelo bolsista de Apoio Técnico, verificando eventuais necessidades de atualização.	01 a 11	Dados quantitativos de análise organizados que possibilitaram a elaboração do relatório final.
	Consulta à base de dados da Plataforma Nilo Peçanha, a fim de complementar o levantamento realizado na base do Censo Educacional.		
	Organização dos dados para análise, em conjunto com o bolsista de Apoio Técnico e com o Estatístico.		
Elaboração do relatório final.	Participação da elaboração do relatório final	01 a 11	Participação efetivada no período de vigência da bolsa.

APÊNDICES (A.2) – relativos aos resultados da pesquisa.

A.2.1. Dados Pesquisa CNPq EP_EPS.

<https://drive.google.com/file/d/1dsjzOirsHH6XRJvFaa5TPdU0bVj9bxNY/view?usp=sharing>

A.2.2. Gráficos demonstrativos das respostas ao questionário.

<https://drive.google.com/file/d/1yyggNl6YOcrAZk160Yemer7JrhPIQzPq/view?usp=sharing>

A.2.3. Planos de Desenvolvimento Institucional (PDI) e Planos de Curso (PC)

<https://drive.google.com/drive/folders/1eBAUY6EaHRWK3MqkMnWSxbsIb-ry4kL6?usp=sharing>

A.2.4. Previsão de matriculados 2010-2024.

<https://drive.google.com/file/d/1yyggNl6YOcrAZk160Yemer7JrhPIQzPq/view?usp=sharing>)

A.2.5. Esquema ilustrativo do tratamento analítico dos dados qualitativos.

<https://drive.google.com/file/d/1ktk366AUvRA-V5PeHvxX3fiI1diDc8mh/view?usp=sharing>

A.2.6. Relatório Iramuteq.

<https://drive.google.com/file/d/1vdPqEiywoxVHy17wjLpCPJAmwqLPhykt/view?usp=sharing>

A.2.7. Seminário com sujeitos da pesquisa

https://drive.google.com/drive/folders/1VdzvHIovLir0Hmq_YrhIG7_UIDKBwxRj?usp=sharing

A.2.8. Seminário Iramuteq

https://drive.google.com/drive/folders/1alE9nLAgNnc_sydcQzkwW0kH-m1UZkB_?usp=sharing