

Participação  
Social &  
Políticas  
Públicas

# FORMAÇÃO TÉCNICA DE NÍVEL MÉDIO EM SAÚDE NO SUS E PARA O SUS: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Edlamar Kátia Adamy  
Ena de Araújo Galvão  
Francisca Valda da Silva  
Patrícia Araújo Gonçalves

editora  
  
redeunida



Participação  
Social &  
Políticas  
Públicas

# FORMAÇÃO TÉCNICA DE NÍVEL MÉDIO EM SAÚDE NO SUS E PARA O SUS: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Edlamar Kátia Adamy  
Ena de Araújo Galvão  
Francisca Valda da Silva  
Patrícia Araújo Gonçalves



#### FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Ficha catalográfica elaborada pelo bibliotecário Pedro Anizio Gomes - CRB-8 8846

**A221f** **Adamy**, Edlamar Kátia (org.) et al.

---

Formação técnica de nível médio de saúde do SUS e para o SUS: desafios e perspectivas / Organizadores: Edlamar Kátia Adamy, Ena de Araújo Galvão, Francisca Valda da Silva e Patrícia Araújo Gonçalves. – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2021.

142 p. (Série Participação Social & Políticas Públicas, v. 2).  
E-book: PDF.

Inclui bibliografia.

**ISBN** 978-65-87180-74-8.

**DOI** 10.18310/9786587180748.

1. Controle Social Formal. 2. Educação. 3. Participação Social. 4. Política de Saúde. 5. Política Pública. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

21-3018065

CDD 614

CDU 614

#### ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

---

1. Programas de saúde pública.
  2. Medicina: Saúde pública.
- 

#### REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

**ADAMY**, Edlamar Kátia (org.) et al. **Formação técnica de nível médio de saúde do SUS e para o SUS: desafios e perspectivas**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2021. (Série Participação Social & Políticas Públicas, v. 2). E-book (PDF). ISBN 978-65-87180-74-8.

## *Coordenador Nacional da Rede UNIDA*

Túlio Batista Franco

## *Coordenação Editorial*

Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla

*Editores Associados:* Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Denise Bueno, Maria das Graças, Frederico Viana Machado, Márcio Mariath Belloc, Karol Veiga Cabral, Daniela Dallegrave.

### *Conselho Editorial:*

Adriane Pires Batiston (Univ. Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).  
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).  
Ángel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha).  
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália).  
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália).  
Berta Paz Llorido (Universitat de les Illes Balears, Espanha).  
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América).  
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).  
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil).  
Érica Rosalba Mallmann Duarte (Univ. Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).  
Francisca Valda Silva de Oliveira (Univ. Federal do Rio Grande do Norte, Brasil).  
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).  
Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil).  
João Henrique Lara do Amaral (Univ. Federal de Minas Gerais, Brasil).  
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil).  
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil).  
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina).  
Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil).  
Liliana Santos (Universidade Federal da Bahia, Brasil).  
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil).  
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).  
Márcia Regina Cardoso Torres (Sec. Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil).  
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil).  
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália).  
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil).  
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil).  
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil).  
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil).  
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).  
Rodrigo Tobias de Sousa Lima (Fund. Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil).  
Rossana Staeve Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil).  
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra).  
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil).  
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil).  
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).  
Vera Lucia Kodjaoglanian (Lab. de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil).  
Vera Maria da Rocha (Associação Rede Unida, Brasil).  
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

## *Comissão Executiva Editorial*

Gabriel Calazans Baptista  
Jaqueline Miotto Guarneri  
Alana Santos de Souza  
Márcia Regina Cardoso Torres  
Renata Riffel Bitencourt

## *Projeto Gráfico e diagramação*

James Zortéa e Renato Pereida Jr.

## *Arte da capa*

James Zortéa

## *Revisão*

Johan Heyss



# sumário

- 11.** *Prefácio*  
**Francisca Valda da Silva**
- 15.** *Introdução - A Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Saúde: em pauta no Conselho Nacional de Saúde*  
**Ena de Araújo Galvão, Francisca Valda da Silva e Patrícia Araújo Gonçalves**
- 31.** *O Protagonismo do Sistema Único de Saúde na Regulação da Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Saúde*  
**Ena de Araújo Galvão e Carlos Humberto Spezia**
- 43.** *Concepções e Projetos de Educação Profissional Técnica de Nível Médio em disputa na formação dos trabalhadores da Saúde*  
**Marise Ramos**
- 55.** *Parâmetros normativo-legais e diretrizes na regulação da formação técnica de nível médio na área da saúde no Brasil*  
**Adriana Katia Corrêa e Rafael de Lima Bilio**
- 69.** *Regulação da Especialização Técnica de Nível Médio à luz das demandas do Sistema Único de Saúde*  
**Claudia Vilela de Souza Lange, Daniela Maysa de Souza e Ena de Araújo Galvão**
- 77.** *A Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET/SUS): trajetória, desafios e perspectivas*  
**Ewângela Aparecida Pereira, Denise Rodrigues Fortes, Laura Maria Pinheiro Leão e Sílvia Helena Mendonça de Moraes**

**91.** *O Caminho Percorrido na Formação em Serviço do Técnico em Saúde Bucal por meio do Currículo Integrado no Centro Formador da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais*

**Eliana Maria de Oliveira Sá**

**107.** *Formação Técnica de Nível Médio dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate a Endemias em debate no Conselho Nacional de Saúde: avanços e desafios*

**Maria Fátima Sousa, Francisca Valda da Silva e Ena de Araújo Galvão**

**121.** *Alfabetização Midiática e Informacional na formação dos Agentes de Saúde no Brasil: uma agenda necessária e estratégica*

**Maria Fátima de Sousa, Ana Valéria M. Mendonça e Elmira L. Melo S. Simeão**





# Prefácio

**Francisca Valda da Silva<sup>1</sup>**

Este livro é uma produção da Comissão Inter setorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho do Conselho Nacional de Saúde (CIRHRT/CNS) e integra a coletânea Participação Social & Políticas Públicas (Projeto 1 da Série Editorial do CNS).

O controle social compreende a participação do cidadão na gestão pública, assegurado pela Constituição de 1988, que reconhece e estabelece o dispositivo da participação social no campo dos conselhos de direitos para a formulação de políticas públicas essenciais ao desenvolvimento humano, econômico e social da população. O controle social, guardião do direito à saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), é constituído por conferências e conselhos de saúde.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) é uma instituição colegiada, deliberativa e permanente, integrante da estrutura do Ministério da Saúde. Foi criado pela Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937, para fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de diferentes áreas. Fortalecido em sua autonomia a partir da década de 1980, o CNS é constituído por movimentos sociais, instituições governamentais e não governamentais, entidades de profissionais de saúde, comunidade científica, entidades de prestadores de serviços e entidades empresariais da área da saúde.

Este órgão, garantido por lei, além da missão de propor, fiscalizar e monitorar políticas públicas para a saúde como bem comum tendo no centro de sua agenda a defesa da vida e do SUS. Com essa finalidade, o CNS dialoga com os preceitos constitucionais e os Direitos Humanos em todo o território nacional defendendo os valores humanitários como a solidariedade e a fraternidade, assim como o direito dos trabalhadores da saúde a uma formação humana e técnico-científica de qualidade.

---

<sup>1</sup> Enfermeira, mestre em ciências Sociais. Professora aposentada da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Professora Honoris Causa da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN). Conselheira Nacional de Saúde - dezembro de 2003 a dezembro de 2007; dezembro de 2016 a dezembro de 2021. Coordenadora da Comissão Inter setorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho do Conselho Nacional de Saúde. Presidente da ABEn Nacional – Gestão 2001-2004; Gestão 2004-2007; Gestão novembro de 2019 a dezembro de 2020. Brasília, Distrito Federal, Brasil. Coordenadora Adjunta da Comissão Nacional de Saúde das Mulheres (CISMu) de 2016 a 2018. Coordenadora Adjunta da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) de 2016 a 2019.

A estrutura do CNS consiste de uma mesa diretora, dezoito comissões assessoras e câmaras técnicas criadas a partir de 2017, pela Resolução nº 548, para dar suporte a temáticas específicas, formular notas técnicas e subsidiar a tomada de decisões e encaminhamentos do Conselho por meio de atos normativos, como resoluções e recomendações. Neste sentido, a CIRHRT/CNS assessora o Plenário do Conselho Nacional de Saúde no âmbito da formação e desenvolvimento dos(as) profissionais e do trabalho em saúde. As suas atribuições e ações estão previstas na Lei nº 8.080/90 e no Artigo 200 da Constituição Federal de 1988, que designa as competências do SUS. Além de articular debates Inter setoriais e formular diretrizes relacionadas à formação e desenvolvimento dos(as) trabalhadores(as) da saúde, seja na educação profissional técnica de nível médio, na graduação ou na pós-graduação em Saúde, sob a perspectiva do controle e da participação social, a CIRHRT/CNS articula políticas e programas de interesse para a área orientada pela perspectiva da integração entre os setores de ensino, serviços, gestão e a comunidade. Para apoiar e fortalecer os processos de trabalho da CIRHRT/CNS no âmbito da formação, qualificação, e desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde, foi instituída pelo CNS, a Câmara Técnica (CT) da CIRHRT, por meio da Resolução Nº 549, de 09 de junho de 2017. Em 2021, para subsidiar a pauta do CNS quanto à Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Saúde (EPTNMS), prioritária para o controle social do SUS, a CT/CIRHRT contou com a formação de um grupo temático, constituído por membros da CIRHRT e especialistas convidados.

No mesmo ano, em parceria com a Editora Rede UNIDA e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), o CNS desenvolveu a Série Editorial Participação Social & Políticas Públicas, formada por duas linhas temáticas - o Projeto 1 e o Projeto 2 (série especial) - que são constituídas por produ-

ções técnico-científicas, predominantemente originadas de reflexões, análises e pesquisas sobre a participação e o controle social em saúde na formulação de políticas públicas no cotidiano do SUS. Segundo a pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) Maria Helena Machado, especialista no tema, os trabalhadores que compõem a força de trabalho de nível médio do SUS representam, mais de dois milhões de técnicos, auxiliares e profissionais de apoio em um total aproximado de quatro milhões de trabalhadores. Assim, neste livro, o aprofundamento das questões relativas aos processos educativos formais dos técnicos de nível médio, auxiliares e pessoal de apoio aborda temas importantes para a formação profissional em saúde no e para o SUS. Entre estas questões, destacam-se: os desafios a serem enfrentados, o respeito aos parâmetros normativos legais e às diretrizes para a regulação, o protagonismo do CNS na formação de recursos humanos para o setor, a integração ensino/serviço/comunidade e sua relevância para a formação dos trabalhadores e a organização dos serviços de saúde, e, ainda, a regulação da especialização técnica à luz das demandas do SUS.

Este livro está focado na Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Saúde (ETNMS), uma contribuição significativa do CNS com vistas à ordenação da formação de recursos humanos para o SUS. Neste livro, estão também destacados dois temas de essencial importância para o SUS: a formação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Agentes de Combate a Endemias (ACE), que perfazem um total aproximado de 381 mil trabalhadores. Completando, há realce para o fortalecimento das Escolas Técnicas do SUS/Centros Formadores, que constituem uma rede educativa formal com considerável arcabouço político-con-

ceitual, pedagógico e metodológico sobre a formação dos trabalhadores de nível médio da saúde. Espera-se que os temas abordados possam ajudar a trilhar caminhos promissores para o fortalecimento do protagonismo do CNS, e que os resultados se revertam em aprendizagem significativa na educação dos trabalhadores do SUS, que potencialize o trabalho da equipe interprofissional na rede de serviços de saúde do SUS na produção de ampliação do acesso da população, com equidade e integralidade na atenção.

Boa leitura!

Francisca Valda da Silva  
(Coordenação da CIRHRT)  
Brasília, 30 de dezembro de 2021

*Formação técnica de nível médio de saúde do SUS e para o SUS: desafios e perspectivas*

Organizadoras:

**Edlamar Kátia Adamy,  
Ena de Araújo Galvão,  
Francisca Valda da Silva,  
Patrícia Araújo Gonçalves.**

Colaboradores:

**Rafael de Lima Bilio,  
Núbia Brelaz Nunes,  
Manuelle Maria Marques Matias.**



foto: Karina Zambrana / PSF

# Introdução

## A Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Saúde: em pauta no Conselho Nacional de Saúde

**Ena de Araújo Galvão<sup>2</sup>**  
**Francisca Valda da Silva<sup>3</sup>**  
**Patrícia Araújo Gonçalves<sup>4</sup>**

---

<sup>2</sup> Pedagoga, especialista em Educação Tecnológica e mestre em Ciências da Saúde. Trabalhou durante 40 anos na Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Saúde.

<sup>3</sup> Enfermeira, mestre em ciências Sociais. Professora aposentada da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Professora Honoris Causa da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN). Conselheira Nacional de Saúde - dezembro de 2003 a dezembro de 2007; dezembro de 2016 a dezembro de 2021. Coordenadora da Comissão Inter setorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho do Conselho Nacional de Saúde. Presidente da ABEn Nacional – Gestão 2001-2004; Gestão 2004-2007; Gestão novembro de 2019 a dezembro de 2020. Brasília, Distrito Federal, Brasil. Coordenadora Adjunta da Comissão Nacional de Saúde das Mulheres (CISMu) de 2016 a 2018. Coordenadora Adjunta da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) de 2016 a 2019.

<sup>4</sup> Bacharel em Ciência Política (UNB) e em Gestão de Políticas Públicas (UNB). É especialista em Avaliação em Saúde pela ENSP/FIOCRUZ e em Gestão Pública UCAM/RJ. Trabalha desde 2013 como Analista Técnica de Políticas Sociais no Ministério da Saúde.

Este capítulo tem o objetivo de sistematizar os conteúdos temáticos da pauta política referente à Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Saúde (EPTNMS), qualificada como estratégica no Plano de Ação da Comissão Inter setorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho do Conselho Nacional de Saúde (CIRHRT/CNS), (triênio 2019-2022). Os conteúdos distribuídos na organização dos capítulos deste livro atendem à demanda por um eixo de produção técnica sobre a formação de técnicos em saúde de nível médio, assunto de extrema importância para o desenvolvimento desses trabalhadores, cujo aperfeiçoamento elevará a capacidade de resposta à população pela equipe interprofissional da saúde.

Os técnicos em saúde de nível médio fazem a diferença na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) com a sua atuação em todos os 5.770 municípios e regiões de saúde do país. A temática deste livro foi incluída no Projeto 1 da Série Editorial Participação Social & Políticas Públicas do CNS por ser considerada uma das linhas de ação da agenda política proposta pela CIRHRT/CNS quanto aos investimentos na capacidade de produção de serviços de saúde por este grande contingente de trabalhadores da rede do sistema público de saúde -o SUS.

Esta primeira produção técnica do CNS, em forma de livro, é estratégica para subsidiar a ação propositiva de conselheiros de saúde no seu trabalho de formulação de políticas públicas para este nível de formação profissional, seja para proteger, cuidar e melhorar as condições de trabalho desse conjunto de trabalhadores ou a agenda e processos de educação permanente das técnicas e técnicos de nível médio, o que certamente ampliará a capacidade de resposta do SUS à população.

A contribuição deste livro se dá por meio do compartilhamento de reflexões, análises e proposição

de agendas políticas a partir da consolidação das ideias substantivas que se encontram em cada um dos artigos aqui apresentados. Este capítulo apresenta uma visão geral desta pauta contemplada no livro, tendo por base princípios filosóficos, teorias e experiências vivenciadas, sistematizadas e elaboradas por especialistas convidados, membros da Câmara Técnica da CIRHRT/CNS e conselheiros de saúde.

O livro será mais uma ferramenta para contribuir com a compreensão dos temas relevantes abordados e indicar diretrizes para a gestão das ações educativas desenvolvidas no âmbito da EPTNMS, tendo em vista processos de formação de técnico(s) em saúde de nível médio que contemplem as necessidades sociais, de modo a fortalecer a qualidade do trabalho interprofissional para a ampliação do acesso e da resolubilidade dos serviços prestados à população na rede do SUS.

A leitura de todos os capítulos é válida para que o conhecimento aqui construído por autoras e autores possa mobilizar e reunir forças para o desenvolvimento de agendas em prol da valorização desta grande força de trabalho a serviço da população.

O Protagonismo do SUS na Regulação da Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Saúde, primeiro capítulo elaborado pelos autores Ena de Araújo Galvão e Carlos Humberto Spezia, descreve a relevância do CNS enquanto órgão regulador do controle social e, em especial, no apoio à implantação de projetos e programas que vêm sendo desenvolvidos desde a década de 1980, que resultaram em avanços e consolidação de uma estrutura permanente para a formação de pessoal técnico de nível médio e fundamental, como as Escolas Técnicas do SUS/Centros Formadores (ETSUS).

As diretrizes para a ordenação da formação de recursos humanos para o SUS estão ancoradas no

inciso III, do artigo 200 da Constituição Federal e na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece a organização de um sistema de formação de recursos humanos, em todos os níveis de ensino, ressaltando que os serviços públicos constituem campos de prática de ensino, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Quanto aos projetos e programas, há destaque para o Projeto Larga Escala (PLE), implantado a partir de um estudo sobre a força de trabalho em saúde, realizado no final da década de 1970. Esta proposta de formação “em larga escala” de pessoal para atuar nos serviços de saúde se constituiu numa primeira iniciativa, que refletia a preocupação com a formação de pessoal técnico de nível médio para o sistema de saúde.

A partir de 2000, foi priorizado financiamento para ampliar a formação Técnica de Nível Médio em Saúde, visando a expansão da formação dos trabalhadores para além da área da enfermagem. Foi, então, implantado o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PRO-FAPS) para os trabalhadores da área de meios diagnósticos, saúde bucal, vigilância em saúde e nutrição, entre outras.

A partir de 2004, foi lançada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), inclusive, com destinação de recursos financeiros para a formação técnica em saúde de nível médio. São, portanto, quatro iniciativas do poder público que contribuíram para ordenar a formação de recursos humanos para o SUS.

Atualmente, estão em curso, as tratativas para a implantação do Programa Saúde com Agente, destinado à formação técnica de nível médio, dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Agentes de Combate às Endemias (ACE). Impas-

ses e inconformidades do edital e termo de referência do Programa Saúde com Agente ampliaram o debate, com diferentes atores sociais envolvidos na temática. O CNS pautou o debate por meio da CIRHRT/CNS com vistas a aprovação de proposições visando o aprimoramento do referido Programa.

O segundo capítulo, escrito por Marise Ramos, aborda as concepções e projetos de Educação Profissional Técnica de Nível Médio em disputa na formação dos trabalhadores da Saúde, destacando aspectos conceituais e políticos debatidos desde a I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, realizada em 1986, que teve como tema central a Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária.

Aqui, faz-se presente uma discussão bem fundamentada e importante das categorias da educação crítica: práxis, trabalho e politecnia. Para a autora, práxis e trabalho são categorias fundamentais do pensamento marxiano, onde práxis é a atividade concreta por meio da qual os sujeitos humanos se afirmam no mundo, modificando-o e promovendo alterações na realidade. O trabalho é o ponto de partida para todo o conhecimento que o ser humano construiu sobre a natureza, na sua relação com ela e com outros seres humanos. O trabalho é um princípio educativo quando expressa a natureza produtiva e criativa do ser. Por sua vez, a politecnia está associado à concepção de formação onilateral do ser humano, ou seja, formação plena, integral, durante a qual se desenvolvem todas as potencialidades do ser para satisfazer as suas necessidades materiais e espirituais. Seu horizonte é a emancipação humana. Numa perspectiva prática, a aplicação destes princípios teóricos se deu, no campo da saúde, por meio do movimento de construção de referências para a formação dos trabalhadores técnicos de nível médio em saúde nas Escolas Técnicas do SUS (ETSUS), mediante

a crítica à educação tecnicista, reprodutivista e elitista, que hegemoniza o pensamento educacional.

As ETSUS cresceram, buscando enfrentar essa contradição, à medida que se propuseram a proporcionar aos trabalhadores o conhecimento sobre a sua prática de trabalho, e a vinculá-la aos princípios do SUS, que se pautam no conceito ampliado de saúde e expressam um projeto social coerente com uma formação crítica, fortemente influenciada pelo pensamento de Paulo Freire e a Pedagogia Nova de John Dewey.

Ao se buscar compreender as contribuições das instituições da Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS) e da Rede de Educação Profissional, Científica e Tecnológica (EPCT) para a educação profissional em saúde, são encontrados importantes convergências. Primeiramente, há a convivência, quando não a disputa, de teorias não críticas com as críticas, tendo relevância nesse campo o pensamento de Paulo Freire. O núcleo estável da educação profissional em saúde nas ETSUS é a integração ensino-serviço, que se reitera na rede EPCT, pois esta é a estratégia metodológica por excelência, orientadora da práxis pedagógica.

Os movimentos de integração no currículo parecem assumir uma importância em si mesmos, indicando a necessidade de ampliação da formação humana integral. De fato, o sentido da integração que mais tende a se manifestar é pedagógico, coerente com as diversas estratégias metodológicas interdisciplinares, abrigadas largamente pelo princípio da integração ensino-serviço. Quanto ao conceito do trabalho em saúde na ETNMS, este se manifesta mais como prática operativa nos serviços de saúde, com o mérito de se reconhecê-lo como necessário à melhoria dos serviços de saúde.

O horizonte de uma formação realizada na perspectiva da politecnicidade esteve presente nos estudos e debates entre educadores, desde o processo de elaboração de uma nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), iniciado em 1988 e concluído em 1996. Tal intento não teve êxito com a aprovação da Lei n. 9.394/1996, seguida pela exarcação do Decreto n° 2.208/1997, revogado pelo Decreto n° 5.154/2004, o que restaurou o movimento em defesa da educação unitária e politécnica.

Com a lei vigente, a EPTNM tende a adquirir um caráter não escolar, dado que esta pode se realizar em instituições diversas, mediante parcerias. Os docentes podem prescindir da formação científica e pedagógica, as “competências” podem ser desenvolvidas e validadas por outras experiências não necessariamente escolares, e, além disso, há uma indução para que se diminua, também, a carga horária da educação profissional. Neste sentido, é fundamental fortalecer a oferta da Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Saúde pelas redes públicas, em especial as que aqui foram abordadas – a RET-SUS e a Rede EPCT. Estas redes precisam se consolidar como referências de qualidade, fazendo frente à hegemonia da oferta privada e ajudando a orientar as demais redes públicas quanto à concepção da formação integrada.

Inscrever o debate sobre as concepções e práticas pedagógicas dessas redes no plano das contradições sociais, e associá-las à possibilidade de sua superação na perspectiva de uma educação comprometida com a classe trabalhadora, parece uma condição fundamental para a consolidação do SUS e a construção de um tipo de sociedade cuja utopia sustentou as lutas da reforma sanitária. Compreender as disputas sobre o projeto de educação dos trabalhadores técnicos de nível médio em saúde instauradas na década de 1980, e que perduram até os dias de hoje, mesmo com novas mediações,

é um processo necessário para dar materialidade histórica a essa contradição.

O terceiro capítulo, Parâmetros normativo-legais e diretrizes na regulação da formação técnica de nível médio na área da saúde no Brasil, produzido por Adriana Katia Corrêa e Rafael de Lima Bilio, enfoca alguns marcos legais do campo da educação e, especificamente, da educação profissional técnica de nível médio no Brasil, desde a institucionalização da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB n° 9.394/96). O artigo apresenta uma rica pesquisa acerca da legislação de ensino e os seus parâmetros normativos.

Os autores fazem uma crítica à separação entre educação geral e profissional, uma vez que ela fortalece a dualidade estrutural do sistema educacional brasileiro. A oferta da educação profissional integrada ao ensino médio representa uma possibilidade ímpar de formação humana, por meio da qual a educação geral se torna inseparável da educação profissional em todos os âmbitos da preparação para o trabalho. Na verdade o que está acontecendo é uma contrarreforma do ensino médio que já indicou a supressão de quatro disciplinas integrantes do Ensino Médio: Artes, Educação Física, Filosofia e Sociologia. As oposições a essas supressões foram imensas, fazendo o Ministério da Saúde (MEC) recuar na proposta. As Diretrizes Curriculares Nacionais do Ensino Médio trazem limites à integração, na perspectiva até então comentada. São propostos vários arranjos formativos flexíveis que, de fato, explicitam o não compromisso com o direito pleno à educação da classe trabalhadora brasileira, legitimando uma educação mínima para cidadãos mínimos. Nessa direção, a Lei n° 13.415/2017 divide o ensino médio em duas partes: a formação geral, que se fundamenta na Base Nacional Comum Curricular, e os itinerários formativos, que definem o conjunto de aprendizagens essenciais, a saber: linguagem

e suas tecnologias; matemática e suas tecnologias; ciências da natureza e suas tecnologias; e ciências humanas e sociais aplicadas. Os itinerários formativos compõem essas quatro áreas, além da formação técnica e profissional.

Nas Diretrizes Curriculares do Ensino Médio, o itinerário de formação técnica e profissional compreende um amplo leque de opções: ambientes simulados; formações experimentais; aprendizagem profissional; qualificação profissional; habilitação profissional técnica de nível médio; e programa de aprendizagem com certificação intermediária e profissional. Tantas opções podem levar à perda de foco. Tendo em vista os projetos conservadores e progressistas em embate, as Diretrizes Curriculares Nacionais se mostram híbridas, fundamentadas, prioritariamente, em concepções do ideário neoliberal como competências, trabalhador polivalente, formação flexível e empregabilidade, mas tocam, também, em concepções vinculadas à perspectiva transformadora, como, por exemplo, o trabalho como princípio educativo, a politecnia e a articulação entre as dimensões trabalho, ciência, tecnologia e cultura.

Outro parâmetro normativo-legal para formação na educação profissional é o Catálogo Nacional de Cursos Técnicos (CNCT), que regula a oferta de cursos de educação profissional técnica de nível médio para orientar as instituições e os estudantes. É um referencial que subsidia o planejamento dos cursos e correspondentes itinerários formativos, contemplando perspectivas de formações intermediárias, especializações técnicas e, especialmente, os cursos técnicos de nível médio. Os cursos constantes do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos (CNCT) de Nível Médio são organizados por eixos tecnológicos definidores de um projeto pedagógico. Não é um simples guia de orientação, mas um instrumento complementar das Diretrizes da Educação Profissional.

Na edição atual do CNCT, os cursos estão definidos em treze eixos tecnológicos, incluindo o eixo de ambiente e saúde, que podem ser compreendidos como conjuntos organizados e sistematizados de conhecimentos, saberes, competências e habilidades de diferentes ordens, com informações sobre o perfil profissional dos egressos, carga horária mínima, estágios, legislação profissional correlatas, Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do perfil e correlatas, infraestrutura mínima, e possibilidade de oferta da modalidade da educação a distância (EAD), entre outras. A intenção do MEC é que o CNCT sirva de guia para construção curricular na Educação Profissional, de modo a permitir a mobilidade estudantil entre as diferentes redes e sistemas (inclusive a mobilidade entre instituições públicas para privadas), embasada por dados e informações disponibilizados pela Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica (SETEC/MEC).

Construir projetos transformadores implica uma análise crítica dos parâmetros normativos como produções históricas, cuja finalidade é o fortalecimento de processos de resistências e lutas em prol da formação humana do trabalhador da saúde. Uma prerrogativa fundamental nessa luta pela construção social de políticas para este nível de ensino é a indicação, no artigo 200 da Constituição Federal, de que cabe ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde, entre outras atribuições.

O recorte do quarto capítulo, Regulação da Especialização Técnica de Nível Médio à luz das demandas dos SUS, aborda a importância da especialização para essa modalidade de ensino. As autoras Claudia Vilela de Souza Lange, Daniela Maysa de Souza e Ena de Araújo Galvão apresentam, inicialmente, um resgate histórico da educação profissional e seus desdobramentos, até a oferta da Especialização Técnica de Nível Médio voltada aos

concluintes dos cursos técnicos, considerando as demandas e especificidades do SUS, bem como a sua articulação com as ETSUS. Esse resgate visa, tão somente, localizar a educação profissional em três períodos, nos quais a legislação de ensino estabeleceu diferenças de forma e conteúdo.

O primeiro período se inicia em 1826 e foi marcado pelo Decreto nº 7.566/1909, que trata do ensino dos ofícios, explicitando, com nitidez, a sua função e seu lugar à época: evitar o ócio e a probabilidade de delinquência daqueles de classe social mais desfavorecida, os pobres. Nessa época, a educação era direcionada para a elite, filósofos, sábios e religiosos, com a transmissão do conhecimento socialmente construído, já o aprendizado de ofícios era direcionado aos desfavorecidos. Na medida em que o aprendizado profissional foi substituído por outro, decorrente do processo de industrialização do país, surgem novos desafios a enfrentar, como, por exemplo, o índice de analfabetismo.

O segundo período, definido em termos da legislação da educação profissional, está situado na década de 1970, com a promulgação da Lei nº 5.692, de 11 de agosto de 1971, que fixava as diretrizes para o ensino de 1º e 2º graus. Este período se caracterizou pela rápida urbanização, quando os empregadores passaram a exigir maior nível de escolaridade de seus empregados. Era o período do milagre econômico (1968 a 1973) e a formação técnica/qualificação profissional assumiu algum destaque como resposta às condições gerais da produção capitalista. A legislação de ensino mantinha duplo aspecto para justificar a educação profissional: atender à demanda de técnicos de nível médio para o mercado de trabalho e conter a pressão para a entrada no ensino superior.

O terceiro período da Educação Profissional é demarcado pela aprovação da Lei de Diretrizes e Bases (LDB) da Educação Nacional (Lei nº 9.394,

de 20 de dezembro de 1996). Pela primeira vez, a legislação de ensino dedicou um capítulo inteiramente voltado à educação profissional, propiciando avanços na concepção de uma educação inclusiva e possibilitando o ingresso nos processos formativos aos trabalhadores de saúde.

A LDB atual assegura princípios anteriormente conquistados, como o reconhecimento de que a educação também se pratica fora da escola e no ambiente de trabalho, a oportunidade de oferta de cursos especiais para viabilizar o ingresso, independentemente do nível de escolaridade, a construção de currículos flexíveis e organização didática diferenciada, e, principalmente, a avaliação do conhecimento adquirido no serviço como forma de certificação, com vistas ao prosseguimento de estudos. As necessidades apontadas pelo processo de trabalho são determinantes não só para definir a oferta dos cursos técnicos, como, também, os de especialização, qualificação profissional ou formação inicial e continuada.

No setor saúde, a educação profissional do pessoal de nível médio foi predominantemente realizada pelas ETSUS, criadas a partir da década de 1980, com o objetivo de promover a profissionalização dos trabalhadores da saúde de nível médio e sem formação adequada. Em sua trajetória histórica, as ETSUS desempenharam um papel relevante no Projeto de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio e Elementar para os Serviços Básicos de Saúde (PLE) e, posteriormente, no Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) e no Programa de Formação dos Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS). A Especialização Técnica de Nível Médio ofertada pelas ETSUS é uma proposta voltada para os concluintes dos cursos técnicos, com carga horária mínima de 25% da respectiva habilitação profissional, que compõe o correspondente itinerário formativo da habilitação profissional

técnica de nível médio. O objetivo da especialização é propiciar o domínio de novas competências para um determinado segmento profissional da área inicialmente habilitada.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para a EPTNM orientam a organização dos cursos de especialização de nível técnico, vinculados a cada habilitação profissional, para o atendimento de demandas específicas. Os perfis profissionais de especialização profissional de nível técnico serão estabelecidos pela escola, explicitando, nos certificados de especialização profissional, o título da habilitação.

Em sua oferta regular, a instituição ofertante de curso de Especialização Técnica de Nível Médio deve manter o curso de EPTNM correspondente, relacionado estreitamente com o perfil profissional da especialização, cuja carga horária equivale a 25% da carga horária mínima indicada no Catálogo Nacional de Cursos Técnicos para cada habilitação profissional. Assim, a especialização só pode ser oferecida a quem já tenha sido devidamente habilitado como técnico de nível médio do correspondente eixo tecnológico, complementando, portanto, a habilitação profissional nesse nível de profissionalização.

As autoras apresentam um relato de experiência sobre as especializações ofertadas pela ETSUS Dr. Luiz Eduardo Caminha de Blumenau, Santa Catarina. De 2011 a 2016, a ETSUS Dr. Luiz Eduardo Caminha ofereceu especializações nas áreas de Enfermagem em Nefrologia, Enfermagem do Trabalho, Estratégia Saúde da Família, Urgência e Emergência e Vigilância em Saúde/ Gestão da Vigilância em Saúde, com 149 alunos concluintes, contribuindo, assim, para a formação permanente dos trabalhadores de sua área de abrangência e atuação.

A LDB trouxe identidade própria para a EPTNM. Nesta trajetória, as escolas técnicas do SUS se tornaram protagonistas nos processos formativos ofertados para o pessoal de nível médio, utilizando os preceitos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e acolhendo novas demandas de formação e especialização.

Além do fazer operacional, a formação de recursos humanos para o SUS requer um fazer sustentado em práticas críticas, reflexivas e criativas, possibilitadas por uma formação que valorize o trabalho como locus de aprendizagem, mobilizando avanços nos novos saberes apreendidos, possibilitando o desenvolvimento de habilidades e melhorias dos cuidados oferecidos à população. Não se pode afirmar que a LDB trouxe conquistas plenas, mas a possibilidades de avanço rumo a uma educação mais íntegra.

Em A Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS): trajetória, desafios e perspectivas, quinto capítulo deste livro, tem como autoras Ewângela Aparecida Pereira, Denise Rodrigues Fortes, Laura Maria Pinheiro Leão e Sílvia Helena Mendonça de Moraes, que relatam brevemente a construção histórica das ETSUS, destacando a essência dessas instituições sob os pontos de vista filosófico, conceitual e legal.

No final dos anos 1970, a formação profissional dos trabalhadores da saúde assume uma dimensão central para o avanço das transformações requeridas para a construção de um novo sistema de saúde no país. Impulsionado pela realidade presente, surge o Projeto Larga Escala (PLE), com pressupostos importantes para o momento, como incentivo ao ensino supletivo por meio da flexibilidade, da valorização do local de trabalho como espaço de aprendizagem, da aproximação entre en-

sino e serviço, da organização curricular integrada e da certificação educacional, entre outros.

Para a concretização do PLE, são criados os centros formadores, em sua grande maioria integrados às estruturas das secretarias estaduais de saúde. Porém, com o passar dos anos, muitos deles foram transformados em ETSUS. A sua missão era qualificar os trabalhadores já inseridos no sistema de saúde, mas com baixa escolarização, num momento histórico em que não havia ainda a exigência de habilitação profissional prévia para o desempenho das ações e serviços em saúde.

Assim era a realidade social e educacional que, ao longo do tempo, parece não ter evoluído muito. Isso é demonstrado pelas autoras por meio dos dados referentes à Educação da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD), divulgada em julho de 2020 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os índices recentes são preocupantes.

É num quadro de exclusão e acesso tardio ao sistema de educação formal que grande parte dos trabalhadores de nível fundamental e médio, então inseridos no setor saúde, se encontrava, quando da criação dos Centros Formadores (CEFOR) e das ETSUS. A luta destas instituições pela inclusão e democratização do acesso a um ensino técnico de qualidade integra-se e inter-relaciona-se com a luta desses mesmos trabalhadores por melhor visibilidade e valorização do seu processo de trabalho na saúde e na sociedade.

É notório salientar dois aspectos que chamam a atenção a partir da contextualização feita até o momento, sobre os programas de formação voltados para o nível médio. Pode-se observar que não existe uma política nacional para formação profissional técnica de nível médio na área da saúde, apenas programas. Isso faz com que haja descontinuidade

e rupturas que afetam os processos formativos desses trabalhadores.

De certa forma, esses programas incentivaram a realização da formação em saúde por meio das ETSUS, sobretudo, a partir da década de 1990, quando as mesmas foram colocadas em um sistema de competição com a iniciativa privada que, originalmente, não possui compromisso com uma formação crítica para o trabalho no SUS, o que enfraquece as instituições públicas.

Nesse cenário, reafirma-se o papel relevante dos CEFOR e ETSUS para a inclusão e democratização da formação profissional dos trabalhadores de nível fundamental e médio, que correspondem a cerca de 60% ou mais da força de trabalho no SUS, e ocupando uma posição estratégica na estrutura organizacional da saúde.

Essas escolas do SUS pertencem a diferentes esferas de governo, órgãos da administração pública direta, fundações, autarquias e instituições de ensino. É relevante notar que, para ofertarem cursos de educação profissional técnica de nível médio, elas precisam ser credenciadas e ter autorização dos respectivos Conselhos Estaduais de Educação para expedir diplomas e certificados válidos em território nacional.

Dentre as fragilidades detectadas ao longo da atuação da RET-SUS, a mais notável foi a pouca visibilidade da maioria das unidades sem orçamento próprio. Este fato dificulta e, muitas vezes, inviabiliza a realização das suas missões, pois elas não conseguem manter e ampliar a infraestrutura física de suas sedes, nem a composição das equipes de trabalho com quadros fixos e permanentes em termos qualitativos ou quantitativos

Conforme destacado anteriormente, esse quadro se agrava em virtude da ausência de uma política de estado para a educação profissional em saúde. Passadas tantas décadas desde a criação da RET-SUS, apenas os dois últimos programas de formação de recursos humanos (PROFAE e PRO-FAPS) ainda funcionam como os faróis dessas instituições, apontando a potencialidade do trabalho por elas desempenhado.

Apesar das muitas conquistas, as ameaças e fragilidades nunca deixaram de acompanhar a vida institucional das escolas. Um exemplo disso foi um movimento surgido nos anos 2000 que, aparentemente, começou de forma pontual e localizada, mas levou alguns CEFOR e ETSUS a serem incorporados pelas Escolas de Saúde Pública (ESP). As ESP são escolas destinadas ao ensino superior e, geralmente, possuem como público-alvo os trabalhadores da saúde de nível superior, ofertando cursos de pós-graduação de interesse para o SUS, além de cursos de qualificação adequados à concepção de educação permanente em saúde.

Até o momento em que este livro foi escrito, grande parte das ETSUS da esfera estadual, principalmente aquelas vinculadas às secretarias estaduais de saúde, deixaram de ser escolas técnicas para se tornarem apenas um departamento ou coordenação de educação profissional técnica de nível médio, passando a funcionar nas próprias dependências da ESP, que não possui autorização para atuar como escola técnica.

Sabe-se que, ao longo de sua trajetória, a atuação independente das ETSUS/CEFOR sempre foi viável e positiva, oferecendo visibilidade às necessidades específicas dos profissionais de nível médio. A unificação de instituições cujo público e missão possuem especificidades distintas pode significar um conflito de identidade que, em última instância, culmine em perda de espaço, voz e representativi-

dade. Assim, a RET-SUS deve continuar lutando por um de seus principais objetivos: mobilizar o conjunto das instituições atuantes na área da educação profissional técnica de nível médio, visando o seu fortalecimento e o avanço dos processos técnico-políticos nesse campo tão importante para a saúde.

Em O Caminho percorrido na formação em serviço do Técnico em Saúde Bucal, por meio do Currículo Integrado, no Centro Formador da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, sexto capítulo deste livro, a autora Eliana Maria de Oliveira Sá descreve uma experiência de formação em serviço, identificando alguns resultados encontrados na integração ensino/serviço/comunidade e analisa, ainda, a tendência atual das fontes de financiamento da formação técnica em saúde bucal.

A autora realiza um resgate histórico da elaboração do currículo integrado, apontando avanços significativos na construção desta proposta político-pedagógica, registrados em vários estados do Brasil, especialmente em Minas Gerais, onde três dentistas iniciaram a construção do guia curricular para a formação do Técnico em Higiene Dental (THD) da rede básica. Com metodologia definida, a proposta pedagógica consiste em formar os profissionais da saúde bucal sem afastá-los da prática do serviço público. Nesse exercício de reflexão sobre a própria prática profissional, numa espiral de apropriação do conhecimento, o aluno/trabalhador é desafiado a transformá-la à luz de novos conhecimentos científicos.

Em 1997, o Centro Formador da ESP-MG, berço do currículo integrado, iniciou a primeira turma descentralizada para a formação técnica na área da saúde bucal. O corpo docente era constituído por dentistas da rede de serviço do SUS, pessoal legalmente habilitado segundo as normas do Sistema Estadual de Ensino. Por sua vez, os cursos

eram organizados de modo a alternar períodos de concentração e dispersão, de acordo com a metodologia de integração ensino/serviço/comunidade.

A formação em serviço do THD é uma estratégia que possibilita ao aluno aprender a partir de problemas reais, que são utilizados e transformados, contribuindo, assim, para a melhoria da qualidade desses serviços. O ambiente de trabalho, entendido como a “sala de aula”, é um local de aprendizagem, mas, também, de aprimoramento.

No estudo, buscou-se desvendar as articulações do currículo integrado com a realidade à qual se destinava, já que a proposta foi construída nos serviços de saúde e para os serviços de saúde, sendo, posteriormente, regulamentada pelo setor educacional e implementada em vários estados do Brasil. Assim, a análise dos registros e depoimentos sobre o processo de formação possibilitaram a o entendimento das relações pedagógicas estabelecidas ao longo do processo, bem como a identificação das evidentes melhorias nos processos individuais de aprendizagem do conteúdo e na aplicação local dos procedimentos, técnicas e novas posturas frente ao trabalho. O fazer cotidiano, com as suas contradições e limites, foi a base do movimento de ação-reflexão-ação.

A recuperação do saber integral relativo ao processo de trabalho aponta para o resgate da capacidade de ser ator, tanto da realidade social insatisfatória, quanto daquela que se julga mais justa e necessária. Ao partilharem experiências, os trabalhadores percebem a importância da cooperação para o trabalho em equipe. Aprendem a ser reflexivos e críticos por meio da prática no dia a dia. Descobrem que têm voz e que é importante compartilhar e comparar o que pensam com os demais colegas.

Ainda no decorrer do artigo, a autora relata os resultados da pesquisa sobre a prática clínica do THD e a reserva do mercado. Embora as entidades de classe se pronunciassem e fossem necessárias negociações, nenhuma atitude tomada durante a investigação contrariou princípios trabalhistas, uma vez que os profissionais em formação eram supervisionados por dentistas. A Lei nº 11.889/2008, que regulamenta o exercício da profissão do THD, trouxe certa calma ao cenário.

Quantos às fontes de financiamento para a formação dos técnicos de nível médio em saúde, o Ministério da Saúde foi reconhecido como o maior financiador das Escolas Técnicas/Centros Formadores no Brasil. Estados e municípios também colaboram, embora não exista uma previsão orçamentária segura e regular. Ainda que a formação de nível médio em saúde seja de responsabilidade estadual, esta não tem sido traduzida em investimentos permanentes em Minas Gerais.

Em 2004, o Centro Formador, responsável pela oferta dos cursos técnicos, passou a ser denominado Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, perdendo a sua identidade como escola técnica, ao passo que a sua visibilidade “desapareceu”. Ao assumir a formação inicial e continuada, a formação técnica de nível médio, a formação em nível pós-técnico, a formação tecnológica e o ensino superior (pós-graduação), além de suprir os postos estratégicos da administração pública, a ESP - MG sofreu, como consequência, uma “natural” disputa interna por recursos financeiros. Nesta linha de pensamento, dificilmente a formação técnica em saúde seria contemplada na sua real necessidade.

A princípio, o fato de que o Centro Formador compartilha a mesma estrutura física da ESP-MG não é um problema. O importante é que seja respeitada a dimensão política da formação técnica de nível médio, sem a necessidade de competir por

recursos financeiros, nem investimentos, garantindo ao Centro Formador a sua identidade formativa. Isso é factível no presente e futuro? A resposta para esta questão é um convite aos atores sociais diretamente envolvidos, aos conselhos estaduais de Saúde e Educação, bem como às três esferas do governo responsáveis pelo cumprimento da lei.

O capítulo seguinte, Formação Técnica de Nível Médio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate a Endemias (ACE) em debate no CNS: avanços e desafios, elaborado por Maria Fátima Sousa, Francisca Valda da Silva e Ena de Araújo Galvão, apresenta um histórico da existência desses profissionais no SUS e da sua inserção atual nos serviços de saúde.

Na presente conjuntura, quando o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) o lançou o Termo de Referência Pessoa Jurídica nº 020/21, cujo objeto é a contratação de uma entidade educacional para ofertar cursos técnicos para os ACS e ACE, teve início um amplo debate nacional. O CNS se fez presente na discussão, com a finalidade de “ordenar a formação de recursos humanos para a saúde” (BRASIL, 1988) e apresentar recomendações a fim de orientar a oferta para a formação desses profissionais exclusivos do SUS. Para estas recomendações, o CNE contou com a contribuição dos atores institucionais que participaram da Reunião Ampliada da CIRHRT, realizada no dia 8 de junho de 2021.

Os aspectos mais relevantes no âmbito político-conceitual se referem ao direito dos trabalhadores a uma formação capaz de influenciar a sua vida funcional, a sua carreira, inclusive com incentivos para o acesso à educação permanente em saúde, incluída a especialização técnica de nível médio. O programa, contudo, não deve ficar restrito à certificação educacional, a um ensino massificado e aligeirado. Os conteúdos técnico-científi-

cos devem respeitar a diversidade regional e local, e constitui erro grave aprisioná-los em uma grade curricular “fechada”, integralizada em tão pouco tempo (dez meses) que termina por se afastar da própria concepção das diretrizes curriculares e projeto pedagógico atuais.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) serão consideradas polos e, na análise do TRPJ nº 020/2021, fica evidente a supressão do momento de discussão teórica e teórico-prática, o que desfigura o direito dos trabalhadores à educação e à qualificação profissional, negando-lhes o acesso às bases técnico-científicas ao substituí-las pelo próprio trabalho em si (BRASIL, 2021).

Conseqüentemente, trata-se de um curso cujo acompanhamento até a dispersão (parte prática) apresentará dificuldades. E, uma vez que o curso será realizado na modalidade EaD, pode acontecer que a concentração (parte teórica) seja realizada em momentos síncronos, o que não significa, necessariamente, o momento de troca permanente e ideal para a formação técnica de nível médio. Não há centralidade no território como categoria transversal de atuação e formação dos ACE, com o foco ampliado da Vigilância em Saúde. Além da mobilização social, da integração das vigilâncias (epidemiológica, do trabalhador, ambiental e sanitária), o trabalho no território necessita de suporte da educação e da comunicação. Em síntese, a promoção da saúde e a educação em saúde são tratadas como prevenção de doenças. O programa sinaliza um foco bastante biomédico, abordando somente o combate às endemias, o que desconfigura o papel histórico e o perfil profissional desses trabalhadores. Desse modo, o programa foi formulado sem que houvesse um debate com as instituições de ensino, pesquisa e assistência à saúde com uma trajetória histórica na formação dos trabalhadores, e tampouco se ouviu o controle social

do SUS. Por essa razão, o programa suscitou tantos questionamentos e dissensos.

A Revisão da Política Nacional de Atenção Básica, realizada por meio da Portaria nº 2.436/2017, traz o deslocamento da centralidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) para uma estratégia concentrada no trabalho das equipes, agora divididas entre equipes AB e equipes ESF. Os ACS e ACE também receberam novas atribuições, agora com ênfase em ações curativas, secundarizando as ações de promoção da saúde com base na educação popular.

O CNS recomendou a revogação da portaria que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e da portaria que instituiu o Programa Previne Brasil. A previsão de perda de recursos, já verificada para alguns municípios, pode comprometer a sustentabilidade de ações territoriais e coletivas no nível da Atenção Primária à Saúde (APS):

“Para alguns, o financiamento anterior era a única transferência governamental em saúde, com base populacional existente, e que podia ser aplicada com alguma autonomia. Mais uma vez, o CNS e demais entidades de ciência, ensino e pesquisa não foram ouvidos e o Programa Previne Brasil já está instituído. Importante entender isso para observar que existe um conjunto de políticas governamentais que tensionam o SUS e apontam para um fortalecimento das empresas ou da iniciativa privada, recebendo recursos públicos e assumindo funções que deveriam ser das entidades públicas” (BRASIL, 2021, p.11).

Quanto aos aspectos legais da formação dos ACS e ACE, houve uma reformulação das atribuições, da jornada e condições de trabalho, do grau de for-

mação profissional, dos cursos de formação técnica e continuada, e da indenização de transporte destes profissionais. No tocante aos aspectos pedagógicos, apresentam-se fragilidades na distribuição da carga horária teórico-cognitiva, teórico-prática, das práticas supervisionadas e do estágio curricular do curso. Há um percentual de 49,21% da carga horária em EaD, o que não é permitido pela legislação de ensino.

Ainda é necessário considerar que muitos trabalhadores têm dificuldade de acesso ao computador e à internet, além da estrutura insuficiente para o suporte do ensino à distância em diversas regiões do país. Por todos estes motivos, a formação técnica dos ACS e ACE deve ser 100% presencial, em consonância com a edição de 2020 do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos (CNCT).

A realidade nos mostra que a maioria das unidades de saúde não possui recursos tecnológicos básicos, como televisão, telão ou qualidade de conexão à internet para as tele aulas, nem espaço físico para reunir cinquenta alunos para a parte teórica.

Para o CNS, é grave que um programa desta envergadura, em dois cursos ofertados em plena pandemia, não tenha incluído aulas teórico-cognitivas, teórico-práticas e tampouco estágio para a atuação no combate ao SARS-Cov-2 e suas variantes. Os temas e conteúdos estão desarticulados e não são coerentes com as bases conceituais, metodológicas e operacionais do processo de trabalho da Vigilância em Saúde. Da mesma forma, os princípios da Educação Popular não foram contemplados, assim como os da Educação de Adultos (andragogia). Ademais, a organização curricular não é feita a partir do nível de atenção onde se inserem os ACS e ACE, no caso a Atenção Básica à Saúde, e muito menos contempla o território em movimento, enquanto a proposta de preceptoria prevê um preceptor para o acompanhamento de até 25 alunos.

Finalmente, quanto aos aspectos operacionais, o programa não esclarece o período de inscrição, a razão de se contratar uma única instituição para exercer amplas funções, a capacitação, a carga horária e o conteúdo para os tutores e demais envolvidos no processo, o porquê da centralidade do ensino nas unidades de saúde, entre outras informações relevantes. Especialistas ainda apontaram inúmeros questionamentos por, inclusive a incoerência em relação à PNEPS, que recomenda que a oferta de cursos para os trabalhadores do SUS seja realizada por instituições públicas.

Quanto ao financiamento, o cenário indica que a Emenda Constitucional 95 (também conhecida como EC- Teto dos gastos públicos ou EC da Morte) modificou os critérios de destinação das verbas para a saúde e a educação, alterando os mínimos constitucionais. Assim, o congelamento dos “investimentos sociais” da União tem afetado políticas estaduais e municipais, causando ao SUS um prejuízo acima de R\$ 20 bilhões de reais.

O capítulo 8, Alfabetização Midiática e Informacional na formação dos Agentes de Saúde no Brasil: uma agenda necessária e estratégica, escrito por Maria Fátima de Sousa, Ana Valéria Machado Mendonça e Elmira Luzia Melo Soares Simeão, apresenta as ideias centrais de um projeto para a formação dos ACS e ACE, cujo objetivo é promover a inclusão digital desses profissionais com o uso de tecnologias de comunicação junto às comunidades e equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Numa perspectiva de intervenção pedagógica, a proposta consolida o conceito de Alfabetização Midiática e Informacional defendido pela UNESCO. Essa formação agrega novos conhecimentos, habilidades e atitudes que ampliam a capacidade de cada indivíduo, família e comunidade para buscar autonomia no cuidar da saúde. As tecnologias in-

clusivas, que são mediadoras dos processos educativos em cada território de atuação dos ACS, podem ampliar as possibilidades de fortalecimento das trocas de saberes e fazeres entre esses sujeitos. Práticas entrelaçadas por redes sociais viabilizam o conhecimento e a solidariedade no agir comunicativo.

O Estado não consegue satisfazer a tempo as necessidades com políticas públicas efetivas de capacitação. Analisando esse contexto no cenário brasileiro, é possível confirmar que o problema é urgente e a capacitação dos ACS/ACE para o uso estratégico das tecnologias não só beneficiaria os profissionais e a população, como viabilizaria a organização dos dados da saúde coletiva brasileira em plataformas digitais mais assertivas, atendendo aos gestores e à política pública em saúde.

De forma integrada com as equipes da ESF, no cotidiano do seu trabalho no âmbito do SUS, os ACS e ACE são responsáveis por micro áreas de atuação, pelo cuidado e monitoramento do bem-estar de aproximadamente 750 pessoas. As equipes são compostas de profissionais médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, sendo estes últimos o elo de ligação do sistema de saúde com as famílias e comunidades quanto aos processos de informar, comunicar e fazer educação para a promoção da saúde.

Nesse sentido, os ACS e ACE em formação permanente necessitam que suas ações sejam mediadas por tecnologias da informação e da comunicação, sobretudo no compartilhamento de dados, para que o entendimento de um conteúdo seja consensual e produtivo. A ação comunicativa depende tanto do indivíduo que recebe as informações (o interpretante), quanto da forma (do texto) e do suporte (tecnologia), pois estes são os instrumentos que propõem uma modalidade concreta de leitura e compreensão de mensagens. Na ação

comunicativa dos ACS/ACE, a interação é basicamente presencial, mas é crescente o número de ferramentas que têm auxiliado a comunicação com as comunidades e a criação de “grupos de mensagens”, que se organizam em função do espaço territorial de atuação, alcançando diferentes regiões se tiverem interesses comuns. A tecnologia dá mais celeridade e aproxima as equipes e seus processos comunicacionais.

Num trabalho iniciado em 2020, que tem como um de seus principais objetivos investigar a ação comunicativa desses profissionais da saúde, já foram identificados muitos problemas de conexão e limitações que dificultam a comunicação dos ACS/ACE. A investigação contará com métodos quantitativos e qualitativos, além de incluir uma análise da necessidade de capacitação e ampliação das tecnologias de informação e comunicação (TICS) no PACS, contribuindo para a melhoria dos processos de cuidado da saúde de indivíduos, famílias e comunidades.

Um projeto de inclusão digital dos ACS deve sugerir um desenho metodológico a partir de estratégias que possibilitem o desenvolvimento de competências e habilidades práticas em informática básica por meio de tecnologias inclusivas para a informação, educação e comunicação em saúde, tomando como referência as seguintes dimensões: infoeducação, infocultura, aprendizagem tecnológica, gestão da demanda social, cidadania digital, tecnologia social e rede de inclusão digital. Desde a sua construção metodológica, este modelo deve sugerir caminhos para a educação permanente dos profissionais. Além disso, a inclusão digital dos ACS representa o alcance dos avanços tecnológicos que podem aprimorar o processo de conhecimento à distância ou semipresencial para estes profissionais, além de possibilitar aos indivíduos, famílias e comunidades a construção e o acesso a uma rede de informação mais qualificada de edu-

cação e comunicação para as questões de saúde pública. Portanto, uma proposta de educação permanente de ACS e ACE, mediada por Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), deve também considerar os princípios da colaboração e da interação como fundamentos norteadores para a escolha dos suportes tecnológicos, das linguagens de comunicação, e, ainda, dos sistemas e ambientes virtuais de aprendizagem, entendendo estes últimos como espaços fecundos de significação, onde seres humanos e objetos técnicos interagem, potencializando, assim, a construção de conhecimentos.

Forma e conteúdo se mesclam com as novas TICs, enquanto as ações de comunicação revelam que os ACS/ACE de hoje estão fortalecidos, após trinta anos em atividade no território brasileiro. Essa experiência e essa trajetória também precisam ser revigoradas pelas tecnologias no compartilhamento de produtos e serviços de informação com as comunidades, que se integram por meio das práticas de leitura e rotinas que já adotam computadores e o telefone celular.

Métodos e práticas de Competências em Informação (CoInfo) ou Alfabetização Midiática e Informacional (AMI) tanto exploram estudos sobre técnicas de tratamento e organização da informação, quanto apresentam, a partir de análise de perfil e contexto (neste caso, no campo da saúde) os novos modelos de mediação, notadamente em situação de crise. Para atingir o objetivo no campo da saúde, iniciou-se um estudo amplo sobre os ACS/ACE no Brasil.

Para a formulação dessa nova agenda, porém, deve-se tomar como referencial os desafios impostos pela pandemia da COVID-19, em um cenário onde, nesses trinta anos de experiência e vivências, os ACS e ACE já teriam acúmulo de saberes e práticas nos campos das capacidades de aten-

ção e gestão do conhecimento para a abordagem familiar e comunitária.

Nesse “novo normal”, cenário sanitário que impactará a saúde ainda por muitos anos, necessitamos resgatar a importância do trabalho desses profissionais e suas habilidades valiosas para planificar, monitorar e avaliar as situações de saúde-doença-cuidado, considerando expectativas e necessidades singulares, específicas da população e dos seus territórios de atuação.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional De Saúde - CNS. Recomendação nº 029, de 21 de setembro de 2021. Recomenda a observância do Parecer Técnico no 194/2021, que dispõe sobre princípios gerais, orientações e recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) ao Programa Saúde com Agente. Brasília, DF: MS/CNS, 2021.



foto: Karina Zambrana / PSF

# O PROTAGONISMO DO SUS NA REGULAÇÃO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL TÉCNICA DE NÍVEL MÉDIO EM SAÚDE

Ena de Araújo Galvão<sup>5</sup>  
Carlos Humberto Spezia<sup>6</sup>

## INTRODUÇÃO

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) criou um Grupo Tarefa (GT) composto de profissionais atuantes na Comissão Inter setorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho do Conselho Nacional de Saúde (CIRHRT/CNS) e especialistas, cujo objetivo é apresentar propostas para o fortalecimento da Educação Profissional Técnica de Nível Médio.

“Educação em saúde” e “educação para a saúde”, porém, são conceitos amplos, que se aplicam a qualquer nível e modalidade de ensino. Assim, este texto propõe um recorte na Lei de Diretrizes e Bases (LDB) da Educação Nacional - Lei nº 9.394/1996, focando nos artigos 36, 39, 40, 41 e 42, que regulam, dentro da Educação Básica, a Educação Profissional Técnica de Nível Médio e a Formação Inicial e Continuada (FIC) para as pessoas com ensino fundamental (completo ou incompleto). Esses artigos estão regulamentados pelo Decreto nº 5.154, de 23 de setembro de 2004, e pelo Decreto nº 8.268, de 18 de junho de 2014 (BRASIL, 1996; BRASIL, 2014).

---

<sup>5</sup> Pedagoga, especialista em Educação Tecnológica e mestre em Ciências da Saúde. Trabalhou durante 40 anos na Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Saúde.

<sup>6</sup> Licenciado em Letras, participou da implementação do projeto PROFAE, possui mestrado em Linguística e doutorado em Pedagogia. Tem trabalhado com o tema da educação profissional há mais de quinze anos.

## COMPETÊNCIA CONSTITUCIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

As diretrizes para a ordenação da formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS) estão ancoradas no inciso III do artigo 200 da Constituição Federal. Complementando a compreensão do termo, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. No seu artigo 27, inciso I, a Lei nº 8.080 aborda a:

“organização de um sistema de formação de recursos humanos, em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal”.

(...)

Parágrafo Único – “Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde – SUS, constituem campos de prática de ensino, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional” (BRASIL, 1990)

Destacamos, no excerto acima, a ênfase na responsabilidade compartilhada entre as áreas de Saúde e Educação no que diz respeito à formação de recursos humanos na área da saúde. Isso significa que, nessa ordenação, as normas devem ser elaboradas com o sistema de ensino, em todos os níveis, inclusive de pós-graduação.

Na área da educação, a regulação fica a cargo da LDB, onde se constata que existem apenas dois níveis de Educação: a Educação Básica, que compreende a Educação Infantil (0 a 5 anos), o Ensino

Fundamental (6 a 14 anos) e o Ensino Médio (15 a 17 anos); e a Educação Superior.

A partir do escopo legal da LDB e legislações decorrentes, o SUS pode “ordenar” a formação de recursos humanos, utilizando as amplas oportunidades que possibilitam a oferta de cursos técnicos de nível médio e os cursos de FIC, desenvolvidos por meio de cursos e programas, que incluem a capacitação, o aperfeiçoamento, a especialização e atualização para todos os níveis de escolaridade, sem exigência de aprovação pelo respectivo Conselho de Educação, salvo quando estão inseridos em itinerários formativos, com vistas ao aproveitamento de estudos posteriores.

Segundo o Decreto nº 8.268/2014, são:

“itinerários formativos ou trajetórias de formação, as unidades curriculares dos cursos e programas de educação profissional, em uma determinada área, que possibilitem o aproveitamento contínuo e articulado dos estudos” (BRASIL: 2014).

É importante frisar que a adoção dos itinerários formativos na Educação Profissional Técnica de Nível Médio é um importante fator da “ordenação da formação de recursos humanos para o SUS”, particularmente quando a oferta está dirigida aos trabalhadores empregados, que não têm idade prevista para a educação básica ou disponibilidade de horário e recursos financeiros para frequentar uma escola regular.

A organização curricular, nesse caso, pode ser realizada por etapas, com certificações parciais de auxiliar e técnico, chegando até a especialização técnica de nível médio, todas necessárias para a organização do processo de trabalho na área da saúde.

## POLÍTICAS E PROGRAMAS QUE ALCANÇARAM A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL TÉCNICA DE NÍVEL MÉDIO

### Projeto Larga Escala (PLE)

A Educação Profissional em Saúde começa a se desenhar no Brasil antes mesmo da criação do SUS, notadamente a partir de 1980, quando a Comissão Interministerial composta pelas pastas do Ministério da Saúde (MS), Previdência e Assistência Social (MPAS) e Educação (MEC), em conjunto com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), identificava, a partir de um estudo sobre a força de trabalho em saúde, a existência de 300 mil trabalhadores empregados sem a qualificação necessária às funções que exerciam. Foram selecionadas cinco unidades federadas para implantar o Projeto Larga Escala (PLE): Minas Gerais, Rondônia, Rio Grande do Norte, Piauí e Alagoas.

Em 1985, os secretários-gerais do MPAS aprovaram o PLE como estratégia prioritária na preparação de recursos humanos no âmbito das Ações Integradas de Saúde (AIS), incorporando o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) ao sistema de formação por meio das suas seis escolas de auxiliares de enfermagem localizadas em hospitais próprios nos estados de São Paulo, Pernambuco, Maranhão, Bahia, Goiás e Rio de Janeiro.

Com a proposta de formação “em larga escala” de pessoal para atuar nos serviços de saúde que se estruturavam no país, o PLE constituiu uma primeira iniciativa que refletia a preocupação com a formação de pessoal técnico de nível médio para o sistema de saúde que nascia. Nas décadas seguintes, outros estados foram aderindo a essa proposta de educação de adultos em serviço.

Na década de 1980, as ações desenvolvidas no âmbito do Acordo Interministerial entre MS, MEC,

MPAS e a OPAS trouxeram grandes contribuições à educação profissional técnica de nível médio, dentre as quais:

- Concepção político-filosófica de escola técnica de nível médio em saúde;
- Concepção e elaboração dos currículos integrados na área de Enfermagem (enfermagem hospitalar e enfermagem em saúde pública), Farmácia (hospitalar e comercial) e Saúde bucal, todos elaborados na perspectiva de um itinerário formativo, considerando a formação paulatina no trabalho, sem afastar os profissionais em formação de suas atividades rotineiras;
- Concepção e elaboração da capacitação pedagógica para a preparação de instrutores/supervisores - profissionais dos serviços que assumiam as funções da docência, além da assistência;
- Criação legal, no âmbito da saúde, e aprovação na área da educação, de 26 Escolas Técnicas do SUS/Centros Formadores;
- Certificação com validade nacional de, aproximadamente, 100 mil atendentes para auxiliares de enfermagem nos cursos oferecidos nas ETSUS/Centros Formadores;
- Criação de um mercado educativo, até então dominado pelo setor privado;
- Inclusão educativa de pessoas empregadas sem a qualificação específica e excluídas do processo de educação profissional.

O PLE desencadeou concepções educacionais e ações que, até hoje, sustentam a formação de pessoal de nível médio em saúde.

## PROJETO DE PROFISSIONALIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DA ÁREA DA ENFERMAGEM (PROFAE)

Dentre as iniciativas de formação de pessoal de nível médio, na década de 1990, o MS assinou acordo com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) para a profissionalização dos 300 mil atendentes de enfermagem empregados no setor de saúde. Nascia, assim, o Projeto de Profissionalização dos Auxiliares de Enfermagem, conhecido como PROFAE. Para a sua concretude, foram desenvolvidas ações que viabilizassem:

- Cadastramento Nacional de 461.381 pessoas (demanda reprimida);
- Engenharias organizacional e operacional descentralizadas para o projeto;
- Curso de Especialização em Educação Profissional para 13.161 enfermeiros (dos 15 mil inscritos), envolvendo 45 universidades públicas sob a coordenação da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ);
- Conclusão da escolaridade geral, nas escolas do sistema de ensino, por meio dos cursos de Educação de Jovens e Adultos (EJA) de 12 trabalhadores cadastrados;
- Concepção e elaboração da base técnico-metodológica para a avaliação de competências no processo de trabalho;
- Criação de 17 estações de trabalho Observatório de Recursos Humanos, sendo duas de nível médio localizadas na Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) e ETSUS da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES);
- Criação/recriação de onze ETSUS nas Unidades Federadas que ainda não as possuíam, particularmente a Região Norte

(não havia nenhuma escola pública apta a ofertar os cursos na região);

- Elaboração de uma coletânea de nove livros-texto para cada estudante do PROFAE;
- Implantação de projetos de pesquisa em 37 ETSUS sob coordenação e orientação da Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV);
- Certificação de 218.244 atendentes para Auxiliares de Enfermagem (carga horária: 1.110h);
- Diplomação de 90.569 auxiliares de enfermagem certificados para atuar como Técnicos de Enfermagem (carga horária: 800 horas);
- Execução descentralizada dos cursos profissionalizantes, abrangendo 5.057 municípios;
- Oferta de auxílio-estudante para 289.819 trabalhadores/estudantes;
- Construção/reforma de quatorze ETSUS, com a colaboração do Programa de Expansão da Educação Profissional (PROEP/MEC).

Assim, após reconhecer as bases legais e as concepções pedagógicas originadas do PLE, o PROFAE avançou e o projeto alcançou resultados expressivos para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Saúde, como demonstrado anteriormente.

## PROGRAMA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO PARA A SAÚDE (PROFAPS)

A partir do ano 2000, foi iniciado o estudo para ampliar a formação Técnica de Nível Médio em Saúde, entendendo que era necessário expandir o escopo da formação para além da área da enfermagem. Qualificar a atenção significa, também, preparar profissionais de outras áreas. Foi implantado, então, o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS). As suas ações mais expressivas foram:

- Ampliação da oferta para a formação de Técnicos de Nível Médio em radiologia, citopatologia, hemoterapia, manutenção de equipamentos, saúde bucal, vigilância em saúde, registros de saúde. Para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), foram ofertadas as primeiras 400 horas de formação no itinerário formativo, de modo a completar o curso técnico de nível médio;
- Oferta de especialização pedagógica aos profissionais/docentes dessas categorias profissionais;
- Oferta de 60 vagas para Mestrado Profissional aos profissionais de Recursos Humanos das Secretarias Estaduais de Saúde e professores das ETSUS;
- Elaboração de livros-texto para os estudantes das novas áreas ofertadas.

Este programa abriu horizontes para a formação de outras categorias profissionais de nível médio, que atuam nos diferentes espaços e instâncias do processo de trabalho em saúde.

## POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (PNEPS)

No ano de 2004, aconteceu a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), inclusive com destinação de recursos financeiros para a formação técnica de nível médio. Foram, portanto, quatro iniciativas do poder público que contribuíram para ordenar a formação de recursos humanos para o SUS.

De forma mais sistemática e institucionalizada, os conceitos e os princípios da educação permanente apareceram no Brasil a partir de uma publicação denominada Processo Educativo no Serviço de Saúde (Série Desenvolvimento de Recursos Humanos n.1), da Organização Pan-Americana da Saúde (Representação do Brasil).

“Educação permanente” é um conceito pedagógico utilizado pelo setor da saúde e que, quanto à sua trilha pedagógica, deve-se considerar o seguinte:

- É educação voltada para adultos, a partir da produção dos serviços de saúde;
- O processo de trabalho em saúde;
- A aprendizagem significativa, na concepção de David Ausubel (RONCA, 1994), como relevante, quando relaciona de modo substantivo, com aquilo que o indivíduo já sabe;
- as necessidades dos trabalhadores de saúde e da população;
- as metodologias ativas, por meios das quais o estudante/trabalhador tem voz;
- a ligação entre a educação e o trabalho;
- a articulação entre conhecimento científico, conhecimento teórico e o conhecimento na ação;

- o contexto institucional e a ressignificação da prática.

Dessa forma, a Educação Permanente em Saúde deve ser pensada, desenhada, desenvolvida e operada a partir da análise estratégica dos serviços de saúde. O conhecimento descontextualizado, “neutro” e linear dificilmente se transfere às situações vivenciadas nos serviços de saúde. No entanto, com a implantação da PNEPS, por meio da Portaria nº 198, de 12 de fevereiro de 2004, as pessoas que não compreenderam o seu real sentido passaram a tratar a política como um fim em si mesma, substituindo, deixando-a relegada à educação regulada pelo sistema de ensino. Educação permanente é complementar e não substitui o que está posto pelas normas do sistema educacional. Por isso, é importante ressaltar o papel estratégico das ETSUS/Centros Formadores de nível médio na estruturação e realização desses projetos e programas, como na PNEPS, no decorrer das quatro últimas décadas (BRASIL, 2004).

A Educação Profissional Técnica de Nível Médio e a Educação Permanente, a partir do processo de trabalho, viabilizaram espaços e ofertas contínuas na estrutura do SUS, numa concepção de escola pública do mundo do trabalho, que vai até o estudante/trabalhador, estendendo essa formação até os municípios.

### **PROGRAMA SAÚDE COM AGENTE (PROFAGS)**

Em 29 de março de 2021, o gabinete do Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 569, alterando a Portaria nº 3.241, de 7 de dezembro de 2020, que instituiu o Programa Saúde com Agente, destinado à formação técnica de nível médio dos agentes comunitários de saúde (ACS) e dos agentes de combate a endemias (ACE) (BRASIL, 2021a).

Os ACS e os ACE são trabalhadores exclusivos do SUS, como educadores em saúde, têm como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde com base nos referenciais da educação popular em saúde. Esse exercício se dá mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, que são desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS que normatizam a saúde preventiva e a atenção básica em saúde, com o objetivo de ampliar o acesso da comunidade assistida às ações e aos serviços de informação, saúde, promoção social e proteção da cidadania.

Eles se encontram em quase todos os municípios brasileiros. Dentre as 5.570 cidades existentes, os ACS estão em 5.507. Atualmente, são 270.878 mil profissionais, com a cobertura estimada de 64,46% da população (BRASIL, 2021b), o que indica um recurso valioso e virtuoso para o trabalho de redes integradas nos processos de cuidar da saúde, imprimindo, nos territórios onde atuam, a cultura de paz e não violência para a construção de ambientes verdes e saudáveis por meio de tecnologias de informação, educação e comunicação, respeitando os sinais e símbolos próprios da cultura local. Por sua vez, os ACE surgiram no século XIX, quando exerciam atividades de inspeções sanitárias nos portos. Atualmente, as suas funções são prevenção e controle de doenças, além da vigilância ao meio ambiente, em conformidade com as diretrizes do SUS e sob a supervisão do gestor municipal.

Muitos debates foram desencadeados pelo lançamento do Termo de Referência Pessoa Jurídica (TRPJ Nº 020/2021), publicado pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), cujo objeto é a contratação de entidade educacional para a prestação de serviços educacionais em um sistema híbrido de ensino, com o desenvolvimento de atividades presenciais e a distância, em consonância com o instrumento de

Convênio Nº 907673/2020, firmado entre o CONASEMS e o Ministério da Saúde, no âmbito do programa Saúde com Agente (BRASIL, 2020a).

Na ocasião, o CNS convocou uma reunião ampliada da CIRHRT, realizada no dia 8 de junho de 2021, para a discussão do referido Termo e elaboração de parecer técnico para subsidiar a tomada de decisão do Conselho.

Participaram do debate o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), o Departamento de Educação em Saúde (DEGES) e a Coordenação Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde (CGATES), com apresentação da proposta por Adriana Fortaleza. O CONASEMS, por meio da sua vice-presidente Cristiane Pantaleão, a Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (CONACS) representada por João Bosco, um dos diretores da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) representada por Mariana L. Nogueira coordenadora do curso de Educação Profissional habilitação em Técnico Agente Comunitário de Saúde, o Grupo de Trabalho Educação Profissional Técnica em Saúde de Nível Médio da CIRHRT/CNS, convidados da Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS) e demais interessados no tema.

Os tópicos que mereceram maior atenção estavam centrados nos aspectos político-conceituais, destacando o direito destes trabalhadores a uma formação técnica de nível médio de acordo com a realidade, cujos conteúdos técnico-científicos deveriam respeitar a diversidade regional e local e que a matriz curricular apresentada era “fechada” e não deixava espaço para inserir a discussão. O curso a ser desenvolvido em dez meses é outro fator limitante. Quanto às atividades a serem realizadas nas UBS, ficou evidente a supressão do momento de discussão teórica e teórico-prática, o que

desfigura o direito à educação, negando aos agentes o acesso às bases técnico científicas, substituídas pelo trabalho que já realizam no território.

Além disso, a proposta aponta superficialmente a promoção da saúde, enquanto a educação em saúde é tratada como prevenção a doenças. O programa sinaliza um foco bastante biomédico, interessado somente no combate às endemias, o que desconfigura o papel histórico desses agentes, além de não mencionar o lugar pedagógico do educador/professor.

Essa proposta foi formulada sem que houvesse um amplo debate com as instituições de ensino, pesquisa e assistência à saúde com uma trajetória histórica na formação dos trabalhadores. Por essa razão, suscitou tantos debates, questionamentos e dissensos quanto às suas inconsistências e contradições. Faz-se necessário aprofundar essas questões de forma que sejam agregadas contribuições que fortaleçam a formação dos trabalhadores agentes de saúde.

Assim, por meio de recomendação, o CNS indicou a revogação da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017):

“justamente porque existe um apagamento da referência territorial do trabalho da AP, segmenta o cuidado, reconfigura as Equipes, tem uma ênfase nas ações curativas que vão ao encontro dos interesses do complexo farmacêutico médico industrial, que inclusive tem tensionado o enfrentamento da pandemia, o que vem sendo constatado pela Comissão Parlamentar de Inquérito do Senado” (BRASIL, 2021c, p.11)

Ainda segundo a Recomendação do CNS, o Programa Previne Brasil traz:

“novo modelo de financiamento do custeio da APS no âmbito do SUS, captação ponderada, que inclui a condicionalidade do financiamento ao número de pessoas cadastradas por equipe, e não para a população residente no território. Limitar o financiamento às pessoas cadastradas restringe ainda mais a ação do SUS, prejudica a ação comunitária, o planejamento territorial e a vigilância em saúde, ações que valem para a população como um todo e vão muito além de pessoas cadastradas. O CNS se pronunciou, recomendando ao Ministério da Saúde a revogação da referida portaria por meio da Recomendação no 003, de 24 de janeiro de 2020”. A previsão de perda de recursos já verificada para alguns municípios, pode comprometer a sustentabilidade de ações territoriais e coletivas na APS. Para alguns o financiamento anterior era a única transferência governamental em saúde, com base populacional existente, e que podia ser aplicada com alguma autonomia. Mais uma vez, o CNS e demais entidades de ciência, ensino e pesquisa não foram ouvidos e o Programa Previne Brasil já está instituído. Importante entender isso para observar que existe um conjunto de políticas governamentais que tensionam o SUS para realizar um modelo de atenção cada vez mais focalizado, com uma Atenção Primária à saúde seletiva, menos comunitária e desfinanciada. Além disso existem várias legislações ao longo dos últimos anos que apontam para um fortalecimento das empresas ou da iniciativa privada por dentro do SUS, recebendo recursos públicos e assumindo fun-

ções que deveriam ser das entidades públicas” (BRASIL, 2020b, p.11)

Os aspectos pedagógicos da proposta são os que mais podem interferir na qualidade da formação técnica de nível médio desses estudantes/trabalhadores. Ao verificar a proposta pedagógica do Programa Saúde com Agente, constata-se que a formação se dará majoritariamente a distância. É uma formação claramente aligeirada, e que não contempla os princípios da educação popular em saúde. A realidade pandêmica, de aumento da insegurança alimentar e da miséria de milhões de brasileiros, traz consequências graves para a saúde da população trabalhadora e, portanto, exige que aos trabalhadores agentes seja oferecida uma formação de qualidade, igualmente, para os trabalhadores técnicos em saúde de nível médio, que seja subsidiada por uma compreensão da determinação social do processo saúde e doença. E esta formação não é apresentada pelo programa.

Ainda é necessário considerar que muitos trabalhadores encontram dificuldade de acesso ao computador e à internet, e há pouca estrutura de suporte para o ensino a distância em diversas regiões do país. Além da dificuldade de acesso de diversos usuários, os cursos a distância demandam uma conexão de banda larga, o que limita muito o acesso e a participação desses cursos. Embora se divulgue que a internet é de acesso quase pleno, vale a pena destacar que, segundo dados oficiais, um em cada quatro brasileiros não tem acesso à internet de banda larga (TOKARNIA, 2020). Grande parte dos usuários usam as redes móveis dos telefones celulares, que não oferecem largura de banda desejável para o tráfego de dados para uso das plataformas virtuais. Por todos estes motivos, a formação técnica dos ACS e ACEs deve ser

100% presencial, em consonância com o Catálogo Nacional de Cursos Técnicos (CNCT - 2020).

A SGTES/CGATES alega que os cursos oferecidos pelas ETSUS saem muito caros. Seria importante apresentar as planilhas da contratada e a previsão dos recursos para as ETSUS para se ter um comparativo dessa afirmação.

O Programa contraria a PNEPS, cujas diretrizes instituídas pela Portaria nº 1.996/2007, preveem que:

“As instituições executoras dos processos de formação dos profissionais técnicos de nível médio no âmbito do SUS deverão ser preferencialmente às Escolas Técnicas do SUS/Centros Formadores, as Escolas de Saúde Pública (vinculadas à gestão estadual ou municipal) e as Escolas de Formação Técnica públicas” (BRASIL, 2007).

## ASPECTOS SOBRE O FINANCIAMENTO

Os recursos para a oferta da Formação Inicial e Continuada e da Formação Técnica de Nível Médio foram tradicionalmente assegurados pelo MS e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Para este nível de ensino, o MS deixou de financiar as atividades formais de educação desde 2016, embora tenha uma coordenação específica para assuntos referentes à Educação Profissional Técnica de Nível Médio.

O cenário aponta que a Emenda Constitucional 95 trouxe modificação dos critérios de destinação das verbas para a saúde e para a educação, alterando os mínimos constitucionais (EC- Teto dos gastos públicos ou EC da Morte). Neste caso, o prejuízo ao SUS atingiu mais de R\$ 20 bilhões. O congelamento dos “investimentos sociais” da União afeta políticas estaduais e municipais, reduzindo-as em

função do financiamento conjunto de várias políticas.

## CONCLUSÃO

É importante pontuar que entre os anos de 2003 e 2004, primeiros anos de existência da SGTES, as Escolas Técnicas do SUS/Centros Formadores participaram do debate sobre conteúdo, modalidade de ensino, itinerário formativo e equipamentos necessários, entre outras questões centrais para a formação técnica dos ACS e ACE. Este mesmo processo não foi realizado para a elaboração e proposição do Programa Saúde com Agente, para o qual não houve a construção coletiva junto às escolas que possuem expertise historicamente na formação de trabalhadores técnicos em Saúde, as ETSUS.

Em síntese, as críticas em relação ao programa apontam que ele: contraria a legislação brasileira consolidada e a Constituição, em seu artigo 200, quando exclui as Escolas Técnicas do SUS da possibilidade de participar da oferta deste curso; contraria a Política Nacional de Educação Permanente que, por meio da Portaria 1996/2007, diz que as instituições executoras dos processos de formação técnica de nível médio devem ser, preferencialmente, as ETSUS, pois a escola é do SUS, a necessidade é do SUS, o serviço é do SUS, o preceptor é do SUS e o estudante/trabalhador também é do SUS.

O PROFAGS contraria, ainda, o Guia Curricular Atualizado do Curso Técnico de ACS ao desconsiderar as 400 horas de formação e que se deve reconhecer os conhecimentos e experiências anteriores relacionadas ao perfil profissional. Além disso, o programa está em desconformidade com as leis nº 11.350/2006 e nº 13.595/2016, que atualiza a primeira, ao propor uma educação a distân-

cia (EaD); não respeita as diretrizes preconizadas para o curso técnico no item referente à estrutura mínima necessária (salas de aula, acesso a livros, biblioteca, laboratório de informática, etc.); não contempla a integração das áreas da vigilância em saúde, vigilância em saúde do trabalhador e vigilância ambiental, apesar de ter foco na vigilância epidemiológica; não contempla a formação necessária segundo o quadro epidemiológico brasileiro (não há formação para o quadro epidemiológico da pandemia) e, finalmente, a matriz curricular dificulta o processo de ensino-aprendizagem, pois não permite a inclusão dos aspectos loco-regionais.

décadas se percam no vazio, obrigando os gestores do SUS a um eterno recomeçar.

Tendo em vista a necessidade de o CNS seguir demonstrando sua importância histórica, ao analisar criticamente as políticas públicas, uma vez que estas devem responder da melhor forma às necessidades sócio sanitárias dos trabalhadores e usuários do SUS. Portanto, é fundamental que o Ministério da Saúde ao financiar essa formação, assegure as condições necessárias ao seu êxito.

Diante de tantos impasses, e das inconformidades do edital e do termo de referência do Programa Saúde com Agente em relação às legislações citadas, os participantes da Plenária Ampliada da CIRHRT, realizada no dia 8 de junho de 2021, recomenda ao Ministério da Saúde a publicação de um novo edital e termo de referência do Programa Saúde com Agente, revogando o vigente e incluindo as alterações sugeridas pela CIRHRT/CNS.

É importante ressaltar que estudos devem ser realizados no intuito de se instituir uma Política de Educação Profissional Técnica de Nível Médio, indicando que categorias são estratégicas, onde formar os trabalhadores/estudantes e o montante de recursos financeiros necessários. Sem essas respostas, corre-se o risco de que projetos e programas realizados durante essas quatro últimas

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Casa civil, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em 27 de jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: MS, 2007. Disponível em: < [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996\\_20\\_08\\_2007.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html)> Acesso em 27 de jul. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília, DF: MS, 1996. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm). Acesso em: 27 de jul. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 198/GM Em 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF: MS, 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em 27 de jul. de 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 5.154, de 23 de setembro de 2004. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 41 da Lei nº 9.394 /revoga o Dec. 2.208/97. Organização da Educação Profissional. Brasília, DF: Casa civil, 2004. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/decreto/d5154.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5154.htm). Acesso em 27 de jul. de 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto n. 8.268 de 18 de junho de 2014. Altera o Decreto nº 5.154, de 23 de julho de 2004, que regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 41 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Brasília, DF: Casa civil, 2021. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2014/decreto/d8268.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%208.268%2C%20DE%2018,que%20lhe%20confere%20o%20art](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/decreto/d8268.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%208.268%2C%20DE%2018,que%20lhe%20confere%20o%20art) . Acesso em 27 de jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria Nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2017.

Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em 27 de jul. de 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS. Convênio no 907673 que entre si celebram a União, por intermédio do Ministério da Saúde e a(o) Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde/DF, visando fortalecer o Sistema Único de Saúde –SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/01/Termo-do-Convenio-no-907673.pdf> . Acesso em 27 de jul. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde – CNS. Recomendação nº 003, de 24 de janeiro de 2020. Recomenda medidas acerca do uso da modalidade Educação a Distância (EaD) nos cursos de graduação da área da saúde. Brasília, DF: MS, 2020b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/996-recomendac-a-o-n-003-de-24-de-janeiro-de-020#:~:text=DOWNLOAD%20VOLTAR-,RECOMENDAC%3%87%20%83%20N%C2%BA%20003%2C%20DE%2024%20DE%20JANEIRO%20DE%202020,gradua%C3%A7%C3%A3o%20da%20C%20A1rea%20da%20sa%C3%BAde>. Acesso em 27 de jul. de 2021

BRASIL. Ministério da Saude. Portaria GM/MS nº 569, de 29 de março de 2021. Brasília, DF: MS, Gabinete do Ministro, 2021a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-569-de-29-de-marco-de-2021-312897406>. Acesso em 27 de jul. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 569, de 29 de março de 2021. Altera a Portaria GM/MS nº 3.241, de 7 de dezembro de 2020, que institui o Programa Saúde com Agente, destinado à formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Brasília, DF: MS, 2021b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-569-de-29-de-marco-de-2021-312897406>. Acesso em 27 de jul. de 2021.

RONCA, Antônio Carlos Caruso. Teorias de ensino: a contribuição de David Ausubel. Temas em Psicologia. v.2 n.3, Ribeirão Preto, dez. 1994, pp. 91-95. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X1994000300009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1994000300009)

TOKARNIA, M. Agência Brasil. Um em cada 4 brasileiros não tem acesso à internet, mostra pesquisa. Brasília, 29 de abril de 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2020-04/um-em-cada-quatro-brasileiros-nao-tem-acesso-internet>. Acesso em 27 de jul. de 2021.



foto: Karina Zambrana / PSF

# CONCEPÇÕES E PROJETOS DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL TÉCNICA DE NÍVEL MÉDIO EM DISPUTA NA FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE

Marise Ramos<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Licenciada em Química. Especialista em Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz). Professora Associada da Faculdade de Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Doutora em Educação (Universidade Federal Fluminense - UFF), com pós-doutorado em Etnossociologia do Conhecimento Profissional (Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro de Portugal – UTAD). Docente do quadro permanente dos Programas de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde da EPSJV/Fiocruz e em Políticas Públicas e Formação Humana da UERJ.

## INTRODUÇÃO

A educação profissional em saúde, a partir do Movimento da Reforma Sanitária, foi construída visando à coerência com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e mediante crítica à sua oferta pelas redes de ensino, sejam privadas ou públicas, face à hegemonia da pedagogia tecnicista no ensino técnico, por elas abrigadas.

Disputas conceituais e política travadas no âmbito da I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, entre a prioridade conferida à formação dos trabalhadores já inseridos nos serviços de saúde e a necessidade, também, de uma política voltada para a formação de novos trabalhadores por meio do ensino técnico de nível médio (à época ainda segundo grau), hoje podem ser superadas em benefício da construção de um projeto unitário de educação dos trabalhadores da saúde, sob o princípio educativo do trabalho e na perspectiva da formação integral desses sujeitos.

O horizonte dessa formação se realizar na perspectiva da politécnia esteve presente nos estudos e debates entre educadores, desde o processo de elaboração de uma nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) iniciado em 1988 e concluído em 1996. Tal intento não teve êxito com a aprovação da Lei n. 9.394/1996, seguida pela exarcação do Decreto n.º 2.208/1997, que retomou a lógica dual de separação entre educação básica e profissional. Revogado pelo Decreto n.º 5.154/2004, a possibilidade de integração de ambas as formações no mesmo currículo, desde que assegurada a formação básica dos estudantes, restaurou o movimento em defesa da educação unitária e politécnica, por meio do que passou a ser designado como Ensino Médio Integrado (FRIGOTTO; CIAVATTA; RAMOS, 2005).

Face a essas mediações históricas, neste texto propomos discutir perspectivas pedagógicas e políticas da Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Saúde (EPTNMS) no Brasil, considerando tanto a experiência da Rede das Escolas Técnica dos SUS (RET-SUS) quanto a da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica (EPCT) que, a partir de 2011, passou a ofertar cursos técnicos de saúde de forma mais sistemática. Entendemos que a discussão de concepções, que têm orientado a atuação dessas redes na educação profissional em saúde, pode nos mostrar possibilidades e dificuldades para a disputa de um projeto comprometido com a educação integral dos trabalhadores da área.

Para lograr tal intuito, iniciamos a exposição, explicando algumas categorias teóricas fundamentais para a educação crítica. Em seguida, apresentamos uma síntese sobre concepções presentes nas respectivas redes que ofertam EPTNMS, identificadas por meio de pesquisa empírica (RAMOS, 2010; RAMOS, 2021). Finalmente, sinalizamos questões da atual reforma do ensino médio e concluimos pela necessidade de mantermos a disputa em vigor.

## CATEGORIAS DA EDUCAÇÃO CRÍTICA: PRÁXIS, TRABALHO E POLITECNIA

Práxis e trabalho são categorias fundamentais do pensamento marxiano e seu conteúdo se complementa na dinâmica social de produção material da existência humana. Na teoria de Marx, o trabalho é a forma que a práxis assume necessariamente na sua origem:

“O trabalho, como formador de valores de uso, como trabalho útil, é uma condição de existência do homem, independente de quaisquer formas de sociedade, é uma necessidade natural eterna que tem a função de mediar o intercâmbio entre o homem e a natureza, isto é, a vida dos homens” (MARX, 1964, apud LUKÁCS, 1981, p. 3).

O trabalho é, então, ponto de partida para todo o conhecimento que o ser humano construiu sobre a natureza na sua relação com ela e com outros seres humanos. Trata-se, como afirma Lukács, de:

“uma vitória do comportamento consciente sobre a mera espontaneidade do instinto biológico o fato de que entre a necessidade e a satisfação imediata seja introduzido o trabalho como elemento mediador” (LUKÁCS, 1981, p. 23).

Essa característica do trabalho, considerado na sua forma ontologicamente originária, qual seja, como órgão do intercâmbio orgânico entre homem e natureza, o constitui como o modelo da práxis social em geral, isto é, de qualquer conduta social ativa.

Também a práxis como síntese concreta de teoria (pensamento) e prática é demonstrada nas teses sobre Feuerbach:

“A questão de saber se cabe ao pensamento humano uma verdade objetiva não é uma questão teórica, mas prática. É na práxis que o homem deve demonstrar a verdade, isto é, a realidade e o poder, o caráter terreno de seu pensamento. A disputa sobre a realidade ou não-realidade do pensamento isolado da práxis – é uma questão puramente escolástica” (MARX, 1991, p. 12).

Leandro Konder vincula o conceito de práxis em Marx ao poder material do ser humano de intervir no mundo, e que, por isto, consiste de uma atividade questionadora e inovadora, crítico-prática:

“A práxis é a atividade concreta pela qual os sujeitos humanos se afirmam no mundo, modificando a realidade objetiva e, para poderem alterá-la, transformando-se a si mesmos. É a ação que, para se aprofundar de maneira mais consequente, precisa de reflexão, de autoquestionamento, da teoria; e é a teoria que remete à ação, que enfrenta o desafio de verificar seus acertos e desacertos, cotejando-os com a prática” (KONDER, 1992, p. 115).

Sob esse mesmo pressuposto, Sánchez Vázquez (2007) discute a práxis como unidade teoria-prática, questão essa que, segundo ele, só pode ser corretamente formulada se compreendemos a prática como atividade objetiva e transformadora da realidade natural e social, a qual implica certo grau de conhecimento da realidade que busca transfor-

mar e das necessidades que movem tal transformação.

A prática não fala por si mesma, e sua condição de fundamento da teoria, ou de critério de sua verdade, não se verifica de modo direto e imediato. Devemos rechaçar essa concepção empirista da prática, já que não se pode utilizá-la como critério de verdade sem uma relação teórica com a própria atividade prática. Isto quer dizer que não se pode colocar a teoria a reboque da prática, ou simplesmente tê-la com a finalidade de confirmar a prática.

Assim, 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 acumulada, 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 a 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 a 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 a sua realização (SÁNCHEZ VÁZQUEZ, 2007).

## POLITECNIA E TRABALHO COMO PRINCÍPIO EDUCATIVO

O conceito de politecnia está associado à concepção de formação omnilateral do ser humano; portanto, à formação plena, integral do trabalhador, que desenvolva todas as potencialidades do ser para satisfazer as suas necessidades materiais e espirituais e, assim, transitar dialeticamente entre a necessidade e a liberdade. Trata-se, portanto, da formação de um ser que é, ao mesmo tempo, produtivo e criativo, o qual, como espécie que se produz e se reproduz socialmente, seja autodeterminado por sua capacidade de criação, ao contrário de ser sobredeterminado por relações de exploração (GRAMSCI, 1991).

Como a formação humana não se dá abstratamente, mas em relações sociais concretas produzidas historicamente, a formação omnilateral, cujo horizonte é a emancipação humana, implica a apreensão das determinações históricas da realidade em que se vive, ou seja, das relações que constroem e configuram o processo histórico de produção da existência, mediado pela própria ação humana, ao que chamamos de trabalho.

O trabalho, então, na dimensão tanto ontológica – capacidade do ser de ter a consciência de suas necessidades, projetar formas de satisfazê-las e agir para tal – quanto histórica, nas formas específicas que ele adquire sob determinadas relações sociais de produção; é a mediação fundamental que determina a produção social da existência humana. Por isto, compreender e transformar a vida humana exige apreender o trabalho em suas contradições, inclusive aquelas que opõem sua dimensão ontocriativa às relações históricas que configuram o trabalho alienado no modo de produção capitalista, quais sejam, a propriedade privada, a divisão social do trabalho e o intercâmbio baseado na mercadoria (MÉSZÁROS, 2006).

É isto que se quer dizer quando nos referimos ao princípio educativo do trabalho. Não é porque “trabalhando se aprende”, ou porque é preciso “formar para o exercício do trabalho”, entre outras ideias que se desdobram, equivocadamente, da primeira. O trabalho é princípio educativo porque expressa a natureza produtiva e criativa do ser. Compreendê-lo significa compreender que a realidade e a vida humana são determinadas pelo próprio ser humano, mas que, sob as relações sociais de produção, configuradas pela propriedade privada, pela mercadoria e pela divisão social do trabalho, a força produtiva e criativa do trabalho pode ser apropriada para a 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 tem o trabalho como princípio educativo nesse sentido, e busca proporcionar ao trabalhador a compreensão dos fundamentos científicos, tecnológicos, sócio-históricos e culturais da produção da existência humana. É uma educação que visa à formação omnilateral do ser.

## RELAÇÃO ENTRE POLITECNIA E OS PRINCÍPIOS DO SUS

Encontra-se a convergência entre os princípios do SUS e a politecnia em alguns aspectos. Primeiro, porque a atenção à saúde, a assistência e o cuidado são processos que visam assegurar a produção e a reprodução da vida humana. Sendo assim, o trabalho em saúde guardaria a 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 mesmo tempo, 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.

Além disso, não sendo a saúde somente ausência de doença, mas a plena existência com qualidade de vida, todas as dimensões da realidade social são determinantes de tais condições. Portanto, uma educação integral em saúde implicaria proporcionar aos sujeitos a compreensão dos fundamentos científico-tecnológicos, sócio-históricos e culturais que levam à desigualdade dos sujeitos diante das suas condições de vida e dos direitos humanos. Por isso, necessariamente, seria uma educação não restrita ao processo de trabalho em saúde, mas, ao contrário, alargada à produção da vida que se dá no âmbito da realidade assim determinada.

Por essa razão, a Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Saúde, na perspectiva integral e politécnica, não ficaria restrita aos serviços, mas iria ao SUS para além dele, visando compreender a produção da saúde na relação com condições objetivas e subjetivas de manutenção da vida humana, determinadas economicamente e por questões físico-ambientais, históricas e culturais, entre outras. A educação politécnica em saúde é uma educação integral e integrada, que visa à plena formação humana e incorpora, no processo formativo, as dimensões fundamentais da atuação do ser, quais sejam, o trabalho, a ciência e a cultura. Seu campo de referência é a totalidade do real e da práxis social, na qual a saúde e a organização dos serviços é uma mediação. Por ser mediação, porém, encontra-se em relação dinâmica e contraditória com a lógica do modo de produção capitalista. Neste sentido, a unicidade do SUS é, também, convergente com a concepção de politécnica

ao expressar a síntese contraditória do diverso; ou seja, como fenômeno em si – uma particularidade – mas que carrega as dimensões da totalidade.

A educação politécnica pode ser uma mediação importante do direito à saúde e, também, da produção social da vida em condições de igualdade e qualidade. Ao contrário, 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, atuam no impedimento da realização desse projeto.

### CONCEPÇÕES PEDAGÓGICAS PARA A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NA RET-SUS NA REDE EPCT

O movimento de construção das referências da formação dos trabalhadores técnicos de nível médio em saúde pelas ETSUS se deu mediante a crítica à educação tecnicista, reprodutivista e elitista que hegemoniza o pensamento educacional burguês e que, historicamente, deu direção à política educacional brasileira. A escola estritamente profissionalizante, em especial para trabalhadores com escolaridade básica incompleta, corroborou o princípio da dualidade educacional brasileira de destinar a educação básica de qualidade para a elite e a escola técnica para os trabalhadores.

As ETSUS cresceram buscando enfrentar essa contradição, à medida que se propuseram a proporcionar aos trabalhadores o conhecimento sobre a sua prática de trabalho, e a vinculá-la aos princípios do SUS, que se pautam no conceito ampliado de saúde e expressam um projeto social coerente com a formação crítica desses trabalhadores. O projeto político-pedagógico dessas instituições se caracteriza por uma concepção crítica da educação e da sociedade, fortemente influenciada pelo pensamento de Paulo Freire.

Ao mesmo tempo, a prática pedagógica carrega certa influência da Pedagogia Nova (DEWEY, 1958; DEWEY, 1989), cujos princípios podem ser assim resumidos: a) a finalidade da educação é o aprimoramento da prática, sendo este o sentido do trabalho como princípio pedagógico; b) as metodologias de ensino se centram na problematização da prática como sinônimo da experiência cotidiana; c) a atividade do estudante é a referência do processo de ensino-aprendizagem; d) a relação teoria-prática se caracteriza pela ênfase na prática, por vezes subsumindo a teoria; e) os conteúdos são selecionados a partir dos desempenhos esperados na prática, e sua finalidade é a estruturação desses desempenhos, que passam a ser designados como competências; e f) as mudanças dos desempenhos são o foco das avaliações (RAMOS, 2010).

Ao buscar compreender as contribuições das instituições da Rede EPCT para a educação profissional em saúde, encontramos algumas importantes convergências com as concepções da RET-SUS. Primeiramente, há também nessas a convivência, quando não a disputa, de teorias não críticas com as críticas, tendo relevância nesse campo o pensamento de Paulo Freire. O que identificamos em Ramos (2010), de que o núcleo estável da educação profissional em saúde nas ETSUS é a integração ensino-serviço, reitera-se nessa outra rede, pois esta é a estratégia metodológica orientadora da práxis pedagógica por excelência.

Nessas instituições, a experiência da educação profissional integrada ao ensino médio não é suficiente para a superação das influências da Pedagogia Nova, que as aproxima das Escolas Técnicas antes estudadas. Por essa razão, ainda é pertinente mantermos vivo o debate, como a relação entre educação politécnica e os princípios do SUS. Isto, especialmente, porque há a explicitação da defesa de concepções pedagógicas críti-

cas, que se manifesta principalmente em afiliações à Pedagogia Libertadora de Paulo Freire. Porém, a influência da Pedagogia Nova reitera a contradição entre pedagogia e política na educação profissional em saúde, realizada em ambas as redes. Quando se identificam movimentos de integração no currículo, este parece assumir uma importância em si mesmo, indicando ser necessária a ampliação da formação humana integral. De fato, o sentido da integração que mais tende a se manifestar é pedagógico, coerente com as diversas estratégias metodológicas interdisciplinares, abrigadas largamente pelo princípio da integração ensino-serviço. De fato, há integração de componentes curriculares, de atividades práticas, projetos e ações de extensão, em geral vinculados à saúde da população e ao próprio SUS. O maior desafio se mantém na compreensão e desenvolvimento do currículo integrado como mediação entre a particularidade da formação profissional e a totalidade da práxis social.

Quanto ao conceito do trabalho em saúde na ET-NMS, este se manifesta mais como prática operativa nos serviços de saúde, com o mérito de se reconhecê-lo como necessário à melhoria dos serviços de saúde. É preciso incorporar o sentido do trabalho na formação como mediação fundamental da formação humana – a sua dimensão ontocriativa – bem como o reconhecimento da sua forma alienada como fenômeno estrutural ao modo de produção capitalista.

Nesses termos, o trabalho como princípio educativo, manifesta-se na educação profissional de nível médio em saúde, 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.

## DISPUTAS NA POLÍTICA DA EDUCAÇÃO DE TRABALHADORES NO BRASIL DE HOJE

A educação de trabalhadores de nível médio atualmente é regida pela Lei nº 13.415/2017, que conferiu à educação profissional técnica de nível médio a condição de itinerário formativo – o chamado quinto itinerário, ao lado dos outros quatro correspondentes aos das Ciências da Natureza, Ciências Humanas, Matemática e Linguagens – a ser desenvolvido nas 600 horas da parte diversificada do ensino médio. As demais 1800 horas devem atender à Base Nacional Comum Curricular.

A Resolução CNE/CP nº 1, de 5 de janeiro de 2021, definiu novas Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais para a Educação Profissional Técnica e Tecnológica. Esta legislação expressa uma reação conservadora às conquistas realizadas no campo da educação a partir dos anos de 2003 e 2004, quando se construiu a revogação do Decreto nº 2.208/1997 e se exarou o Decreto nº 5.154/2004, possibilitando, assim, a integração da educação profissional com a educação básica.

Essas ações foram orientadas pelo princípio de que a formação profissional de estudantes implica construir possibilidades do exercício profissional e da produção da existência por meio de seu trabalho, de maneira indissociada da formação geral. O projeto fundamental que se vislumbra é levar a classe trabalhadora à apreensão da realidade nas suas dimensões científicas, estéticas, filosóficas, sociais e históricas. Tem-se, assim, a busca pela educação unitária e politécnica, sendo o ensino médio o seu momento ímpar, privilegiado por excelência, face ao que este significa na vida de sujeitos adolescentes, jovens e adultos.

Conseguimos organizar um conjunto jurídico e regulatório a partir de 2003, que se relaciona ao fortalecimento da educação profissional pública de

nível médio e da sua integração à educação básica. Essa construção corresponde a um passo extremamente importante no sentido da conquista da educação de qualidade para a classe trabalhadora. Estávamos, assim, construindo um processo em oposição ao conservadorismo anterior, que se manifestou na contrarreforma que separou educação profissional e básica. Esta instituía o currículo baseado em competências voltadas para a empregabilidade. Hoje, as competências visam ao empreendedurismo, o que tem se mostrado como processos de auto exploração dos trabalhadores.

Com a nova lei, a EPTNM tende a adquirir um caráter não escolar, dado que esta pode se realizar em instituições diversas, mediante parcerias. Seus professores podem prescindir da formação científica e pedagógica, com base no preceito do “notório saber”; e as “competências” podem ser desenvolvidas e validadas por outras experiências não necessariamente escolares. Há uma indução para que se diminua, também, a carga horária da educação profissional para 600 horas, contrapostas à regulamentação de 800, 1000 e 1200 horas.

Retomam-se, assim, dispositivos de dualidade e fragmentação que vivenciamos em reformas anteriores. A divisão em itinerários formativos nos remete à reforma Capanema (Decreto-lei nº 4.244/1942), quando o segundo ciclo do ensino secundário ficou dividido em cursos clássico e científico, cada qual preterindo conhecimentos que seriam próprios do outro. A relação com os itinerários da lei atual é clara, pois a partir de 1800 horas, os estudantes passam a ter uma das áreas de conhecimento privilegiada na sua formação, ou nenhuma das áreas de conhecimento e, sim, a habilitação técnica de nível médio. Portanto, rompe-se com o princípio da unidade da educação básica, reduzindo-se o acesso a conhecimentos que não correspondam ao itinerário cursado. Há, ainda, uma antecipação da especialização e o cerceamento dos

estudantes quanto ao conjunto dos conhecimentos legitimados, socialmente, como necessários à formação básica e integral dos sujeitos.

A transformação da educação profissional em um dos itinerários retoma aspectos da Lei nº 5.692/1971 quanto à substituição da carga horária do currículo pela formação específica<sup>8</sup>. Essa lei instituiu a profissionalização compulsória a ser destinada tanto aos filhos da classe trabalhadora quanto aos das elites. Estas, porém, não aceitaram que seus filhos tivessem a formação geral preterida em nome da formação profissional. O projeto acabou sendo destinado efetivamente a estudantes da classe trabalhadora, como caminho alternativo ao prosseguimento de estudos. Os conteúdos de formação geral dos currículos dos cursos técnicos de segundo grau – atual ensino médio – tinham a função essencialmente instrumental para a formação específica. Essa lógica é retomada agora pela Lei nº 13.415/2017, pois, ao se destinar parte da carga horária formativa à educação profissional, separadamente do conjunto do currículo, seus estudos serão substitutivos aos conhecimentos da educação geral.

O que vemos ainda, por meio da recuperação histórica, na relação com o momento atual é a reforma do ensino médio e da educação profissional empreendida pelo governo de Fernando Henrique Cardoso, que promoveu a separação entre ambas as formações. Ainda que, na reforma atual, o itinerário da educação profissional técnica não seja separado formalmente do currículo do ensino médio, pedagogicamente isso tende a ocorrer, pois se trata do itinerário, por excelência, a ser realizado

---

8 Pela Lei nº 13.415/2017, essa carga horária corresponde a 25% da carga horária que deveria ser de formação geral. No caso da Lei n. 5.692/1971, essa substituição podia chegar a 50%. Porém, pelo menos na rede federal, os currículos tinham, em média, uma carga horária de 4000 horas. A substituição da carga horária de formação geral era, assim, compensada por uma carga horária global maior.

em parceria com outras instituições, sejam elas escolares ou não, tal como já sinalizamos.

A condição de itinerário conferido à educação profissional, associada ao seu cumprimento em instituições não escolares, ao aproveitamento de competências e a não obrigatoriedade de formação docente apropriada, separa a educação profissional técnica da educação básica, realizando o intento do Decreto nº 2.208/1997. Isto é feito de forma ainda mais grave, pois se, sob a égide desse decreto, a carga horária destinada à educação profissional abrangeria de 800 a 1200 horas, na nova lei, esta pode se limitar a 600 horas<sup>9</sup>.

A política educacional empreendida por força do Decreto nº 2.208/1997 foi uma reação conservadora ao debate que construímos com o projeto de LDB, que visava à educação politécnica, ao ensino médio como etapa da educação básica, superando a lógica dual, fragmentária e pendular que caracterizou historicamente esse momento formativo. Nosso debate sobre a escola unitária e politécnica fazia oposição à Lei nº 5.692/1971 e sua correlata, a Lei nº 7.044/1982, que revogou a profissionalização compulsória. Nos cursos técnicos de segundo grau, por sua vez, os conteúdos da formação profissional substituíam os da educação básica, consolidando-se, assim, uma estrutura dual da educação brasileira.

Hoje, estamos diante da ameaça de voltarmos às origens da educação profissional como aquela destinada aos desvalidos da sorte, sob a lógica da assistência, do afastamento quase eugenista des-

---

9 A lei prevê o aumento da carga horária do ensino médio mediante a implantação do horário integral. Este aumento, porém, deve se destinar exclusivamente aos conteúdos de Língua Portuguesa e Matemática. Ademais, sabemos que o novo regime fiscal instituído pela Emenda Constitucional nº 95 de 2016 impedirá o cumprimento desse propósito. É possível até que alguns sistemas de ensino o implementem em escolas consideradas de excelência, para servir de exemplo ou referência nas avaliações de larga escala. Reforça-se, assim, o caráter ideológico e midiático desta reforma.

ses sujeitos da vida social, dos filhos dos escravos libertos, para colocá-los nas casas de trabalho a fim de serem docilizados e controlados. A história da educação profissional é esse movimento de contradição, e esse movimento se encontra na sociedade, no interior do Estado e das próprias redes educacionais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em contraposição ao movimento regressivo da atual política educacional brasileira, entendemos que a educação politécnica deva ser defendida para a educação em geral, inclusive para a educação dos trabalhadores de nível médio em saúde. Por isso, é importante que ela, ao tempo que esteja organicamente vinculada aos serviços de saúde e ao SUS, compreenda esses espaços como particularidades, nas quais 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.

O horizonte da formação humana converge com o direito à saúde e à produção social da vida em condições de igualdade e qualidade. 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 obstáculos à universalização desse direito.

Nesse sentido, é fundamental fortalecer a oferta da Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Saúde pelas redes públicas, em especial as que aqui foram abordadas – a RET-SUS e a Rede

EPCT. Estas redes precisam se consolidar como referências de qualidade, fazendo frente à hegemonia da oferta privada e ajudando a orientar as demais redes públicas pela concepção de formação integrada.

Inscrever o debate sobre as concepções e práticas pedagógicas dessas redes no plano das contradições sociais, e associá-las à possibilidade de sua superação na perspectiva de uma educação comprometida com a classe trabalhadora, parece-nos uma condição fundamental para a consolidação do SUS e a construção de um tipo de sociedade cuja utopia sustentou as lutas da reforma sanitária. Compreender as disputas sobre o projeto de educação dos trabalhadores técnicos de nível médio em saúde instauradas na década de 1980, e que perduram até os dias de hoje, mesmo com novas mediações, é um processo necessário para dar materialidade histórica a essa contradição.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Decreto-lei nº 4.244/1942, de 9 de abril de 1942. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/1937-1946/del4244.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/del4244.htm)>. Acesso em 20 ago 2021.
- BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Decreto nº 5692, de 11 de agosto de 1971. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l5692.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5692.htm)>. Acesso em 20 ago 2021. Acesso em: 14 ago. 2021
- BRASIL. Ministério da Educação. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF: MEC, 1996. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/tvescola/leis/lein9394.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2021
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto n. 2.208, de 17 de abril de 1997. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 42 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF: Casa Civil, 1997. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/D2208.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D2208.htm). Acesso em: 14 ago. 2021.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto 5.154, de 2004. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 41 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e dá outras providências. Brasília, DF: Casa Civil, 2004. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/decreto/d5154.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5154.htm). Acesso em: 14 ago. 2021.
- BRASIL. Presidência da República. Secretária-geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 13.415, de 16 de fevereiro de 2017. Altera as Leis nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e 11.494, de 20 de junho 2007, que regulamenta o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação, a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e o Decreto-Lei nº 236, de 28 de fevereiro de 1967; revoga a Lei nº 11.161, de 5 de agosto de 2005; e institui a Política de Fomento à Implementação de Escolas de Ensino Médio em Tempo Integral. Brasília, DF: Secretaria Geral, 2017. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/l13415.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13415.htm). Acesso em: 14 ago. 2021.
- BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CP n. 1, de 5 de janeiro de 2021. Define as Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais para a Educação Profissional e Tecnológica. Brasília, DF: MEC, 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cne/cp-n-1-de-5-de-janeiro-de-2021-297767578>. Acesso em: 14 ago. 2021
- DEWEY, J. Experience and nature. New York: Dover Publications. 1958.
- DEWEY, J. Cómo pensamos. Ediciones Paidós Ibérica: Buenos Aires, 1989.
- FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M.; RAMOS, M. Ensino Médio Integrado: concepção e contradições. São Paulo: Cortez, 2005.
- GRAMSCI, A. Os intelectuais e a organização da cultura. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.
- KONDER, L. O futuro da filosofia da práxis. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
- LUKÁCS, G. Per una ontologia dell'essere sociale. Tradução de Ivo Tonet. Roma: Editori Riuniti, 1981.
- MARX, K. A ideologia alemã. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 1991.
- MÉSZÁROS, I. O conceito de alienação em Marx. São Paulo: Boitempo, 2006.
- RAMOS, M. Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde. Rio de Janeiro: EdUFRJ e EPSJV/Fiocruz, 2010.
- RAMOS, M. 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. Relatório de Pesquisa: CNPq, 2021.
- VÁSQUEZ, A. S. V. Filosofia da práxis. São Paulo: Expressão Popular, 2007.





foto: Karina Zambrana / PSF

# PARÂMETROS NORMATIVO- -LEGAIS E DIRETRIZES NA REGULAÇÃO DA FORMAÇÃO TÉCNICA DE NÍVEL MÉDIO NA ÁREA DA SAÚDE NO BRASIL

Adriana Katia Corrêa<sup>10</sup>  
Rafael de Lima Bilio<sup>11</sup>

---

10 Enfermeira, professora associada do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP - Universidade de São Paulo atuando especificamente no Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem. Está envolvida com a formação de professores da educação profissional em saúde/enfermagem e do ensino superior, participando de projetos / políticas nacionais e locais de formação como: PROF AE, Formação de Ativadores de Processos de Mudanças na Formação Superior de Profissionais de Saúde, Projeto TEC-Saúde - SP. É responsável pelo Laboratório de Práticas Pedagógicas do Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem.

11 Pedagogo. Doutor em Educação (UFF). Pesquisador em Saúde Pública e Assessor da Vice Direção de Ensino da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ.

## PALAVRAS INICIAIS

O foco deste texto está posto em alguns marcos legais do campo da Educação e, especificamente, da educação profissional técnica de nível médio no Brasil, desde a institucionalização da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional –(LDB 9.394/96) até então vigente (BRASIL, 1996).

Parâmetros normativo-legais que materializam determinadas políticas educacionais, marcadas por interesses de classe, sempre se fizeram presentes, trazendo implicações para a formação dos trabalhadores técnicos, inclusive os da área da saúde. Trazê-los para a reflexão é tarefa necessária para a manutenção da luta pela formação ético-política e técnica comprometida com as necessidades sociais e com a emancipação do trabalhador.

Consideramos a Educação Profissional em Saúde:

“(...)uma mediação específica da formação humana na totalidade das relações sociais (...)”. As práticas instituídas não comportam neutralidade nem são estáticas, tendo sim fundamento filosófico e ideológico que carrega dada concepção de mundo e um projeto de sociedade” (RAMOS, 2009, p.154).

Assim, desde a institucionalização da LDB 9.394/96, estão em disputa, em termos gerais, o projeto de formação conservador que visa responder às demandas do modelo neoliberal e o projeto de formação transformadora, cuja tônica reside em manter a finalidade da educação na formação humana, integral, na perspectiva de formar trabalhadores com visão ampla sobre as contradições que constituem a sociedade capitalista e com apropriação dos fundamentos científicos, sociais, culturais, filosóficos e históricos dos processos produ-

tivos e da produção da vida humana (FRIGOTTO, CIAVATTA, RAMOS, 2005; CIAVATTA, RAMOS, 2012). Ideia essa que vem sendo enfocada e profundamente discutida por importantes autores do campo da educação profissional.

É, pois, nesse cenário que aqui se apresentam ideias, com a intenção de elaborar uma síntese a partir de alguns dispositivos político-legais, sem a pretensão de esgotá-los ou analisá-los integralmente, mas de apresentar pontos para debate.

### PARÂMETROS NORMATIVO-LEGAIS E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A FORMAÇÃO DO TRABALHADOR

Na década de 1990, após processo longo de discussão e embates, é promulgada a Lei de Diretrizes e Bases (LDB) 9.394/96 (BRASIL, 1996) no governo FHC<sup>12</sup>. No que tange à educação profissional nesse momento histórico, Agências como o Banco Mundial, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), entre outras, tiveram implicações na sua configuração, tendo em vista a continuidade do processo de reprodução do capital (OLIVEIRA, 2013). Esse processo se relaciona à implementação das políticas neoliberais<sup>13</sup>, com implicações para as relações entre trabalho e educação.

O Decreto nº 2.208/97 (BRASIL, 1997) que regulamentou as disposições da LDB sobre a educação

12 Para entendimento sobre o processo de construção do projeto dessa LDB e seus embates, a análise da proposta do texto final, consultar Saviani (2016) indicado nas referências.

13 No campo educacional, políticas de cunho neoliberal têm como finalidade conformar as gerações futuras às mudanças qualitativas que operam, em âmbito mundial, nas relações sociais da produção capitalista. No vértice técnico, a educação escolar deveria desenvolver "(...) competências para operar (trabalho simples) e adaptar (trabalho complexo) a ciência e a tecnologia transferidas pelas empresas trans e multinacionais dos polos dinâmicos do capitalismo(...)", tendo em vista que o Brasil se mantém na divisão internacional do trabalho em caráter subordinado. No vértice ético-político, para os

profissional, naquele momento, expressas nos artigos 39 a 42 (Capítulo 3) determinou: a extinção da integração entre educação geral e profissional; a priorização das necessidades do mercado; o afastamento do Estado em relação ao custeio da educação; e a extinção da equivalência entre ensino médio e educação profissional, ficando marcada uma iniciativa de adestramento escolar cujo foco eram as técnicas de trabalho para atendimento às demandas do setor produtivo na perspectiva neoliberal (SOUZA, ALVES, 2011).

A separação entre educação geral e profissional marca um grande retrocesso em relação à possibilidade de projetos educativos progressistas, na medida em que fortalece a dualidade estrutural do sistema educacional brasileiro<sup>14</sup>, indo de encontro às propostas de cursos médios integrados, nos quais a educação profissional não é apenas concomitante ao ensino médio e focada no fazer imediato do mercado de trabalho.

No governo Lula, em 2004, após muitas disputas de concepções e interesses, com participação de entidades da sociedade civil e de intelectuais, este decreto foi finalmente revogado e substituído pelo Decreto nº 5.154/2004 (BRASIL, 2004), atualmente vigente, retornando à possibilidade da oferta de educação profissional de forma integrada ao ensino médio, mantendo, todavia, as formas concomitante e sequencial já presentes.

A oferta da educação profissional integrada ao ensino médio representa uma possibilidade ímpar de formação humana. Comenta Ciavatta (2014,

neoliberais, é preciso educar a classe trabalhadora para aceitar e mesmo desejar aspectos como a perda de soberania nacional, o aumento do desemprego, as relações de trabalho flexíveis, o individualismo, a restrita participação política (NEVES, 2007, p.212-213).

14 Dualidade Estrutural: "(...)expressa uma fragmentação da escola a partir da qual se delineiam caminhos diferenciados segundo a classe social, repartindo-se os indivíduos por postos antagonistas na divisão social do trabalho, quer do lado dos explorados, quer do lado da exploração (...)" (CAMPELLO, 2008, p.136).

p.198) que o termo integrado se relaciona com a oferta do ensino médio articulado com a educação profissional, todavia, refere-se também a um “(...) tipo de formação que seja integrada, plena, vindo a possibilitar ao educando a compreensão das partes no seu todo ou da unidade no diverso (...)”. Nessa perspectiva, sendo a educação uma totalidade social, tem-se que os processos educativos são concretizados pelas múltiplas mediações históricas. Na proposta de formação integrada, a educação geral é inseparável da educação profissional em todos os âmbitos em que ocorre a preparação para o trabalho.

A proposta de formação integrada visa resgatar as concepções de educação politécnica, omnilateral e de escola unitária<sup>15</sup>. Concepções essas que estavam presentes na disputa por uma nova LDB nos anos 1980 e que se perdeu na aprovação da LDB 9.394/96. Desse modo, está marcada a relação entre a formação integrada e a “(...) luta pela superação do dualismo estrutural da sociedade e da educação brasileira e em defesa da democracia e da escola pública” (CIAVATTA, 2014, p.197-198).

A atual contrarreforma do ensino médio foi empreendida, inicialmente, pela Medida Provisória nº 746, de 22 de setembro de 2016 (BRASIL, 2016a) que, como ato inaugural do governo Temer na educação, indicou a supressão das quatro disciplinas integrantes do Ensino Médio: Artes, Educação Fi-

---

<sup>15</sup> Politécnica (a partir de Marx): domínio dos fundamentos científicos das diversas técnicas que compõem o processo de trabalho produtivo moderno. Relaciona-se aos fundamentos das distintas modalidades de trabalho e tem como base alguns princípios que precisam ser garantidos pela formação politécnica. Dominando tais princípios, o trabalhador compreende o caráter de seu trabalho, extrapolando apenas o adestramento para dada tarefa requerida pelo mercado de trabalho. De modo distinto, trata-se de proporcionar-lhe um desenvolvimento multilateral, omnilateral (SAVIANI, 2003). Escola Unitária (Gramsci): proposta de escola inicial única voltada à cultura geral, ao desenvolvimento do trabalho intelectual. Para Gramsci, a democracia na educação implica em não manter a discriminação existente no fato de que cada grupo social tenha a sua escola (MANACORDA, 2007).

sica, Filosofia e Sociologia. As oposições a essas supressões foram imensas, fazendo o MEC recuar na proposta. Em seguida, foi promulgada a Lei nº 13.415/2017 (BRASIL, 2017) e, posteriormente, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Ensino Médio - Resolução CNE/CEB 03/2018 (BRASIL, 2018a) e a Base Nacional Curricular Comum (BNCC), Ensino Médio (EM) e Resolução CNE/CEB nº 04/2018) (BRASIL, 2018b). Esse conjunto normativo legal traz limites ao ensino médio integrado na perspectiva até então comentada. São propostos vários arranjos formativos flexíveis que, de fato, explicitam, como comenta Ramos: “(...) o não compromisso com o direito pleno à educação da classe trabalhadora brasileira, legitimando o princípio básico da contrarreforma: educação mínima para cidadãos mínimos” (RAMOS, 2017, p.46).

Nessa direção, a Lei nº 13.415/2017 (BRASIL, 2017), aprovada no governo Temer, divide o ensino médio em duas partes – a formação geral, que se fundamenta na Base Nacional Comum Curricular (BNCC) e os itinerários formativos (BRASIL, 2017; PIOLLI, SALA, 2021). A BNCC - EM (BRASIL, 2018b) visa definir o conjunto de aprendizagens essenciais enfocadas como direito dos adolescentes, jovens e adultos. A formação geral básica, a partir da BNCC- EM, se organizará nas seguintes áreas: linguagem e suas tecnologias; matemática e suas tecnologias; Ciências da Natureza e suas tecnologias e Ciências humanas e sociais aplicadas. Os itinerários formativos se compõem por essas quatro áreas da BNCC, além da formação técnica e profissional, itinerário indicado na Lei nº13.415/2017 (BRASIL, 2017), que altera a redação do Artigo 36 da LDB.

A abordagem da BNCC não deverá ser superior a 1.800 horas. Haverá a flexibilização das escolas das disciplinas pelos sistemas de ensino, desde que garantidas português, matemática e inglês (BRASIL, 2017; HERNANDES, 2019). A proposta

é que o currículo tenha até 3.000 horas, sendo, no máximo, 1.800 horas da BNCC (BRASIL, 2017). O currículo do Ensino Médio será organizado pelo seguinte “esquema”: BNCC (máximo de 1.800 horas) + itinerário formativo (mínimo de 1.200 horas)”. No caso do V itinerário formativo, parte da formação geral básica do ensino médio é suprimida, dando lugar à formação profissional, o que explicita a dualidade estrutural. Haverá jovens com 3.000 horas de formação, com conteúdos que farão parte dos exames de ingresso para o ensino superior, e outros que, se fizerem o itinerário da formação técnica e profissional, terão 1.800 horas de formação geral (PIOLLI; SALLA, 2021). Nesse itinerário, a carga horária que será acrescida à formação geral será de 800 a 1200 horas, conforme a área da habilitação profissional.

A Resolução CNE/CP nº 1/2021 (BRASIL, 2021), também presente nesse movimento de contrarreforma que se refere à educação profissional e tecnológica, aponta que as ofertas concomitante e integrada têm que se adaptar ao esquema da BNCC – 1.800 horas acrescidas da formação técnica (habilitação técnica ou qualificação profissional), o que está indicado na Reforma do Ensino Médio. São proporcionadas novas forças para o mercado privado educacional com a forma concomitante intercomplementar prevista no artigo 16 dessa Resolução.

Em relação à BNCC, há um foco na busca de soluções para os problemas pela aplicação de conhecimentos de diversas áreas, com reduzida atenção à “(...) gênese econômica, política e social (...)” desses problemas (FERRETTI, 2018, p.39), denotando a ideia de que o encontro de soluções minimizasse a importância ou impedisse a manifestação posterior, como problemas correlatos, do que gerou a necessidade dessas soluções. Isso se faz presente na definição de competência inserida nas atuais Diretrizes Curriculares Nacionais do En-

sino Médio (ibidem). A competência também está presente nas Diretrizes Curriculares da Educação Profissional vigentes e anteriores, como parte do ideário neoliberal no campo educacional.

Nas Diretrizes Curriculares do Ensino Médio, o itinerário de formação técnica e profissional compreende: ambientes simulados; formações experimentais; aprendizagem profissional; qualificação profissional; habilitação profissional técnica de nível médio; programa de aprendizagem, com certificação intermediária e certificação profissional (BRASIL, 2018a). Cabe destacar que, em 2014, o Decreto nº 8.268 (BRASIL, 2014a) alterou o Decreto nº 5.154/2004, que regulamenta o § 2º do art. 36 e os artigos 39 a 41 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Há uma ampliação da abrangência dos itinerários formativos em relação ao Decreto nº 5.154/2004, incluindo a qualificação profissional e contemplando, também, a formação inicial e continuada de trabalhadores.

Assim, inseridos no nível médio, os estudantes poderão cumprir o itinerário de formação técnica e profissional também a partir de cursos de qualificação profissional de curta duração, o que significa que poderão concluir o ensino médio sem finalizá-lo como técnico de nível médio, mas tendo feito qualificações diversas desarticuladas entre si (PIOLLI; SALA, 2021; ANPED, 2021).

As atuais Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais para a Educação Profissional e Tecnológica -Resolução CNE/CP nº 1/2021, em seu artigo 12, § 2º (BRASIL, 2021) também indicam que os cursos de qualificação profissional:

“(...) permitem saídas intermediárias dos Cursos Técnicos de Nível Médio (qualificação profissional técnica) dos cursos de Educação Profissional Tecnológica de Graduação (qualificação profissional tecnológica), devida-

mente reconhecidas pelo mercado de trabalho e identificadas na Catálogo Brasileiro de Ocupações”.

Considerando outros dispositivos político-legais da educação profissional técnica de nível médio, cabe destacar que, a partir da LDB 9.394/96 foram instituídas as Diretrizes Curriculares Nacionais para a educação profissional técnica de nível médio, a saber: Resolução CNE/CEB 04/1999 (BRASIL, 1999); Resolução CNE/CEB 06/2012 (BRASIL, 2012a) e Resolução CNE/CP nº 1/2021 (BRASIL, 2021) vigente e, anteriormente apontada neste texto, que define as Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais para a Educação Profissional e Tecnológica.

Tendo em vista os projetos conservadores e progressistas em embate, as Diretrizes Curriculares Nacionais se mostram híbridas, estando fundamentadas, contudo, prioritariamente, em concepções do ideário neoliberal como competências, trabalhador polivalente, formação flexível e empregabilidade, mas tocam, também, em concepções vinculadas à perspectiva transformadora, como, por exemplo, trabalho como princípio educativo, politecnicidade e articulação entre as dimensões trabalho, ciência, tecnologia e cultura.

A Resolução CNE/CP nº 1/2021 (BRASIL, 2021) põe em ação o ideário neoliberal do modo ainda mais proeminente no atual cenário político. Além das ideias já pontuadas a seu respeito em termos da flexibilização curricular, destaca-se a ênfase às relações com o setor produtivo, considerando as parcerias com setor público e privado. Contempla, para fins de prosseguimento da formação, o aproveitamento de estudos e experiências anteriores, inclusive, no trabalho. Mantém, no Artigo 43, § 1º, como já era indicado na Resolução CNE/CEB 06/2012, a indicação de que cursos da área da saúde ofertados a distância “devem cumprir, no

mínimo, 50% (cinquenta por cento) de carga horária presencial”. Todavia, para outros cursos, a definição de carga horária presencial dependerá do grau de complexidade das áreas tecnológicas e de normas específicas de cada sistema de ensino.

Nesse cenário, brevemente pontuado em alguns aspectos, em que se articulam Diretrizes do ensino médio e da educação profissional, estão presentes desde a fragilização da formação, marcada pela ideia de formação geral restrita à BNCC, às distintas formas de flexibilização dos arranjos curriculares, com limites à apropriação sólida de conhecimentos, a tônica na formação aligeirada e a precarização do trabalho docente com a institucionalização do notório saber, dentre outras.

Todas essas questões pontuadas referentes ao ensino médio e à educação profissional técnica de nível médio guardam relações, dentre outras, com a diminuição dos gastos públicos com a educação escolar e demais políticas públicas, como a saúde, incluindo a EC 95/2016 (BRASIL, 2016b), que congela gastos públicos, a privatização da educação e a reforma trabalhista, que precariza as relações de trabalho. Dado o foco deste texto, não são tecidas maiores considerações a esse respeito, mas é preciso compreender tais questões inseridas em política que se contrapõe à perspectiva da educação como direito social e humano.

Em perspectiva histórica e, considerando especificidades do capitalismo dependente (a partir de Florestan Fernandes), Andrade e Motta (2020) explicitam que as medidas de contrarreforma em curso, incluindo as do campo educacional como a Reforma do ensino médio e a BNCC, não se tratam de acaso, mas têm relações com outras reformas promovidas pela burguesia brasileira em outros momentos históricos. Ou seja, são percursos que se repetem, considerando a posição subordinada do Brasil na divisão social do trabalho no cenário

internacional. Como referem Ciavatta e Ramos (2012, p.33), “a história da política da educação dos trabalhadores e sua regulamentação curricular expressam as marcas do Estado que afiançou a consolidação de um capitalismo dependente, comprometido com os interesses burgueses”.

No campo da educação profissional em saúde, podemos inferir que, em seu conjunto, não tem havido suficiente debate acerca do ensino médio integrado e das demais modalidades de oferta dos cursos técnicos e das suas implicações na formação. Provavelmente, isso tenha relação com a configuração histórica da oferta da educação profissional técnica de nível médio com predomínio da modalidade subsequente e pelo setor privado.

Dados de pesquisa com foco na educação profissional técnica de nível médio<sup>16</sup> em saúde apontam que, no ano de 2015, em âmbito nacional, considerando cursos de áreas profissionais mais ofertadas, prevalece a oferta pelo setor privado, exceto no curso de nutrição e dietética (FIOCRUZ, 2016). Quanto à modalidade, destaca-se a subsequente para todos os cursos. O quadro abaixo sistematiza algumas informações que evidenciam o predomínio dessa modalidade.

*Quadro 1: Número de cursos técnicos da área da saúde, segundo a modalidade de oferta, Brasil, 2015.*

Curso Técnico	Modalidade Integrada	Modalidade Concomitante	Modalidade Subsequente
Enfermagem	301	258	1229
Análises Clínicas	103	46	195
Radiologia	3	29	432
Farmácia	12	24	168
Nutrição e Dietética	128	18	146

Fonte: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Elaborado pelos autores, a partir da consulta ao Relatório de Pesquisa.

De certo modo, provavelmente, dada a historicidade da área da saúde, marcada por longa data, pela atuação de trabalhadores sem formação específica e com escolaridade incompleta em termos da educação básica (considerando o que atualmente denominamos ensino médio), há uma tendência em ser naturalizada a formação quase que restrita à modalidade subsequente. Além disso, como comentado no relatório de pesquisa anteriormente mencionado, em relação à disputa pelos projetos de formação profissional, estão envolvidas questões históricas como a lógica da formação em serviço e os investimentos em programas de formação estimulados pelo Estado, além da particularidade de realização de estágios em cenários insalubres. Essas questões, pois, ainda demandam maiores entendimentos por meio de outras pesquisas e discussões no campo da educação profissional em saúde, o que se faz urgente tendo em vista as mudanças nos dispositivos legais do ensino médio que vem se processando desde 2017, interferindo, como apontado, também na educação profissional técnica de nível médio. Essas mudanças vêm am-

<sup>16</sup> É importante mencionar o Censo da Educação Básica (INEP, 2019) para conhecimento da oferta de cursos técnicos de nível médio no país.

pliar o leque de discussões a serem processadas no campo da educação profissional em saúde.

Enquanto a conjuntura atual não se modifica, qualquer arranjo curricular na direção de conformar o itinerário V, proposto pelas Diretrizes Curriculares do Ensino Médio e da Educação Profissional e tecnológica na área da saúde, exige ampla análise crítica acerca do cenário político na qual se insere essa proposta, tendo em vista as bases políticas e epistemológicas presentes e suas implicações na formação. Nos cursos subsequentes, os alunos serão egressos desse modelo de ensino médio fragmentado, o que também trará repercussões.

E, em uma área na qual predomina o ensino subsequente, é ainda mais desafiante fortalecer a discussão sobre a lógica de formação do trabalhador técnico, afinal, mesmo nessa modalidade, é possível, apostando nos movimentos processados a partir das contradições, investir em projetos fundamentados na formação integral, tendo em vista as especificidades da atuação em saúde, o direito à educação e a emancipação do trabalhador.

Outro parâmetro normativo-legal para formação na educação profissional é o Catálogo Nacional de Cursos Técnicos<sup>17</sup> (CNCT), que começa a se desenhar no Brasil, notadamente, a partir de 2008, instituído pela Portaria MEC nº 870 de 16 de julho de 2008 (BRASIL, 2008a) e consubstanciada pelo Parecer CNE/CEB nº 11, de 12 de julho de 2008 (BRASIL, 2008b), que regula a oferta de cursos de educação profissional técnica de nível médio para orientar as instituições e os estudantes. É um referencial que subsidia o planejamento dos cursos e correspondentes itinerários formativos, contemplando perspectivas de formações intermediárias,

---

<sup>17</sup> Cabe lembrar da existência do Catálogo Nacional de Cursos Superiores de Tecnologia (CNCST) referente ao ensino superior. O CNCT, na resolução CNE/CP nº 1 de 5 de janeiro de 2021, passa a servir de modelo na formulação do CNCST.

especializações técnicas e, particularmente, os cursos técnicos de nível médio.

A Resolução CNE/CEB nº 3, de 9 de julho de 2008, baseada no Parecer CNE/CEB nº 11, de 12 de julho de 2008, no artigo 3º, define que:

“os cursos constantes do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos de Nível Médio serão organizados por eixos tecnológicos definidores de um projeto pedagógico que contemple as trajetórias dos itinerários formativos e estabeleça exigências profissionais que direcionem a ação educativa das instituições e dos sistemas de ensino na oferta da Educação Profissional Técnica” (BRASIL, 2008c).

Portanto, não é um simples guia de orientação, mas um instrumento complementar das Diretrizes da Educação Profissional, uma vez que a sistemática adotada pelas atualizações do CNCT segue o horizonte da pedagogia das competências (RAMOS, 2001), sobrevalorizando a dinâmica neoliberal do mercado de trabalho e, de modo especial, a implementação da contrarreforma do ensino médio que impactará, mais imediatamente, os cursos técnicos concomitantes e integrados, como já comentado.

As quatro edições do CNCT ocorreram com a seguinte periodicidade:

1ª edição, com 185 cursos - Resolução CNE/CEB nº 3/2008 (BRASIL, 2008c)

2ª edição, com 220 cursos, distribuídos em 13 Eixos Tecnológicos - Resolução CNE/CEB nº 4, de 6 de junho de 2012 (BRASIL, 2012b);

3ª edição, com 227 cursos - Resolução CNE/CEB nº 1/2014 (BRASIL, 2014, b);

4ª edição, com 215 cursos, Parecer CNE/CEB nº 5/2020 (BRASIL, 2020a)

Na edição atual do CNCT (BRASIL, 2020a), os cursos estão definidos em treze eixos tecnológicos, incluindo o eixo de ambiente e saúde, que podem ser compreendidos como conjuntos organizados e sistematizados de conhecimentos, saberes, competências e habilidades de diferentes ordens, com informações sobre o perfil profissional dos egressos, carga horária mínima, estágios, legislação profissional correlatas, Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do perfil e correlatas, infraestrutura mínima e possibilidade de oferta da modalidade da educação a distância<sup>18</sup> (EaD), entre outras.

O processo de atualização do CNCT, na 4ª edição, trouxe propostas iniciais de levantamento de perfis profissionais para se adequarem à CBO e o lançamento de um painel de monitoramento de profissões (integrando a formação profissional com as demandas do mercado de trabalho), que foram apresentados como projetos em andamento pela Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica (SETEC/Ministério da Educação (MEC).

Quando o MEC implanta a 4ª edição do CNCT nacionalmente em 2021, com o advento da contrarreforma do ensino médio, coadunada com a recente Resolução CNE/CP nº 1 de 5 de janeiro de 2021, que define as Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais para a Educação Profissional e Tecnológica, são trazidas questões sensíveis para ordenação, como a possibilidade confusa de ampliar a formação continuada por meio de uma expansão tecnicista e a crítica dos itinerários formativos, como,

também, o avanço da EAD na formação técnica em saúde.

O mote da pandemia e do ensino remoto vem intensificando uma série de políticas de precarização do trabalho docente, encurtamento dos cursos técnicos, esvaziamento crítico do conteúdo sócio-político e uma profusão de pareceres e decretos sobre a educação que não passaram pelo debate público, entre outras preocupações sócio-históricoculturais no campo da formação em saúde, que são materializadas de formas distintas no CNCT. No entanto, há aspectos esclarecedores na estruturação dos itinerários formativos com as possibilidades da formação continuada nas especializações técnicas, legislações profissionais dos cursos e menção ao Programa Nacional de Integração da Educação Profissional com a educação básica, na modalidade da Educação de Jovens e Adultos (PROEJA).

O discurso é, entretanto, o de manter os cursos adequados ao mercado de trabalho, não devendo ser esquecida a influência do Ministério da Economia, por meio da Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial<sup>19</sup> (ABDI) nesse processo, como aparelho privado de hegemonia nesse neo industrialismo, na orientação das formações técnicas.

---

<sup>18</sup> Na 4ª edição (BRASIL, 2020, p. 19) do CNCT está vedada a possibilidade da oferta de EAD na formação do técnico em agente comunitário de saúde. Entretanto, o Ministério da Saúde vem propondo o Programa Saúde com Agente com esse viés de oferta em EAD, contrariando ao exposto no CNCT.

---

<sup>19</sup> Pode ser observada, na página do CNCT, a menção à ABDI (no canto superior ao centro), mas sem especificar os seus laços orgânicos. Disponível em: <http://cnct.mec.gov.br/>

A partir desse escopo legal, o CNCT vem hipertrofiando as suas funções originárias de mero organizador de nomenclaturas e perfis profissionais de cursos para uma proposta de ser um referencial organizativo e disciplinador de cursos de Educação Profissional. O Parecer CNE/CEB n. 7, de 19.05.2020 esclarece que o CNCT:

“passa a dispor também, além dos títulos de cursos, de diretrizes específicas que buscam orientar e normatizar essas ofertas dentro dos eixos tecnológicos e suas respectivas áreas tecnológicas, tratando de pontos específicos, vinculados ao grau de complexidade e especificidades das bases tecnológicas contempladas, a partir das quais se tem condição de recomendar, por exemplo, diferentes percentuais de presencialidade, da carga horária mínima requerida para os tipos de oferta em uma mesma área tecnológica, de orientações acerca de estágio supervisionado, dentre outras orientações específicas de cada área tecnológica” (BRASIL, 2020b, p. 6).

Outra intenção do MEC, na construção da 4<sup>a</sup> edição do CNCT, é que ele sirva de guia para a construção curricular na Educação Profissional, de modo a permitir a mobilidade estudantil entre as diferentes redes e sistemas (inclusive a mobilidade entre instituições públicas para privadas), embasada por dados e informações disponibilizados pela SETEC/MEC, como:

- 1) CBO, textos da ABDI, Relação Anual de Informações Sociais (RAIS); Censo Escolar da educação básica, Consultas da SETEC/MEC para instituições formadoras e do mercado de trabalho.
- 2) Além dos dados mencionados foram considerados os estudos sobre:

2.1- Oferta de educação Profissional- Cursos não ofertados ou com baixa oferta nos últimos cinco anos;

2.2. Mercado de trabalho formal e associado à CBO- Ocupações formais, Relação anual de informações sociais (RAIS), Empresas abertas por egressos do técnico.

A partir do ano de 2021, devem ser iniciadas as discussões para a quinta atualização, centrando na carga horária mínima presencial e de carga horária máxima a distância dos Cursos Técnicos e pesquisas de planos de cursos para legitimar essa expansão da EAD. O desafio da formação em saúde com sua relação proximal, a partir de concepções político-filosófica e histórico-críticas, a uma escola unitária, é cada vez mais imprescindível no atual estágio do capitalismo dependente e predatório brasileiro.

Construir projetos na direção dessas concepções implica análise crítica dos parâmetros normativos como produções históricas, fortalecimento de processos de resistências e lutas em prol da formação humana do trabalhador da saúde. Uma prerrogativa fundamental nessa luta é a indicação na Constituição Federal, no Artigo 200, de que cabe ao Sistema Único de Saúde (SUS) dentre outras atribuições, “(...) ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde (...) (BRASIL, 1988).

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. C. P. de; MOTTA, V. C. da. Base Nacional Comum Curricular e novo ensino médio: uma análise à luz de categorias de Florestan Fernandes. Revista HISTEDBR On-line, Campinas, SP, v. 20, p. e020005, 2020. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/histedbr/article/view/8655150>. Acesso em: 15 ago. 2021.

ANPED. Nota de Repúdio às Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação Profissional e Tecnológica (DCNEPT - Resolução CNE/CP nº 01-2021). Disponível em: <https://www.anped.org.br/news/nota-de-repudio-novas-diretrizes-curriculares-nacionais-para-educacao-profissional-e>. Acesso em: 14 ago. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Casa Civil, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 14 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF: MEC, 1996. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/tvescola/leis/lein9394.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto n. 2.208, de 17 de abril de 1997. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 42 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF: Casa Civil, 1997. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/D2208.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D2208.htm). Acesso em: 14 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. Resolução CNE/CEB n. 4, de 8 de dezembro de 1999. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. Brasília, DF: MEC, 1999. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb004\\_99.pdf](http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb004_99.pdf). Acesso em: 14 ago. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto 5.154, de 2004. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 41 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e dá outras providências. Brasília, DF: Casa Civil, 2004. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/decreto/d5154.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5154.htm). Acesso em: 14 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. Portaria n.870, de 16 de julho de 2008. Institui o Catálogo Nacional de Cursos Técnicos. Brasília, DF: MEC, 2008a. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=13&data=18/07/2008>. Acesso em: 12 ago. 2021

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. Parecer nº 11/2008, de 12 de junho de 2008. Proposta de instituição do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos de Nível Médio. Brasília, DF: MEC, 2008b. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/pceb011\\_08.pdf](http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/pceb011_08.pdf). Acesso em: 12 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. Resolução nº 3/2008, de 9 de julho de 2008. Dispõe sobre a instituição e implantação do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos de Nível Médio. Brasília, DF: MEC, 2008c. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb003\\_08.pdf](http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb003_08.pdf). Acesso em: 10 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. Resolução CNE/CEB n. 6, 20 de setembro de 2012. Define Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio. Brasília, DF: MEC, 2012a. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=17417&Itemid=866](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=17417&Itemid=866). Acesso em: 14 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. Resolução CNE/CEB nº4, de 6 de junho de 2012. Dispõe sobre alteração na Resolução CNE/CEB nº 3/2008, definindo a nova versão do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos de Nível Médio. Brasília, DF: MEC, 2012b. Disponível em: < [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=10941-rceb004-12&category\\_slug=maio-2012-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=10941-rceb004-12&category_slug=maio-2012-pdf&Itemid=30192). Acesso em: 14 ago. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto n. 8.268, de 18 de Junho de 2014. Altera o Decreto nº 5.154, de 23 de julho de 2004, que regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 41 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Brasília, DF: Casa Civil, 2014a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2014/decreto/d8268.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/decreto/d8268.htm). Acesso em: 14 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. Resolução CNE/CEB nº 1/2014. Atualiza e define novos critérios para a composição do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos,

disciplinando e orientando os sistemas de ensino e as instituições públicas e privadas de Educação Profissional e Tecnológica quanto à oferta de cursos técnicos de nível médio em caráter experimental, observando o disposto no art. 81 da Lei nº 9.394/96 (LDB) e nos termos do art. 19 da Resolução CNE/CEB nº 6/2012. Brasília, DF: MEC, 2014b. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=16705-res1-2014-cne-ceb-05122014&category\\_slug=dezembro-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=16705-res1-2014-cne-ceb-05122014&category_slug=dezembro-2014-pdf&Itemid=30192). Acesso em: 14 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Medida Provisória n. 746, de 2016. (Reformulação Ensino Médio). Brasília, DF: MEC, 2016a. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/medidas-provisorias/-/mpv/126992>. Acesso em: 14 ago. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF: Casa Civil, 2016b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm). Acesso em: 14 ago. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Secretária-geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 13.415, de 16 de fevereiro de 2017. Altera as Leis nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e 11.494, de 20 de junho 2007, que regulamenta o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação, a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e o Decreto-Lei nº 236, de 28 de fevereiro de 1967; revoga a Lei nº 11.161, de 5 de agosto de 2005; e institui a Política de Fomento à Implementação de Escolas de Ensino Médio em Tempo Integral. Brasília, DF: Secretaria Geral, 2017. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/l13415.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13415.htm). Acesso em: 14 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. Resolução n. 3, de 21 de novembro de 2018. Atualiza as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Médio. Brasília, DF: MEC, 2018a. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51281622](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51281622). Acesso em: 14 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Conselho Pleno. Resolução n. 4, de 17 de dezembro de 2018. Institui a Base Nacional Comum Curricular na Etapa do Ensino Médio (BNCC-EM), como etapa final

da Educação Básica, nos termos do artigo 35 da LDB, completando o conjunto constituído pela BNCC da Educação Infantil e do Ensino Fundamental, com base na Resolução CNE/CP nº 2/2017, fundamentada no Parecer CNE/CP nº 15/2017. Brasília, DF: MEC, 2018b. Disponível em: <https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/2661/resolucao-cne-cp-n-4>. Acesso em: 14 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. Parecer CNE/CEB nº 5/2020. Apreciação de Proposta apresentada pela SETEC/MEC para a 4ª edição do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos (CNCT). Brasília, DF: MEC, 2020a. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=166361-pceb005-20&category\\_slug=novembro-2020-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=166361-pceb005-20&category_slug=novembro-2020-pdf&Itemid=30192). Acesso em: 14 ago. 2021

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. Parecer no 7, de 19 de maio de 2020. Brasília, DF: MEC, 2020b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/julho-2020-pdf/151591-pcp007-20/file>. Acesso em: 10 ago. 2021

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CP n. 1, de 5 de janeiro de 2021. Define as Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais para a Educação Profissional e Tecnológica. Brasília, DF: MEC, 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cne/cp-n-1-de-5-de-janeiro-de-2021-297767578>. Acesso em: 14 ago. 2021.

CAMPELO, A. M. Dualidade Educacional. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.) Dicionário da educação profissional em saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p. 136-141.

CIAVATTA, M.; RAMOS, M. A “Era das diretrizes”: a disputa pelo projeto de educação dos mais pobres. Revista Brasileira de Educação Rio de Janeiro, v. 17, n. 49, p. 11-37, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/nDS3v6XBFdJG3jQGLRk687m/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 14 ago. 2021.

CIAVATTA, M. o ensino integrado, a politécnica e a educação omnilateral. Por que lutamos? Trabalho & Educação. Belo Horizonte v.23, n.1, p. 187-205, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/trabedu/article/view/9303/6679%20> >. Acesso em: 14 ago. 2021.

FIOCRUZ. Escola Politécnica De Saúde Joaquim Venâncio. Pesquisa Multicêntrica: Formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil (Relatório Final). Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/relatorio-multicentrica-final.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2021.

- FERRETTI, C. J. A reforma do Ensino Médio e sua questionável concepção de qualidade da educação. *Estudos Avançados*, [S. l.], v. 32, n. 93, p. 25–42, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/ea/a/RKF694QXnBFGgJ78s8Pmp5x/?lang=pt>. Acesso em: 15 ago. 2021.
- FRIGOTTO G., CIAVATTA, M., RAMOS, M. A política de educação profissional no governo Lula: um percurso histórico controvertido. *Educ. Soc.*, Campinas, v. 26, n. 92, p. 1087-1113, Especial - Out. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/ynppThv4sMqrxDRg8XLxjqv/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 14 ago. 2021.
- HERNANDES, P.R. A Reforma do Ensino Médio e a produção de desigualdades na educação escolar. *Educação (UFES)*, [S. l.], v. 44, n. 0, p. 58, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/reveducacao/article/view/34731/html>. Acesso em: 15 ago. 2021.
- MANACORDA, M. A. Marx e a pedagogia moderna. Campinas: Alínea, 2007.
- NEVES, L. M. W. Breve século XXI: propostas educacionais em disputa. In: LOMBARDI, J.C.; SANFELICE, J. L. (Org.). *Liberalismo e educação em debate*. Campinas: Autores Associados, Histedbr, 2007. p.205-224.
- OLIVEIRA, R. A reforma da educação profissional nos anos 90. In: BATISTA, E. L.; MÜLLER, M. T. *A educação profissional no Brasil: história, desafios e perspectivas para o século XXI*. Campinas: Alínea, 2013.
- PIOLLI, E.; SALA, M. A reforma do ensino médio e a educação profissional: da Lei de Diretrizes e Bases (LDB) às Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Médio e para a Educação Profissional. *Revista Exitus*, [S. l.], v. 11, n. 1, p. e020138, 2021. Disponível em: <http://www.ufopa.edu.br/portaldeperiodicos/index.php/revistaexitus/article/view/1543>. Acesso em: 15 ago. 2021.
- RAMOS, M. *Pedagogia das Competências: autonomia ou adaptação?* São Paulo: Cortez, 2001.
- RAMOS, M. Concepções e práticas pedagógicas nas escolas técnicas do Sistema Único de Saúde: fundamentos e contradições. *Trabalho, Educação e Saúde*, [S. l.], v. 7, n. suppl 1, p. 153–173, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/7zC5Qp5SVbdj8ZQY9j34nHr/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 ago. 2021.
- RAMOS, M. N. Ensino Médio Integrado: Lutas Históricas e Resistências em Tempos de Regressão. *Educação Profissional e Tecnológica em Revista*, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 27-49, 2017. Disponível em: <https://ojs.ifes.edu.br/index.php/ept/article/view/356>. Acesso em: 15 ago. 2021.
- SAVIANI, D. O choque teórico da politécnica. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 1, n. 1, p. 131-152, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v1n1/10.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2021.
- SAVIANI, D. A nova LDB. *Pro-Posições*, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 7–13, 2016. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/proposic/article/view/8644508>. Acesso em: 14 ago. 2021.
- SOUZA, J. C. M.; ALVES, M. F. Atualização das Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação Profissional Técnica de Nível Médio: tensões entre público e privado. In: RODRIGUES, M. E.; MACHADO, M. M. *Educação dos trabalhadores: políticas e projeto em disputa*. Campinas: Mercado de Letras, 2011.





# REGULAÇÃO DA ESPECIALIZAÇÃO TÉCNICA DE NÍVEL MÉDIO À LUZ DAS DEMANDAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

**Claudia Vilela de Souza Lange<sup>20</sup>**  
**Daniela Maysa de Souza<sup>21</sup>**  
**Ena de Araújo Galvão<sup>22</sup>**

---

20 Pedagoga. Mestre em Educação Profissional em Saúde pela EPSJV/Fiocruz. Especialista em Planejamento, Desenvolvimento e Gestão de Projetos em Saúde pela FURB. Especialista em Gestão Pedagógica pela UFMG. Diretora ETSUS Blumenau Dr Luiz Eduardo Caminha.

21 Enfermeira. Doutora e Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Especialista em Enfermagem em Cardiologia pela São Camilo e em Gestão Pedagógica pela UFMG. Coordenadora Técnico Pedagógica ETSUS Blumenau Dr Luiz Eduardo Caminha. Professora Universidade Regional de Blumenau – Departamento de Medicina.

22 Pedagoga, especialista em Educação Tecnológica e mestre em Ciências da Saúde. Trabalhou durante 40 anos na Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Saúde.

## INTRODUÇÃO

Este artigo apresenta um resgate histórico da educação profissional e seus desdobramentos até a oferta da Especialização Técnica de Nível Médio, voltada aos concluintes dos cursos técnicos, considerando as demandas e especificidades do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a sua articulação com as Escolas Técnicas do SUS (ETSUS).

## HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL

A expressão “formação técnica”, também entendida de forma difusa como qualificação profissional, é genérica e abrange desde processos educativos formalizados até treinamentos mais pontuais, desenvolvidos em variadas instituições, como escolas públicas e privadas, Sistema S, instituições comunitárias, sindicais e nos departamentos de recursos humanos institucionais.

Não se pretende aqui esgotar o tema sobre a formação técnica/qualificação profissional nas suas diferentes nuances e interpretações dentro da legislação de ensino. Busca-se, apenas, um breve retrospecto do seu entendimento, abrangendo três períodos em que a legislação de ensino estabeleceu diferenças de forma e conteúdo.

O primeiro período aqui considerado, em termos da legislação de ensino (Decreto nº 7.566/1909), inicia-se em 1826 e trata do ensino dos ofícios, que retrata com nitidez a sua função e seu lugar à época: evitar o ócio e a probabilidade de delinquência daqueles de classe social mais desfavorecida, os pobres (BRASIL, 1909). Nessa época, a educação era direcionada para a elite, filósofos, sábios e religiosos, com a transmissão do conhecimento socialmente construído, já o aprendizado de ofícios era direcionado aos desfavorecidos. A entrada das

questões educacionais no centro do debate das políticas públicas, desde o Manifesto dos Pioneiros, em 1925, até os dias atuais, passando pela ditadura e as reformas da década de 1990, só considerou a formação técnica/qualificação profissional como preparação de mão de obra.

Poucos foram os educadores que pontuaram a necessidade de redirecionar a política educacional para uma educação voltada para adultos e para a transformação do cenário nacional. Paulo Freire, em sua trajetória, foi um deles, e defendia a necessidade de consciência de si e de mundo e de si no mundo, primando pela libertação do homem, na luta dos oprimidos contra os opressores e a alienação, por meio da conscientização, sendo, neste momento, a educação vista como uma prática da liberdade, possibilitando uma formação que visa críticas à realidade (WATERKEMPER, PRADO, REIBNITZ, 2016).

Na década de 1930, o período chamado de Primeira República traz transformações substanciais no campo da formação técnica/qualificação profissional. As poucas instituições dedicadas ao ensino de ofícios artesanais e manufatureiros cederam lugar a redes de escolas patrocinadas pelos governos federal e estaduais, pela Igreja Católica e por trabalhadores organizados em associações ou sindicatos.

Na medida em que o aprendizado profissional foi substituído por outro, decorrente do processo de industrialização do país, surgem novos desafios a enfrentar, como por exemplo, o índice de analfabetismo. A necessidade de formação para o período industrial fez surgir o embrião de um sistema de formação profissional em nível técnico, com a regulamentação dos ensinos industrial, secundário e comercial. Em 1942, foi criado o Sistema Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI) e o Serviço

Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC), em 1946.

No início dos anos 1960, o cenário internacional sinalizava a necessidade de uma educação profissional para uma sociedade em rápida mudança e, em especial, a sociedade brasileira.

O segundo período, em termos da legislação da educação profissional, está situado na década de 1970, com a promulgação da Lei nº 5.692 de 1971, que fixava as diretrizes para o ensino de 1º e 2º graus. Este período caracterizou-se pela rápida urbanização, quando os empregadores exigiam maior nível de escolaridade de seus empregados. Era o período do milagre econômico (1968 a 1973) e a formação técnica/qualificação profissional assumiu algum destaque, na medida em que precisava dar resposta às condições gerais da produção capitalista. A legislação de ensino mantinha duplo aspecto para justificar a educação profissional: atender à demanda de técnico de nível médio para o mercado de trabalho e conter a pressão para a entrada no ensino superior.

Eram poucos os estudos no Brasil que demonstravam a relação entre níveis de escolarização e profissionalização às melhores oportunidades de emprego. Só a partir da década de 1960 começaram a aparecer estudos mais sistematizados, estabelecendo, também, relação entre os investimentos em educação e o seu retorno, demonstrando que às pessoas com melhores níveis de educação eram assegurados salários mais elevados. Esse acréscimo de renda representava em torno de 10% a cada ano de escolaridade em média (GALVÃO, 2006). O desemprego também apresenta uma relação direta com os níveis de estudos. Em 2002, um indivíduo com nível médio incompleto tinha 16% de probabilidade de estar desempregado. Ao completar o ensino médio, suas chances

de desemprego caíam para 10% e, com o superior incompleto, eram de apenas 5,4% (Ibidem).

O terceiro período da Educação Profissional aconteceu com a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Pela primeira vez, a legislação de ensino dedicou um capítulo inteiramente voltado à educação profissional, propiciando avanços na concepção de uma educação inclusiva e, aos trabalhadores de saúde o ingresso nos processos formativos.

Posteriormente, denominada como Educação Profissional Técnica de Nível Médio (EPTNM) pela Lei nº 11.741, de 2008, ela tem por objetivo o preparo para o exercício de profissões técnicas, que pode ocorrer nos próprios estabelecimentos de ensino médio ou em cooperação com instituições especializadas em educação profissional, podendo, ainda, ser desenvolvida de forma articulada ao ensino médio ou subsequente, em cursos destinados a quem já tenha concluído o ensino médio, habilitando o prosseguimento de estudos na educação superior (BRASIL, 2008).

A atual legislação assegura princípios anteriormente conquistados, como o reconhecimento de que a educação também se pratica fora da escola e no ambiente de trabalho; a oportunidade de oferta de cursos especiais, viabilizando o ingresso independentemente do nível de escolaridade; a construção de currículos flexíveis e organização didática diferenciada e, principalmente, a avaliação do conhecimento adquirido no serviço, como forma de certificação, com vistas ao prosseguimento de estudos.

Este processo de ensino-aprendizagem ancorado no processo real de trabalho do estudante/trabalhador, ou seja, a transformação do ambiente de trabalho em escola, foi defendido por Izabel dos Santos que, inconformada com o desinteresse à

época na qualificação dos profissionais de enfermagem de nível médio, acabou fazendo parte da história da formação de recursos humanos de nível médio no Brasil (SANTOS, 2007). Aqui se pode afirmar que o setor saúde, por meio de Izabel e seus colaboradores, anteviu vinte anos à frente, os avanços e as inquietações consagrados na atual legislação.

## AS ESCOLAS TÉCNICAS DO SUS E A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL TÉCNICA DE NÍVEL MÉDIO

A maioria das Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) foi criada a partir da década de 1980, com o objetivo de promover a profissionalização dos trabalhadores de nível médio do setor saúde que não possuíam formação adequada (BORGES et al., 2012).

Em sua trajetória histórica, na década de 1990, a reforma educacional acompanhou a reforma sanitária brasileira e, com o Programa de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio e Elementar para os Serviços Básicos de Saúde (Larga Escala), posteriormente, o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) e o Programa de Formação dos Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS), as ETSUS desempenharam importante papel na formação dos trabalhadores de nível médio dos serviços públicos de saúde brasileiros, contribuindo para o aumento da qualificação e dos vínculos formais de trabalho (BORGES et al., 2012).

Nesse contexto, nasce a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS), com a missão de fortalecer as escolas técnicas e centros formadores do SUS, auxiliando na articulação e disseminação de conhecimentos produzidos na área de educação de técnicos de nível médio em saúde.

Até 2016, a rede contava com quarenta escolas, incluídas aqui as Escolas Estaduais de Saúde Pública - ESP, sendo 33 estaduais, seis municipais e uma federal. O processo de trabalho foi tomado como princípio pedagógico, considerando que a construção do conhecimento se dá a partir das experiências vivenciadas no desempenho da prática profissional, utilizando, para este fim, o norte metodológico da integração ensino-serviço-comunidade, de forma a possibilitar que a formação considere as dimensões técnico-políticas e sociais que envolvem a saúde, capacitando o estudante/trabalhador para uma atuação com competência e cidadania (MACHADO, 2016).

## ESPECIALIZAÇÕES TÉCNICAS DE NÍVEL MÉDIO

A Especialização Técnica de Nível Médio é um curso voltado aos concluintes dos cursos técnicos, com carga horária mínima de 25% da respectiva habilitação profissional, e que compõe o correspondente itinerário formativo da habilitação profissional técnica de nível médio. Visa propiciar o domínio de novas competências em um determinado segmento profissional da área inicialmente habilitada (BRASIL, s.d.).

A Resolução nº 04/1999, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a EPTNM, orienta que poderão ser organizados cursos de especialização de nível técnico, vinculados à determinada habilitação profissional, para o atendimento de demandas específicas. Além disso, os perfis profissionais de especialização profissional de nível técnico serão estabelecidos pela escola, que deverão explicitar, nos certificados de especialização profissional, o título da ocupação certificada (BRASIL, 1999).

A partir da LDB/96, o Decreto nº 5.154/04 dispõe que, entre os cursos de formação continuada da EPTNM, está incluída a especialização, podendo

ser ofertada como itinerário formativo, objetivando o desenvolvimento de aptidões para a vida produtiva e social (BRASIL, 2004). A instituição ofertante de curso de Especialização Técnica de Nível Médio deve ter, em sua oferta regular, o curso de EPTNM correspondente, relacionado estreitamente com o perfil profissional de conclusão da especialização, com carga horária de 25% da carga horária mínima indicada no Catálogo Nacional de Cursos Técnicos para a habilitação profissional à qual se vincula (BRASIL, 2012). A especialização, porém, só pode ser oferecida a quem já tenha sido devidamente habilitado como técnico de nível médio em habilitação profissional do correspondente eixo tecnológico, complementando, assim, a habilitação profissional nesse nível de profissionalização, que deve apresentar-se como intimamente vinculada às exigências e realidade do mundo do trabalho (BRASIL, 2012).

## RELATO DE EXPERIÊNCIA: ESPECIALIZAÇÕES OFERTADAS PELA ETSUS BLUMENAU DR. LUIZ EDUARDO CAMINHA

A ETSUS Dr. Luiz Eduardo Caminha (ETSUS Blumenau), fundada em 1956, tem como missão oferecer formação inicial e continuada, além de educação profissional técnica de nível médio para os trabalhadores do SUS, com a filosofia de formar o indivíduo para exercer a cidadania, desenvolvendo as suas potencialidades, habilidades e competências a fim de legitimá-lo como sujeito de sua própria história (ETSUS BLUMENAU, 2008).

A Escola segue a Política de Educação e de Saúde brasileira e, especificamente, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que é entendida como a aprendizagem no trabalho, e orienta para que a formação desses trabalhadores seja voltada para a efetivação do SUS, sendo necessário, para isto, articular as necessidades dos serviços de saúde às possibilidades de desen-

volvimento dos profissionais, para efetivação das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2007). Desta forma, compete ao SUS a formação de recursos humanos na área da saúde, enquanto a PNEP colabora com a identificação das demandas regionais de formação. Assim, as demandas são acolhidas e atendidas de acordo com as especificidades locais, compartilhadas por meio das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) de cada região de saúde. Neste sentido, a ETSUS Blumenau tem abrangência em 53 municípios das regiões do Alto Vale, Foz do Vale e Médio Vale do Itajaí.

Desde a sua inauguração, a ETSUS Blumenau qualificou trabalhadores de diversas áreas de atuação do setor saúde. Entre 1981 e 1995, iniciou a oferta de especializações para auxiliares de enfermagem nas áreas de Enfermagem Cirúrgica e Auxiliar de Enfermagem do Trabalho, com 236 concluintes (SOUZA et al., 2016). De 2011 a 2016, ofertou especializações na EPTNM para as áreas de Enfermagem em Nefrologia, Enfermagem do Trabalho, Estratégia Saúde da Família, Urgência e Emergência, e na área da Vigilância em Saúde - Gestão da Vigilância em Saúde, com 149 alunos concluintes, contribuindo, assim, para a formação permanente dos trabalhadores de sua área de abrangência (SOUZA et al., 2016).

## PROCESSO DE TRABALHO

Segundo os preceitos da PNEPS, mensalmente a escola participa das reuniões da CIES e acolhe as demandas de formação provenientes das regiões de abrangência, que são deliberadas e pactuadas com os gestores participantes da Comissão Intergestores Regional (CIR), de acordo com os recursos financeiros disponibilizados pelo Ministério da Saúde e/ou pela própria CIES/CIR.

A partir destas deliberações, inicia-se o processo de elaboração dos planos de curso, que são construídos coletivamente no formato de oficinas, contando com a participação de profissionais atuantes na área (rede pública e privada), futuros docentes, futuros estudantes e representantes do Conselho Municipal de Saúde, com mediação de profissionais atuantes na coordenação técnica e pedagógica da escola.

Nestes encontros, são construídas as competências e habilidades esperadas do futuro profissional, o perfil de formação, a definição dos conteúdos (bases tecnológicas) que serão trabalhados, a organização curricular e as estratégias de avaliação. Entre estas estratégias, destaca-se o projeto de intervenção, que consiste na realização de uma atividade educativa e de promoção à saúde relacionada ao tema específico da especialização, considerando o contexto do local de trabalho do estudante/trabalhador (onde ele faz o levantamento de problemas locais, propondo uma sugestão de melhoria e/ou minimização da problemática) e o impacto na melhoria do cuidado ofertado aos usuários do SUS. Após a produção e validação coletiva, o plano de curso é enviado ao Conselho Estadual de Educação para aprovação e, após este processo de autorização, inicia-se a articulação com os municípios de cada macrorregião da área de abrangência da ETSUS Blumenau.

De forma centralizada, os cursos são ofertados na própria estrutura da ETSUS Blumenau e, de forma descentralizada, na CIES, onde é definido o município sede do curso para o qual os estudantes/trabalhadores das cidades próximas se deslocarão para cursar a especialização. A pactuação com o município sede contempla a definição do local onde ocorrerão as aulas, a indicação dos estudantes/trabalhadores e de um coordenador local para auxiliar na organização das atividades, que contarão com a coordenação técnica e pedagógica da

ETSUS Blumenau. Estes dois profissionais atuam na organização da oferta do curso, na capacitação dos envolvidos e na organização dos encontros de formação docente - inicial e continuada -para utilização de metodologias ativas de ensino, além de realizar visitas e atividades de supervisão in loco e encontros de acompanhamento por meio de conselhos de classe.

No decorrer das formações e, ao término das atividades, são realizadas avaliações institucionais, visando melhorias do processo de trabalho e fortalecimento das ações da ETSUS Blumenau. A expertise decorrente deste processo de trabalho acabou por conferir à ETSUS Blumenau o status de referência na formação de profissionais de nível médio na região sul do país.

## CONCLUSÃO

A LDB trouxe identidade própria para a EPTNM e, ao valorizar a educação continuada, deixou claro que a educação profissional estava mais preocupada com o aprendizado efetivo do que com o avanço para aquisição de certificados ou diplomas.

Nesta trajetória, as escolas técnicas do SUS se tornaram protagonistas nos processos formativos ofertados pelo SUS na EPTNM, utilizando os preceitos da PNEP e acolhendo novas demandas de formação e especialização.

A formação de recursos humanos requer, além do fazer operacional, um fazer sustentado em práticas críticas, reflexivas e criativas, possibilitadas por uma formação que valorize o trabalho como locus de aprendizagem, mobilizando avanços nos novos saberes apreendidos, possibilitando o progresso no desenvolvimento de habilidades e melhorias dos cuidados oferecidos à população.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto nº 7.566, de 23 de setembro de 1909. Brasília, DF: 1990. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-7566-23-setembro-1909-525411-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em 01 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CEB n.º 4, de 8 de dezembro de 1999. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. Brasília, DF: MEC, 1999. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb004\\_99.pdf](http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb004_99.pdf). Acesso em 16 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Decreto nº 5.154, de 23 de julho de 2004. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 41 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e dá outras providências. Brasília, DF: MEC, 2004. Disponível em: <https://www.iffarroupilha.edu.br/regulamentos-e-legisla%C3%A7%C3%B5es/portarias-e-legisla%C3%A7%C3%B5es/item/1430-decreto-n%C2%BA-5-154,-de-23-de-julho-de-2004-regulamenta-artigos-da-ldb-educa%C3%A7%C3%A3o-profissional>. Acesso em 16 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: MS, 2009. Disponível em: [https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996\\_20\\_08\\_2007.html](https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html). Acesso em 17 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei nº 11.741, de 16 de julho de 2008. Altera dispositivos da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para redimensionar, institucionalizar e integrar as ações da educação profissional técnica de nível médio, da educação de jovens e adultos e da educação profissional e tecnológica. Brasília, DF: MEC, 2008. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2008/lei/11741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/11741.htm). Acesso em 13 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CEB Nº 6, de 20 de setembro de 2012. Define Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio. Brasília, DF: MEC, 2012. Disponível em: [https://ifc.edu.br/wp-content/uploads/2017/09/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CNE-CEB-06\\_2012.pdf](https://ifc.edu.br/wp-content/uploads/2017/09/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CNE-CEB-06_2012.pdf). Acesso em 16 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Cursos da Educação Profissional Técnica de Nível Médio. Brasília, DF: MEC, s.d. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cursos-da-ept/cursos->

da-educacao-profissional-tecnica-de-nivel-medio. Acesso em 16 ago. 2021.

BORGES, F. T. et al. Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) no Brasil: regulação da integração ensino serviço e sustentabilidade administrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, p. 977-987, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/T4yzxfQT7hys3Ddtqzs3vwD/?lang=pt>. Acesso em 14 ago. 2021.

ETSUS BLUMENAU. Escola Técnica do SUS Blumenau. Projeto Político Pedagógico, 2008.

GALVÃO, E.A. As Escolas Técnicas do SUS: memórias e especificidades. Brasília: Abrasco Livros, 2019.

GALVÃO, E.A. As Escolas Técnicas do SUS: que projetos político-pedagógicos as sustentam? Brasília: Novas Edições Acadêmicas, 2020.

MACHADO, K. RET-SUS: uma história de luta e dedicação. In: SOUZA, D. M.; DANIELSKI, K. ETSUS Blumenau 60 anos. Blumenau: 3 de maio, 2016. Disponível em: <http://bvssite.bvseps.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3991>. Acesso em 15 ago. 2021.

SANTOS, I. Izabel dos Santos: fazendo história na história da enfermagem brasileira. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 41, n. SPE, p. 853-858, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/kRkXkRqhDhfPNkdZSdxXtzM/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 14 ago. 2021.

SOUZA, D. M. et al. Enfermagem na ETSUS Blumenau. In: SOUZA, D. M.; DANIELSKI, K. ETSUS Blumenau 60 anos. Blumenau: 3 de Maio, 2016. Disponível em: <http://bvssite.bvseps.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3991>. Acesso em 15 ago. 2021.

WATERKEMPER, R.; PRADO, M. L.; REIBNITZ, K. S. Paulo Freire: Ideias que Desacomodam. In: PRADO, M. L.; REIBNITZ, K. S. Paulo Freire: a boniteza de ensinar e aprender na saúde. Florianópolis: UFSC, 2016. Disponível em: <http://eden.paginas.ufsc.br/2016/08/25/lancamento-do-livro-paulo-freire-a-boniteza-de-ensinar-e-aprender-na-saude/>. Acesso em 13 ago. 2021



foto: Karina Zambrana / PSF

# A REDE DE ESCOLAS TÉCNICAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (RET/SUS): TRAJETÓRIA, DESAFIOS E PERSPECTIVAS

**Ewângela Aparecida Pereira<sup>23</sup>**

**Denise Rodrigues Fortes<sup>24</sup>**

**Laura Maria Pinheiro Leão<sup>25</sup>**

**Sílvia Helena Mendonça de Moraes<sup>26</sup>**

---

<sup>23</sup> Pedagoga com Mestrado em Educação/ Gerente de Assessoramento Pedagógico da Escola Técnica do SUS Professora Ena de Araújo Galvão - Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul.

<sup>24</sup> Enfermeira com Mestrado Profissional em Saúde Pública: Gestão em Saúde/ Gerente de Educação Permanente da Escola Técnica do SUS Professora Ena de Araújo Galvão- Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul.

<sup>25</sup> Pedagoga com Mestrado em Saúde Pública: Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Escola. Coordenadora Pedagógica da Escola Técnica de Saúde do Centro de Educação Profissional e Tecnológica da Universidade Estadual de Montes Claros-ETS/CEPT/Unimontes.

<sup>26</sup> Pedagoga e Psicóloga, com Mestrado em Saúde Pública. Pesquisadora em Saúde Pública da Fiocruz Mato Grosso do Sul.

## PALAVRAS INICIAIS

O presente capítulo aborda, de forma breve, a construção histórica das Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS), destacando a essência dessas instituições sob o ponto de vista filosófico, conceitual e legal. Traz uma reflexão sobre as fragilidades e ameaças constantemente enfrentadas por essas escolas, o processo atual de incorporação das ETSUS/Centros Formadores (CEFOP) pelas Escolas de Saúde Pública (ESP) vinculadas à esfera estadual e, por fim, discute a trajetória, os desafios e a perspectivas da RET-SUS.

## BREVE CONTEXTO HISTÓRICO

No final dos anos 1970, impulsionado por grandes movimentos sociais, principalmente pela reforma sanitária, o campo da saúde no Brasil buscava ampliar o acesso aos serviços de saúde, sobretudo às populações rurais e do interior do país. É nesse contexto que surgem os programas de expansão de cobertura (PEC), como o Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), criado pelo Decreto nº 84.219, de 14 de novembro de 1979 (BRASIL, 1979).

Despontam, também, nesse período, expressivas políticas de formação de recursos humanos nos serviços de saúde, abrangendo áreas como ensino, gestão, atenção e controle social. Essas políticas se tornaram importantes instrumentos de transformação e reorientação do então modelo assistencial hegemônico, fundamentadas em uma visão ampliada de saúde e na democratização dos serviços e da sociedade (BORGES, et al, 2012).

Nesse contexto, a formação profissional dos trabalhadores da saúde assume uma dimensão central para o avanço das transformações requeridas

naquele momento histórico de construção de um novo sistema de saúde para o país. Era urgente qualificar grandes contingentes de trabalhadores de nível fundamental e médio, que atuavam na área da saúde sem a devida preparação profissional. Assim, no final da década de 1970 foi criado o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), uma das primeiras iniciativas de qualificação massiva desses trabalhadores, e que destacou a importância do debate sobre a formação dos trabalhadores em saúde, fundamentado em projetos educativos que superassem “meios treinamentos” (GALVÃO, 2019).

Na década de 1980, como resposta a essa necessidade de formação, surge o Projeto de Formação em Larga Escala. Esse projeto de cooperação interinstitucional foi resultado de um Acordo de Recursos Humanos firmado entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e Cultura, o Ministério da Previdência e Assistência Social e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), cuja finalidade principal era a formação profissional dos trabalhadores de nível médio e fundamental inseridos nos serviços de saúde (GALVÃO, 2019).

A proposta do projeto, segundo o Ministério da Saúde, apontava para alguns pressupostos fundamentais, a saber: 1) incentivo ao ensino supletivo, atualmente Educação de Jovens e Adultos (EJA), para os trabalhadores inseridos na saúde por ser mais adequado às suas necessidades, devido à flexibilidade quanto à carga horária, tempo de formação e corpo docente, entre outros; 2) processo educativo em serviço, tendo o trabalho como locus privilegiado do processo de ensino-aprendizagem; 3) Integração ensino-serviço, princípio que passou a aproximar mais as instituições de ensino dos serviços de saúde; 4) currículos organizados, estruturados e adequados à educação de adultos; e 5) possibilidade de certificação desses processos de capacitação, que passam a ser oficialmente

reconhecidos pelo sistema educacional, garantindo a esses trabalhadores a ascensão profissional em suas carreiras, bem como a continuação dos estudos em outros níveis de formação (PEREIRA, RAMOS, 2006).

## A CRIAÇÃO DOS CENTROS FORMADORES DE SAÚDE E DAS ESCOLAS TÉCNICAS DO SUS

As estratégias adotadas pelo Projeto de Formação em Larga Escala, no contexto do processo de redemocratização do país e das instituições, bem como os movimentos dos trabalhadores da saúde por reconhecimento profissional, possibilitaram, a partir da década de 1980, a criação dos CEFOR. Esses centros de formação surgem, em sua grande maioria, nas estruturas das secretarias estaduais de saúde e, com o passar dos anos, muitos deles foram transformados em ETSUS.

A principal missão dessas instituições se destinava à qualificação dos trabalhadores já inseridos no sistema de saúde, mas com baixa escolarização, num momento histórico em que não havia ainda a exigência de habilitação profissional prévia para o desempenho das ações e serviços em saúde.

Na realidade, havia uma grande dívida social para com a classe trabalhadora em saúde, que reivindicava uma maior inclusão nos processos de educação profissional então existentes no sistema educacional oficial do país, assim como a valorização desses serviços de saúde nos planos de cargos e carreiras estruturados no campo da saúde. Para se ter uma ideia da dificuldade de acesso por parte de grande parte da população brasileira ao nosso sistema educacional, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) Contínua – módulo Educação, divulgada em julho de 2020, a taxa de analfabetismo no Brasil das pessoas de 15 anos ou mais ficou em 6,6% em 2019,

o que corresponde a 11 milhões de pessoas. Mais da metade dos analfabetos (56,2% ou 6,2 milhões) viviam na região Nordeste e 21,7% (2,4 milhões de pessoas) viviam no Sudeste. Em relação a 2018, houve uma redução de 0,2 por cento na taxa de analfabetismo, correspondendo a aproximadamente 200 mil analfabetos a menos em 2019. Outro dado importante é que, apesar da proporção de pessoas de 25 anos ou mais com ensino médio completo ter crescido no país, passando de 45,0% em 2016 para 47,4% em 2018 e 48,8% em 2019, mais da metade (51,2% ou 69,5 milhões) dos adultos não concluíram essa etapa educacional (IBGE, 2020).

Especificamente sobre a educação profissional, dados do Censo Escolar da Educação Básica 2020, analisados pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), autarquia vinculada ao Ministério da Educação (MEC), indicaram que o número de matrículas da educação profissional apresentou crescimento nos últimos três anos, com um aumento de 4,1% em relação a 2016, alcançando 1,9 milhão. Em relação ao último ano, o número de matrículas apresentou um aumento de 1,1%, influenciado pelo incremento de 65,5 mil matrículas (10,5%) na educação profissional integrada ao ensino médio. Todavia, esse incremento teve impacto reduzido devido à queda de 26,3 mil matrículas (2,7%) na formação técnica subsequente e de 15,9 mil matrículas (6,3%) na educação profissional concomitante ao ensino médio (BRASIL, 2021). A maior parte dos alunos matriculados nessa modalidade de educação tem até 30 anos (78,4%). Desse total, com exceção dos alunos com mais de 60 anos, as mulheres são maioria em praticamente todas as faixas etárias. A maior diferença observada entre os sexos está na faixa de 40 a 49 anos, em que 61,6% das matrículas são de mulheres (BRASIL, 2021).

Com relação às redes de ensino, a maioria das matrículas da educação profissional está na rede estadual, representando 41,7% das matrículas, enquanto as instituições privadas somam 38% das matrículas, seguidas da federal (18,6%). As federais possuem o maior número de vagas ocupadas com cursos da educação profissional: 360.623 matrículas; destas, 14% estão na zona rural (BRASIL, 2021).

Sobre a cor/raças declaradas, dentre 1,4 milhão de matrículas da educação profissional, existe um relativo equilíbrio entre o número de matrículas de brancos e de pretos/pardos, representando, respectivamente, 47,4% e 51,5%. Porém, nota-se um quantitativo maior de pretos/pardos na EJA profissional de nível médio (83,3%) e, também, nos cursos de formação inicial e continuada (FIC) ou de qualificação profissional, em que eles representam 66,0% das matrículas. Os alunos declarados como amarelos/indígenas representam somente 1,1% do total de matrículas (BRASIL, 2021).

É nesse quadro de exclusão e acesso tardio ao sistema de educação formal que grande parte dos trabalhadores de nível fundamental e médio, então inseridos no setor saúde, se encontrava quando da criação dos CEFOR e das ETSUS. Desde a sua origem, o público-alvo das ETSUS foram os adultos provenientes das camadas populares, marginalizados pelo sistema formal de educação e que atuavam em funções vitais nos serviços públicos de saúde.

A luta dessas instituições pela inclusão e democratização do acesso a um ensino técnico de qualidade se integra e inter-relaciona com a luta desses mesmos trabalhadores por melhor visibilidade e valorização do seu processo de trabalho na saúde e na sociedade.

## OS GRANDES PROGRAMAS DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE

A experiência brasileira, vivenciada com o Projeto Larga Escala, serviu de modelo para outros programas de desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Na década de 1990 surgiu o Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da área da Enfermagem (PROFAE), desenvolvido com recursos provenientes de empréstimo junto ao Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), do Tesouro Nacional e do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). O PROFAE tinha como meta a qualificação de 180 mil auxiliares de enfermagem dos 225 mil trabalhadores cadastrados sem a devida qualificação, e a formação de 72 mil técnicos em enfermagem dos 90 mil Auxiliares de Enfermagem cadastrados que prestavam assistência à saúde. Outra meta importante era fortalecer as ETSUS, proporcionando a essas instituições estratégias de sustentabilidade, como investimentos em estrutura física, equipamentos e sistemas de informação, além de fortalecimento gerencial (BRASIL, 1990, BRASIL, 2006). Conforme dados do Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, no período de 2000 a 2009, o PROFAE formou 319.518 trabalhadores de enfermagem, sendo o maior projeto de capacitação e formação técnica em saúde na história do Brasil (BORGES, et al., 2012).

Com objetivos semelhantes de fortalecimento das ETSUS e formação técnica, o Ministério da Saúde criou o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS), que tinha como meta atingir 260 mil trabalhadores de diversas áreas da saúde até o final de 2011. As áreas contempladas pelo programa eram: Vigilância em Saúde, Radiologia, Citopatologia e Hemoterapia. Também previa a formação de técnicos em Manutenção de Equipamentos, Saúde Bucal, Prótese Dentária, Enfermagem e a qualificação em saúde

do idoso para profissionais inseridos nas Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e profissionais de enfermagem que atuassem em instituições de longa permanência, além da formação dos Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2010).

É notório salientar dois aspectos que chamam a atenção a partir da contextualização feita até o momento sobre os programas de formação voltados para o nível médio. Podemos observar que não existe uma política nacional para formação profissional técnica de nível médio na área da saúde, apenas programas que são estabelecidos ao longo do tempo, e por diferentes governos. Isso faz com que haja descontinuidade e rupturas que afetam os processos formativos desses trabalhadores.

Uma vez que esses programas, de certa forma, incentivam a realização da formação em saúde por meio das ETSUS, sobretudo a partir da década de 1990, as mesmas foram colocadas em um sistema de competição com a iniciativa privada, uma vez que programas de cunho neoliberal têm possibilitado a participação de instituições particulares (PRONKO, et al., 2011) as quais, em sua gênese, não possuem compromisso com uma formação crítica voltada para o SUS. Essa situação contribui para o enfraquecimento das instituições públicas, dificultando o acesso e garantia do direito à educação profissional dos trabalhadores de nível médio da saúde.

## O SURGIMENTO DA REDE DE ESCOLAS TÉCNICAS DO SUS (RET-SUS)

Conforme reflexão realizada anteriormente, apesar da execução de esses programas de formação de recursos humanos, os CEFOR e as ETSUS continuaram a ter fragilidades e dificuldades para o cumprimento de sua missão, pois são instituições de ensino que nasceram vulneráveis e desprovi-

das de força política, não possuindo autonomia financeira e administrativa.

Nesse cenário, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria Ministerial nº 1.298, de 28 de novembro de 2000, cria a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS) composta, então, pelas 26 primeiras Escolas Técnicas do SUS/Centros Formadores e vinculadas às instâncias gestoras do SUS (BRASIL, 2000).

Os principais objetivos da rede eram: compartilhar informações, experiências e conhecimentos; discutir e buscar soluções para problemas comuns; difundir metodologias e recursos tecnológicos (...); promover a articulação e integração das instituições formadoras de nível médio (...) (REIS, et al., 2004). Para seu funcionamento, a RET-SUS contava com duas instâncias: a Comissão Geral de Coordenação, que dirigia a coordenação político-administrativa, com representantes estratégicos pertinentes à área de formação/qualificação de recursos humanos, então sob a responsabilidade da Coordenação Geral de Ações Técnicas em Educação, vinculada ao Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde (CGATES/DEGES/SGTES/MS); a segunda, a Secretaria Técnica, encarregada do apoio técnico para o funcionamento da Rede, que ficava sediada na Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), e que ainda funcionava como estação de trabalho da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ROREHS) para o nível médio. O Ministério da Saúde e a OPAS propiciavam as condições técnicas e financeiras para seu funcionamento (REIS, et al., 2004).

Cabe destacar a relevância da implantação, em 1999, da ROREHS, que tinha por finalidade principal a produção e difusão de informações, análises e estudos sobre políticas e gestão de recursos humanos, mercado de trabalho, formação e regulação profissional, o que possibilitou a EPSJV/Fiocruz a se credenciar como uma estação de trabalho voltada para o nível médio, incrementando a produção científica nessa área (REIS, TONHÁ, PADOANI, 2004).

Em 2009, após nove anos de funcionamento e a solicitação de novas escolas para ingresso na RET-SUS, foi publicada a Portaria nº 2.970, de 25 de novembro de 2009, que expandiu a entrada na Rede, mediante critérios previamente definidos que asseguravam a identidade dessas escolas, principalmente no que diz respeito à gestão e ao modelo pedagógico por elas adotados, desde os tempos do Projeto Larga Escala (BRASIL, 2009). Sobre esse modelo pedagógico, cabe ressaltar a sua importância para os trabalhadores de nível fundamental e médio que, como mencionado anteriormente, apresentam, em sua maioria, vulnerabilidade social com defasagens educacionais importantes, pois geralmente não tiveram acesso ou abandonaram a educação formal na idade apropriada, muitas vezes por trabalharem durante o dia e só conseguirem estudar no período noturno. Os CEFOR e as ETSUS, para adequarem-se à realidade desse público, quase sempre oferecem cursos técnicos no período noturno e no próprio município onde eles residem, facilitando o acesso a esses cursos. Adotam ainda concepções pedagógicas voltadas para a educação de adultos, com processos de ensino e aprendizagem significativos, contextualizados com seus processos de trabalho no SUS e com a adoção de metodologias que permitam o protagonismo e o desenvolvimento de um conhecimento crítico e construtivo da realidade em que estão inseridos.

Em 2009, após nove anos de funcionamento e a solicitação de novas escolas para ingresso na RET-SUS, foi publicada a Portaria nº 2.970, de 25 de novembro de 2009, que expandiu a entrada na Rede, mediante critérios previamente definidos que asseguravam a identidade dessas escolas, principalmente no que diz respeito à gestão e ao modelo pedagógico por elas adotados, desde os tempos do Projeto Larga Escala (BRASIL, 2009). Sobre esse modelo pedagógico, cabe ressaltar a sua importância para os trabalhadores de nível fundamental e médio que, como mencionado anteriormente, apresentam, em sua maioria, vulnerabilidade social com defasagens educacionais importantes, pois geralmente não tiveram acesso ou abandonaram a educação formal na idade apropriada, muitas vezes por trabalharem durante o dia e só conseguirem estudar no período noturno. Os CEFOR e as ETSUS, para adequarem-se à realidade desse público, quase sempre oferecem cursos técnicos no período noturno e no próprio município onde eles residem, facilitando o acesso a esses cursos. Adotam ainda concepções pedagógicas voltadas para a educação de adultos, com processos de ensino e aprendizagem significativos, contextualizados com seus processos de trabalho no SUS e com a adoção de metodologias que permitam o protagonismo e o desenvolvimento de um conhecimento crítico e construtivo da realidade em que estão inseridos.

## IDENTIDADE E PROJETO PEDAGÓGICO DOS CENTROS E ESCOLAS TÉCNICAS DO SUS

Para bem entendermos a identidade e o projeto pedagógico das escolas pertencentes à RET-SUS, é necessário compreendermos a estrutura de nossa Educação Nacional. Em consonância com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, nº 9394/66, há somente dois níveis de educação para o ensino regular, ou seja, para os alunos que se matriculam e permanecem na escola nas faixas etárias abaixo recomendadas:

*Quadro 1: Níveis educacionais e faixas etárias correspondentes*

<b>1) Educação Básica:</b>
a) Educação Infantil- até os 5 anos
b) Ensino Fundamental- até os 14 anos
c) Ensino Médio – dos 15 aos 17 anos
<b>2) Superior- após os 17 anos</b>

Fonte: As autoras, 2021.

Para aqueles que não lograram o acesso ou a permanência na idade estipulada, busca-se a Educação de Jovens e Adultos (EJA) para complementação dos estudos propedêuticos, ou a Educação Profissional, para assegurar acesso ou permanência no mercado de trabalho. Vale ressaltar que a educação profissional técnica de nível médio não tem subordinação ao ensino superior - ambos os níveis de ensino guardam as suas respectivas identidades e objetivos educacionais.

Importante, também, nessa discussão sobre a identidade dos CEFOR e das ETSUS, é discorrer sobre o público-alvo dessas escolas: trabalhadores da saúde, com mais de dezoito anos de idade que, geralmente, fizeram o ensino médio por meio da EJA, e se matriculam em seus cursos de educa-

ção profissional em saúde na busca por formação e valorização profissional.

Nesse cenário, reafirma-se o papel relevante dos CEFOR e ETSUS para a inclusão e democratização da formação profissional dos trabalhadores de nível fundamental e médio, que correspondem a cerca de 60% ou mais da força de trabalho no SUS, ocupando uma posição estratégica na estrutura organizacional da saúde no país (MACHADO, et al., 2006).

Essas escolas pertencem a diferentes esferas de governo, órgãos da administração pública direta, fundações, autarquias e instituições de ensino. Uma são vinculadas às secretarias municipais de saúde, como é o caso da Escola Técnica de Saúde de Blumenau, estado de Santa Catarina; outras são vinculadas às Universidades, como por exemplo, a Escola Técnica de Saúde da Unimontes, vinculada à Universidade Estadual de Montes Claros; e outras, ainda, pertencem à esfera estadual, porém, não são vinculadas às secretarias de saúde, pois são mantidas pela Secretaria de Educação, como a Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha, Acre; ou a Escola de Formação Técnica em Saúde Izabel dos Santos, da Secretaria Estadual da Ciência e Tecnologia do estado do Rio de Janeiro. Embora haja essa diversidade de vinculações, grande parte dos CEFOR e ETSUS, quando da sua criação, pertencia à esfera estadual e era mantida pelas secretarias estaduais de saúde, fato que atendia a uma exigência constitucional, conforme o artigo 211 da Constituição Federal, na qual os estados e o Distrito Federal devem atuar prioritariamente no Ensino Fundamental e Médio, sendo, portanto, o ensino técnico de nível médio responsabilidade dessa esfera governamental. Isso faz com que não haja a necessidade de se ter uma escola voltada para a educação profissional em todos os municípios (BRASIL, 1988).

Fato relevante é que, para ofertarem cursos de educação profissional técnica de nível médio, essas escolas das esferas estaduais necessitam estar credenciadas e ter autorização dos respectivos Conselhos Estaduais de Educação de seus estados para a expedição de diplomas dos cursos técnicos. Dessa forma, os CEFOR e as ETSUS, no campo da saúde, em sua grande maioria, são instituições do estado que ajudam a cumprir essa competência constitucional atribuída à esfera estadual, uma vez que, na operacionalização dos seus cursos, descentralizam a execução curricular para os municípios onde se encontram os trabalhadores de nível fundamental e médio das secretarias municipais de saúde, facilitando, assim, o acesso desse público em seus processos de formação profissional.

As experiências adquiridas ao longo da história com a execução de programas como o Larga Escala, seguido do PROFAE, ajudaram essas escolas a construir projetos pedagógicos diferenciados que, aos poucos, foram originando uma identidade e características próprias dessas instituições. Conforme determina a Portaria nº 2.651, de 10 de outubro de 2017, que dispõe sobre a Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS) em seu art. 3º, (BRASIL, 2017), os CEFOR e as ETSUS devem apresentar as seguintes características:

I - quanto à gestão:

- a) descentralização curricular;
- b) processo administrativo centralizado; e
- c) atuação multiprofissional.

II - quanto ao modelo pedagógico:

- a) eixo metodológico que contemple a integração ensino-serviço;
- b) adequação do currículo ao contexto regional;

c) utilização pedagógica dos espaços de trabalho;

d) avaliação de desempenho com supervisão e acompanhamento pedagógico;

e) docência exercida no campo de trabalho por profissional de nível superior qualificado pedagogicamente; e

f) princípios e diretrizes do SUS como norteadores dos planos de cursos.

Essas características conferem aos CEFOR e às ETSUS uma identidade própria, que as diferenciam de outras instituições de ensino que atuam na área da educação profissional. Assim, as descentralizações curriculares dos cursos, com a manutenção de seus processos administrativos centralizados em sua sede, além da atuação multiprofissional no campo da saúde, são adotadas nos projetos pedagógicos dessas escolas.

Outra potencialidade pedagógica é a valorização da integração ensino-serviço-comunidade, fundamentada nos pressupostos da educação permanente, na qual os espaços e processos de trabalho assumem locus privilegiado na formação dos trabalhadores da saúde. Isso tudo se integra à adequação dos currículos ao contexto regional e às necessidades locais do trabalho em saúde. Para isso, os CEFOR e as ETSUS possuem grande capacidade de articulação com os municípios e as instâncias colegiadas do SUS.

Conforme Borges, et al. (2012), a partir de 2004, a Política de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) passa a guiar as ações das escolas por se tratar de uma aprendizagem no trabalho, que incorpora o aprender e ensinar no cotidiano das organizações. Dessa forma, a integração ensino-serviço é uma proposta metodológica central para o desenvolvimento de conhecimentos e habilida-

des requeridas pelos serviços nos processos da educação profissional de nível médio em saúde.

Ainda sobre os currículos, e em consonância com a concepção pedagógica adotada por essas escolas, busca-se a integração para não fragmentar os conhecimentos em inúmeras disciplinas, o que dificulta a compreensão dos processos de trabalho e da própria realidade. Pelo contrário, a interdisciplinaridade é incentivada como importante estratégia para o processo de aprendizagem, auxiliando na compreensão da realidade concreta e sua complexidade.

Os processos avaliativos também se alinham com os pressupostos pedagógicos adotados por essas escolas, a partir das experiências educativas vivenciadas anteriormente, como o projeto Larga Escala, no qual se procurava realizar uma avaliação que fosse processual com fins formativos, em que os erros e dificuldades dos estudantes trabalhadores eram constantemente diagnosticados para serem trabalhados durante o desenvolvimento da aprendizagem (GALVÃO, 2019). Outra característica importante sobre a avaliação realizada por essas escolas é buscar, no acompanhamento do desempenho escolar dos estudantes/trabalhadores, integrar os serviços na supervisão e acompanhamento pedagógico, com vistas a uma real transformação dos processos de trabalho.

Quanto ao corpo docente dessas escolas, em sua maioria, é constituído por profissionais de nível superior que atuam preferencialmente na assistência à saúde, em seus diversos níveis de complexidade. Para o exercício da docência, recebem capacitação pedagógica segundo os princípios e diretrizes do SUS e os pressupostos pedagógicos adotados por essas instituições, os fundamentos basilares para essa atuação. Ressalta-se ainda que, nos cursos do CEFOR e das ETSUS, grande parte dos estudantes/trabalhadores e dos docentes são do

SUS e a realidade vivenciada nos serviços e ações de saúde é o principal recurso pedagógico adotado por essas instituições.

Quanto às fragilidades detectadas ao longo da atuação da RET-SUS, o que mais se destacou foi a pouca visibilidade da maioria dessas escolas, que não eram unidades dotadas de orçamento próprio, fato que dificulta e muitas vezes inviabiliza a realização de suas missões, pois não conseguem ampliar e manter a infraestrutura física de suas sedes, bem como a composição de equipes de trabalho com quadros fixos e permanentes tanto qualitativa quanto quantitativamente.

Esse quadro se agrava, conforme já destacado anteriormente, por não haver uma política de Estado para a educação profissional em saúde. Passadas tantas décadas desde a criação da RET-SUS, apenas os dois últimos programas de formação de recursos humanos como o PROFAE e o PROFAPS continuam sendo os faróis dessas instituições, a apontar para a potencialidade do trabalho por elas desempenhado.

## SITUAÇÃO ATUAL DA RET-SUS

Ao longo de algumas décadas de existência, a RET-SUS conseguiu desenvolver com êxito muitos de seus objetivos, como o estabelecimento de vínculos cooperativos e compartilhamento de experiências sobre os processos de formação profissional técnica de nível médio entre as escolas parceiras. Conquistas foram alcançadas com muitas dessas escolas, por exemplo, assegurando a aquisição de prédios próprios para as suas sedes, bem como o reconhecimento do trabalho por elas desenvolvido. A rede, enfim, teve alguma visibilidade com repercussões bastante positivas no campo da saúde em âmbito nacional.

A RET-SUS, no auge de sua composição, chegou a ter cerca de 40 ETSUS/CEFOR. Sabe-se que o Brasil é dividido em 26 estados e o Distrito Federal, ou seja, ao todo, o Brasil possui 27 unidades federativas e a rede contava, ao menos, com uma escola por estado.

Embora tivessem ocorrido muitas conquistas, as ameaças e fragilidades nunca deixaram de acompanhar a vida institucional das escolas. Um exemplo disso foi um movimento que surgiu a partir dos anos 2000, que começou aparentemente de forma pontual e localizada e que levou alguns CEFOR e ETSUS a serem incorporados pelas Escolas de Saúde Pública (ESP). As ESP são escolas destinadas ao ensino superior e possuem, geralmente, como público-alvo, os trabalhadores da saúde de nível superior, ofertando cursos de pós-graduação de interesse para o SUS, além de cursos de qualificação na concepção da educação permanente em saúde.

Após acessar sites pertencentes às ESP de muitos estados do país, e analisar a história de criação, organograma e estrutura por elas mesmas divulgadas, percebe-se que grande parte das ETSUS da

esfera estadual, principalmente as que possuem vínculo com as secretarias estaduais de saúde, deixou de ser uma escola técnica para se tornar apenas um departamento ou uma coordenação voltada para a educação profissional técnica de nível médio, funcionando na estrutura e dependências da ESP. Em alguns estados, a incorporação se deu no mesmo ato de publicação da criação da ESP, que até aquele momento não existia, fato justificado como uma alternativa ao não fechamento da ETSUS e medida de fortalecimento e unificação das escolas.

Sabe-se que, ao longo de sua trajetória, a atuação independente das ETSUS/CEFOR sempre foi viável e positiva, trazendo visibilidade às necessidades específicas dos profissionais de nível médio, considerando a articulação e o apoio estabelecidos historicamente pelos entes envolvidos. Assim, a unificação de instituições cujo público e missão possuem especificidades diferenciadas pode significar um conflito de identidade que, em última instância, culmine em perda de espaço, voz e representatividade.

Ao que parece, muitas das escolas técnicas que possuíam, inclusive, sede própria, acabaram também deixando de ter infraestrutura física independente e passaram a compartilhar o mesmo prédio com as ESP, como se pode observar no quadro abaixo:

Quadro 2: Escolas técnicas da esfera estadual que ainda se mantêm como ETSUS/ CEFOR, com as suas respectivas sedes e infraestruturas:

Nome da Escola	Região	Estado	Vínculo
Escola Técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão	Centro-Oeste	Mato Grosso do Sul	Secretaria Estadual de Saúde
Centro Formador de Pessoal Para a Saúde (CEFOR Assis)	Sudeste	São Paulo	Secretaria Estadual de Saúde
Centro Formador de Pessoal Para a Saúde ( CEFOR Franco da Rocha)	Sudeste	São Paulo	Secretaria Estadual de Saúde
Centro Formador de Pessoal Para a Saúde (CEFOR São Paulo)	Sudeste	São Paulo	Secretaria Estadual de Saúde
Centro de Formação de Recursos Humanos para o SUS/SP de Araraquara “Profª Maria Helena de Oliveira e Silva de Nardi”	Sudeste	São Paulo	Secretaria Estadual de Saúde
Centro Formador de Recursos Humanos Para Pessoal da Saúde (CEFORH- de Pariquera-Açu)	Sudeste	São Paulo	Secretaria Estadual de Saúde
Escola de Formação Técnica em Saúde Izabel dos Santos	Sudeste	Rio de Janeiro	Secretaria Estadual de Ciência e Tecnologia
Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha	Norte	Acre	Secretaria Estadual de Educação

Fonte: As autoras, 2021.

Percebe-se que há, ainda, unidades CEFOR e ETSUS vinculadas à esfera estadual que não deixaram de ser escolas técnicas, sendo que, nos estados de São Paulo e Mato Grosso do Sul, essas escolas/centros formadores continuam vinculadas à SES, desde a sua criação.

Em um cenário de grandes vulnerabilidades e dificuldades, a incorporação das ETSUS/CEFOP pelas ESP sinaliza certo retrocesso para a educação profissional técnica de nível médio em saúde nessa esfera de governo, pois, ao deixarem de ser instituições de ensino voltadas prioritariamente para o ensino médio e técnico em saúde, elas geralmente perdem orçamento específico e agenda de discussão e debates para essa modalidade de ensino. Assim, o trabalho desenvolvido por essas escolas perde visibilidade e protagonismo, como também enfraquece a luta dos trabalhadores de nível fundamental e médio pela valorização e reconhecimento profissional por meio, principalmente, do acesso à educação profissional técnica de nível médio.

Outro sinal que indica que essa incorporação dos CEFOP e ETSUS pelas ESP enfraqueceu a educação profissional técnica em saúde para o SUS é que a Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública<sup>27</sup>, ao realizar suas reuniões nacionais, discute quase sempre temáticas destinadas à educação permanente e voltadas para a qualificação dos trabalhadores de nível superior. Não tem havido espaço para temas e discussões específicas para a formação técnica de nível médio.

Apesar do cenário desfavorável para a educação profissional técnica de nível médio para o SUS, a RET-SUS não foi extinta, sendo normatizada atualmente pela Portaria nº 2651, de 10 de outubro de 2017, que dispõe que a Secretaria Executiva continua sediada na CGATES/DEGES/SGTES/MS e que tem a competência de prestar apoio técni-

---

27 A Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública é composta por 48 instituições de ensino, integrando escolas ligadas aos Sistemas Estaduais e Municipais de Saúde e os centros universitários engajados nessas atividades nas cinco regiões do país. É coordenada por um Grupo de Condução, composto por representantes de 10 escolas, por meio de uma Secretaria Técnica Executiva com sede na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP).

co e administrativo para o funcionamento da Rede (BRASIL, 2017).

Assim, destaca-se o papel do Ministério da Saúde para o fortalecimento da RET-SUS, sendo imprescindível a sua atuação, pois é notório que o Estado desempenha importante função na indução de políticas e ações públicas, intervindo decisivamente para a redução das desigualdades e iniquidades sociais, com vistas ao desenvolvimento e crescimento social da nação.

Considerando a competência do SUS para ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde, prevista no inciso III do artigo 200 da Constituição (BRASIL, 1988) e no inciso III do artigo 6 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), é urgente que o Ministério da Saúde volte a fomentar discussões e debates acerca da educação profissional técnica de nível médio para o SUS, com vistas a promover agendas voltadas para a elaboração de uma política de educação profissional em saúde, que assegure a sustentabilidade financeira, autonomia e valorização de suas ações, o que seria decisivo para o fortalecimento da formação técnica do pessoal de nível médio.

## CONCLUSÃO

A RET-SUS deve continuar na luta por um de seus principais objetivos: mobilizar o conjunto das instituições que atua na área da educação profissional técnica de nível médio, visando o seu fortalecimento e o avanço dos processos técnico-políticos nesse campo tão importante para a saúde.

O papel das ETSUS/CEFOP frente à valorização e apoio à educação profissional técnica de nível médio permanece e se torna ainda mais necessário dentro do atual contexto pandêmico, em que a maior parte da mão de obra assistencial é consti-

tuída por trabalhadores de nível médio que, geralmente, tendem a ser, por consequência, os mais atingidos por seus flagelos.

Independente da configuração e do lugar que ocupem dentro de organogramas e estruturas institucionais, as ETSUS/CEFOP são imprescindíveis para o desenvolvimento do SUS e necessitam de fortalecimento para que prossigam em sua relevante missão.

Apesar das fragilidades e dificuldades existentes, a rede ainda conta com instituições competentes nessa área, e com muita experiência e conhecimento sistematizado nessa longa trajetória percorrida. É necessário retomar os vínculos, o diálogo entre os pares e o trabalho cooperativo, pois somente a união e a luta coletiva dos que atuam na educação profissional técnica de nível médio em saúde promoverá a coragem e a força para novos enfrentamentos, bem como a criação de novas estratégias que contribuam com o atendimento das necessidades e efetividade dos direitos dos trabalhadores de nível médio em saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Câmara dos Deputados. Decreto nº 84.219, de 14 de novembro de 1979. Dispõe sobre a intensificação e expansão de serviços básicos de saúde e saneamento, aprova o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) para o período 1980-1985 e dá outras providências. Brasília, DF: CD, 1979. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-84219-14-novembro-1979-433518-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em 25 jul. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988. Brasília, DF: Casa Civil, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em 12 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: MS, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em 11 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.298, de 28 de novembro de 2000. Instituir a Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (RET-SUS). Brasília, DF: MS, 2000. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/trabalho-educacao-e-qualificacao/provisao-de-profissionais/674-assuntos/trabalho-e-educacao-na-saude/40537-portarias>. Acesso em 25 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. PROFAE. Brasília, DF: MS, 2006. Disponível em: <https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/biblioteca/profae-profissionalizacao-dos-trabalhadores-da-area-de-enfermagem>. Acesso em 10 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.970 de 25 de novembro de 2009. Institui a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS) e dispõe sobre as diretrizes para a sua organização. Brasília, DF: MS, 2009. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2970\\_25\\_11\\_2009.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2970_25_11_2009.html). Acesso em 10 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Programa de Formação Profissional na área da Saúde (PROFAPS). Brasília, DF: MS, 2010. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/>

wp-content/uploads/2011/01/NT-n.-1311-%E2%80%93-Programa-de-Formac%CC%A7a%CC%83o-Profissional-na-A%CC%81rea-de-Sau%CC%81de-%E2%80%93-Profaps-%E2%80%93-Pactuac%CC%A7a%CC%83o-do-repasse-dos-recursos-fundo-a-fundo2011.pdf. Acesso em 20 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2651 de 10 de outubro de 2017. Dispõe sobre a Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS). Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2017/prt2651\\_16\\_10\\_2017.html](https://bvsm.sau.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2017/prt2651_16_10_2017.html). Acesso em 25 jul. 2021.

BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Censo da educação básica 2020: resumo técnico [recurso eletrônico] – Brasília: Inep, 2021. 70 p.: il. ISBN: 978-65-5801-012-8. Disponível em: [https://download.inep.gov.br/publicacoes/institucionais/estatisticas\\_e\\_indicadores/resumo\\_tecnico\\_censo\\_escolar\\_2020.pdf](https://download.inep.gov.br/publicacoes/institucionais/estatisticas_e_indicadores/resumo_tecnico_censo_escolar_2020.pdf). Acesso em 18 jul. 2021.

BORGES. F.T.; GARBIN. C. A.S.; SIQUEIRA. C.E.; GARBIN. A.J.I.; ROCHA.N.B.; LOLLI. L.F.; MOIMAZ. S.A.S. Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) no Brasil: regulação da integração ensino serviço e sustentabilidade administrativa. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 17 (4). Abr. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/T4yzxfQT7hys3Ddtqzs3vvd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 10 jul. 2021.

IBGE. PNAD Educação 2019: Mais da metade das pessoas de 25 anos ou mais não completaram o ensino médio. 15 de jul. de 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28285-pnad-educacao-2019-mais-da-metade-das-pessoas-de-25-anos-ou-mais-nao-completaram-o-ensino-medio>. Acesso em 15 jul. 2021.

GALVÃO. E. As Escolas Técnicas do SUS - Memórias e Especificidades. Ed. Abrasco Livros. 2019. 131p.

MACHADO. M. H.; WERMELINGER. M.; TAVARES. M.F.L de.; MOYSÉS.N.M.N.; TEIXEIRA. M.; OLIVEIRA.E.S.de. Análise da força de trabalho do setor saúde no brasil: focalizando a feminização. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Observatório de Recursos Humanos. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/FTSRELATORIO.pdf>. Acesso em 02 Ago. 2021.

PEREIRA, IB.; RAMOS, MN. Educação Profissional em Saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Temas em saúde collection. 120 p. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/zb2gf/pdf/pereira-9788575413180.pdf>. Acesso em 28 jul. 2021.

PRONKO, M. et al. (EDS.). A Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde no Brasil e no Mercosul. RIO DE JANEIRO: EPSJV, 2011.

REIS. R; TONHÁ.M G.D.C.; PADOANI. M.P. Trabalhar em Rede: um Desafio para as Escolas Técnicas do SUS. *Relato. Revista Trabalho, Educação e Saúde*. 2 (1). Mar 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/VjkMgXKmcBY9LSy4Z3yRdkR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 25 jul. 2021.



foto: Breno Esaki/Agência Saúde DF

# O CAMINHO PERCORRIDO NA FORMAÇÃO EM SERVIÇO DO TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL POR MEIO DO CURRÍCULO INTEGRADO NO CENTRO FORMADOR DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS

**Eliana Maria de Oliveira Sá<sup>28</sup>**

---

<sup>28</sup> Dentista, especialista em Saúde Coletiva e mestre em Educação. Trabalha atualmente na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, MG.

## INTRODUÇÃO

Este relato de experiência resgata historicamente a formação em serviço por meio do currículo integrado do Técnico em Saúde Bucal no Centro Formador da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Descreve os ajustes na reconstrução da proposta à luz da Reforma Educacional. Identifica alguns resultados encontrados ao longo dos anos na integração ensino serviço comunidade e analisa a tendência atual das fontes de financiamento da formação técnica em saúde bucal.

A Rede de Escolas Técnicas de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) foi criada pelo Ministério da Saúde do Brasil, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde e pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde para facilitar a articulação entre elas e fortalecer a Educação Profissional em Saúde. É composta pelas Escolas Técnicas do SUS e Centros Formadores de Recursos Humanos do SUS, distribuídos em todos os estados do Brasil. São entidades governamentais que atuam no âmbito do setor de saúde e têm como propósito fortalecer a formação e a qualificação de profissionais de nível médio que atuam no setor. Possuem como princípio a inclusão social dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2019).

Em Minas Gerais, existem duas Escolas de Formação Técnica: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG), onde se localiza o centro de formação técnica e a Escola Técnica de Saúde Unimontes. A ESP-MG é vinculada diretamente ao Gabinete do Governador do Estado. Desde 1984, o Centro Formador da ESP-MG foi autorizado pela Secretaria Estadual de Educação para a formação de profissionais de nível médio em saúde. Neste período, a grande maioria dos profissionais formados eram Auxiliares de Enfermagem.

## A CONSTRUÇÃO DO CURRÍCULO INTEGRADO E SUA IMPLANTAÇÃO

Na década de 1980, com a implantação da estratégia da formação de profissionais por meio do Projeto Larga Escala, começaram a ser construídos os currículos integrados para a formação em serviço dos trabalhadores de nível médio da saúde. Avanços significativos na construção desta proposta político-pedagógica foram registrados em vários estados do Brasil. A sub-área da enfermagem, ao repensar o que é fazer Saúde e Enfermagem, construindo e implantando os cursos de formação em serviço dos Auxiliares de Enfermagem por meio do currículo integrado (BRASIL, 1994a), antecedeu um movimento que depois se estenderia à Saúde Bucal.

Em 1987, em Minas Gerais, a partir de uma encomenda da Comissão Interministerial composta pelo Ministério da Saúde (MS), Previdência e Assistência Social (MPAS), Educação (MEC) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), um grupo de três dentistas iniciou a construção do guia curricular para a formação do Técnico em Higiene Dental (THD) para atuar na rede básica do ainda incipiente SUS. Com metodologia definida, a proposta pedagógica consiste em formar os profissionais da saúde bucal sem retirá-los da prática do serviço público. Num exercício de reflexão da própria prática profissional, numa espiral de apropriação do conhecimento, o aluno trabalhador é desafiado a transformá-la à luz de novos conhecimentos científicos. O currículo integrado se fundamenta no princípio de que a aprendizagem requer um processo de aproximações sucessivas e cada vez mais amplas e integradas, de modo que o educando, a partir da reflexão sobre as suas experiências e percepções iniciais, observa, reelabora e sistematiza seu conhecimento acerca do objeto em estudo. Essa escolha aponta para uma concepção educacional que busca resgatar, para os

trabalhadores de nível médio em saúde, o conceito e a prática da cidadania e permite a reflexão, a crítica e o domínio do conhecimento indispensáveis à reformulação de sua prática profissional. O currículo integrado do THD foi concluído em três anos e a guia curricular foi publicada pelo MS (BRASIL, 1994a).

Nesta época, estudos de demanda feitos pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais estimavam uma necessidade de formação de 1.866 técnicos na área de saúde bucal para o conjunto dos 853 municípios. O trabalho inicial deste profissional seria garantir a universalização de procedimentos coletivos no controle da incidência da doença cárie dentária em crianças e adolescentes de 5 a 14 anos. Tal necessidade de formação aumentava se fosse considerado o grupo de gestantes, adultos, idosos e crianças de 0 a 4 anos. As condições epidemiológicas, bem como a necessidade de racionalização da assistência em saúde bucal, respaldavam o investimento na formação destes profissionais. Em 1996, teve início a capacitação técnica e pedagógica para os docentes do curso de THD (BRASIL, 1994b). Foram 24 dentistas de municípios mineiros, selecionados de maneira a contemplar todas as regionais de saúde do estado, para organizar localmente os serviços de saúde bucal e, também, exercerem a função de instrutor.

Em 1997, o Centro Formador da ESP-MG, berço do currículo integrado, iniciou a primeira turma descentralizada para a formação técnica na área da saúde bucal. O corpo docente era constituído de pessoal legalmente habilitado, segundo as normas do Sistema Estadual de Ensino. Os docentes do curso eram dentistas da rede de serviço do SUS. Os cursos eram organizados de modo a alternar períodos de concentração e dispersão, observada a metodologia de integração ensino-serviço.

A “concentração” se refere ao momento do curso destinado ao desenvolvimento de conteúdo. Todos os alunos se reúnem (concentrados) no Centro Formador, que foi descentralizado para um município-sede. Os períodos de concentração são caracterizados como momentos de reflexão/teorização da prática profissional. São considerados como momentos de reconstrução teórica de formas, princípios mais elaborados e científicos que buscam instrumentalizar e explicitar a prática profissional.

A “dispersão” é o momento do curso destinado ao desenvolvimento das habilidades práticas. Os alunos estão distribuídos (dispersos) em diferentes unidades de atendimento do SUS; num posto, centro de saúde ou policlínica dos municípios de origem, onde já trabalhavam integrados formalmente ao sistema de saúde, em geral próximos do município sede onde ocorre a concentração.

Na dispersão há a orientação, o acompanhamento e registro sistemático do desenvolvimento do educando. Este momento visa favorecer a reflexão de cada aluno trabalhador no universo das funções para as quais está se habilitando. É na dispersão que ocorre uma nova sistematização dos conhecimentos e a sua consolidação. O instrutor da dispersão é o dentista que trabalha na unidade de saúde, na mesma equipe do aluno. Esse profissional docente (instrutor) também participou de uma atualização técnica e sensibilização pedagógica, conduzida pelo docente da concentração, com o apoio da ESP-MG.

A formação em serviço do THD é uma estratégia que, ao mesmo tempo em que possibilita ao aluno aprender a partir dos problemas demandados pela realidade, utiliza-se deles e os transforma, contribuindo, assim, para a melhoria da qualidade desses serviços. O ambiente de trabalho, entendido como a “sala de aula”, é um local para se aprender,

mas também para se aprimorar (MINAS GERAIS, 1996).

## AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA PEDAGÓGICA

O Currículo Integrado, pela própria concepção de integração ensino, serviço e comunidade, haveria que ser operado numa profunda mudança no processo pedagógico. Assim, era planejada uma série encadeada de atividades de aprendizagem que surgiam das situações do próprio serviço. Essa experiência para formação em serviço do THD parecia uma alternativa pedagógica viável para desencadear as mudanças que preconizava. Ainda que essa ideia fosse partilhada pelos atores envolvidos, e se consolidasse numa avaliação institucional positiva, foi feito um estudo no sentido de romper com essa representação aparentemente tão consensual e buscar respaldo científico para entender e explicar esse conjunto de constatações.

No estudo foi feito um exercício no sentido de buscar desvendar as articulações do Currículo Integrado com a realidade a qual se destinava. O Currículo Integrado do THD foi uma proposta construída nos serviços de saúde e para os serviços de saúde, regulamentada pelo setor educacional e implementada em vários estados do Brasil. No seu modelo, é claramente enunciada a proposta de ser favorável à educação de profissionais comprometidos com uma prática libertadora e traduzida concretamente nas mudanças a serem operadas no setor de saúde.

O currículo por disciplinas poderia ceder lugar ao sonho político a favor de uma prática pedagógica libertadora? O sonho da reinvenção da sociedade poderia ocupar o espaço escolar, o espaço institucional para desvendar a realidade que estava sendo ocultada pelo currículo dominante (disciplinar)? Um currículo que se anunciava como alternativo

e inovador, geraria, de fato, uma outra prática pedagógica e resultados de aprendizagem com mais força de engajamento afetivo, técnico e político? O currículo integrado estaria fazendo diferença? (SÁ, 2000).

No currículo integrado do THD, era oferecida uma base para os desequilíbrios, os questionamentos necessários à ordem estabelecida. Essa tensão entre ordem e mudança favorecia o desejo e a necessidade de imprimir alterações significativas na organização local dos serviços de saúde bucal. Foram analisadas as relações pedagógicas estabelecidas no curso de formação do THD, para desvendar, nessas relações, o modo como o poder e o controle se manifestavam. A análise dos registros dos alunos sobre a sua aprendizagem, escritos durante todo o desenvolvimento do curso, possibilitou-nos entender as relações pedagógicas estabelecidas ao longo do processo de formação.

Os depoimentos dos alunos foram examinados com a metodologia de análise de discurso. O currículo integrado, no curso analisado, considerou as peculiaridades sócio-culturais do trabalho e do trabalhador. O pressuposto de que, na unidade ensino-trabalho, o educando participe da construção da sociedade e da cultura, sendo protagonista da construção do saber, consciente do seu papel na transformação da realidade dos serviços de saúde, foi efetivado.

No curso analisado, foram evidentes as melhorias nos processos individuais de conhecimento do conteúdo e a aplicabilidade local dos procedimentos, técnicas e novas posturas frente ao trabalho. O fazer cotidiano, carregado com suas contradições e limites, foi a base do movimento de ação-reflexão-ação. O THD, ao ser formado por meio do currículo integrado, torna-se mais preparado para o trabalho em equipe e assume papéis mais amplos, anteriormente destinados a profissionais

de nível superior, e desenvolve atos de produção (ações) mais integrados.

A recuperação do saber integral sobre o processo de trabalho aponta para o resgate da capacidade de ser ator, tanto da realidade social insatisfatória, quanto daquela que julga mais justa e necessária. Ao partilharem experiências por meio da discussão, do debate, eram-lhes ensinadas a cooperação, a importância do trabalho em equipe. Aprendiam a ser reflexivos e críticos praticando tais destrezas no dia a dia. Sabiam que tinham voz e que era importante compartilhar o que pensavam e comparar com os demais colegas.

Na formação em serviço, a ligação da instituição escolar ao ambiente comunitário, inspiração histórica no campo educacional, ajudou os educandos a melhorarem a compreensão de suas realidades e a se comprometerem com os usuários dos serviços de saúde bucal. O educando registrava as situações observadas no local de trabalho, sua adequação (ou não), as possíveis consequências e como resolver os problemas identificados. Na unidade didática seguinte, a primeira atividade sempre se referia às dificuldades e facilidades encontradas na rotina do serviço e no desenvolvimento da atividade de dispersão.

Assim, a concentração começava com os THD explicitando os avanços (ou não) do serviço. À medida que novos questionamentos eram feitos, as contradições da realidade ficavam mais explícitas, exigindo-se atitudes concretas para problemas reais. Quando um conteúdo técnico era introduzido, sempre era colocado sob a ótica de que esse novo conhecimento seria aplicado em uma situação específica, e que os seus efeitos não seriam “neutros”. Os desafios da construção de um sistema local de saúde bucal se tornavam uma meta, que

certamente ultrapassaria o limite temporal do curso (VILELA, SÁ, 2001).

Naquele período, havia o questionamento sobre quais seriam as condições para a continuidade do processo de formação de trabalhadores de nível médio em saúde bucal. Quais seriam as condições de resistência às mudanças ainda necessárias? Havia uma situação tendenciosa de regiões e municípios mais desenvolvidos economicamente formarem os profissionais com recursos próprios, enquanto regiões menos desenvolvidas continuavam sem qualificar os seus profissionais de nível médio em saúde bucal. Foi identificada a necessidade de uma política mais definida de financiamento para a profissionalização do THD em Minas Gerais, no sentido de interferir na desigualdade que estava retratada no mapa da desigualdade, com uma maior concentração de cursos na região central e sul do estado (SÁ, 2000).

## O CURRÍCULO INTEGRADO E O CURRÍCULO POR COMPETÊNCIAS

A reforma conduzida pelo Ministério da Educação e do Desporto, ao aplicar a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), ofereceu tratamento particularizado à educação profissional (BRASIL, 1996). Ela pode ser desenvolvida em articulação com o ensino regular ou em modalidades que completem estratégias de educação continuada, com possibilidades de ser realizada em escolas do ensino regular, instituições especializadas ou nos ambientes do trabalho (BRASIL, 1997a). A Resolução 04/99 institui as diretrizes curriculares nacionais para a educação profissional técnica de nível médio e define as áreas profissionais, suas características, as competências profissionais gerais e as cargas horárias (BRASIL, 1999a).

A proposta de profissionalização por meio do currículo integrado é anterior à legislação da LDB., contudo, “A LDB legitimou e consagrou o trabalho de construção e implantação dos Currículos Integrados” 29.

O setor saúde, a partir da Constituição Federal de 1988, ficou responsável por ordenar a formação dos seus recursos humanos. Neste período, ainda que de modo periférico ao modelo hegemônico, já existia um movimento de desenvolver projetos de ensino que, além de buscar imprimir competência pedagógica, também procurava ter competência política. Uma competência que transcendia o que era aprendido ou ensinado na sala de aula. Uma competência compartilhada nos espaços coletivos, nos serviços de saúde (TORREZ, 1994).

Assim, o significado de competência não era algo “novo” na saúde. Já vinha sendo construído. Esta conquista da legitimação pela lei foi histórica, resultado de muitos anos de investimentos, luta e resistência. As Escolas Técnicas de Saúde e Centros Formadores de diversos estados, que adotaram o currículo integrado, acumularam a experiência de construir currículos e processos de formação, promovendo a integração do ensino, serviço e comunidade. Rompeu-se com a transposição linear e fragmentada do mundo do trabalho diretamente para a sala de aula. Foi construído um outro caminho, o da autonomia, o da consciência política. No processo pedagógico, houve um aprendizado e ensinamento sobre a prática de argumentar, ter discernimento, adquirir valores próprios. A teoria foi ajudando a entender a vida, a realidade, o trabalho (BRASIL, 2002).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Técnica de Nível Médio pressupõem um currículo voltado para a geração de competências,

---

29 Ena Galvão, pedagoga, coordenadora do sub-componente II do PROFAE, Ministério da Saúde. Comunicação pessoal em 17/08/00.

constituído por conjuntos integrados e articulados de situações-meio. Um currículo organizado para promover aprendizagens significativas, que diminuam a rigidez das relações pedagógicas, estimulando o pensar, o raciocínio, a tomada de decisões, a percepção e a reflexão, que utilize os conhecimentos prévios do educando, com ênfase no estudo cooperativo e no desenvolvimento da criatividade. O Parecer N° 16/99 reconhece a importância dos currículos integrados (BRASIL, 1999b).

A opção do Centro Formador da ESP-MG pela formação em serviço por meio da adoção do currículo integrado apontou, na década de 1990, para pressupostos educacionais de reflexão e crítica à realidade. A experiência pedagógica, já vivenciada na formação em serviço do THD, muito se aproximou do novo paradigma preconizado pelo setor educacional. Foi, então, feita uma travessia, uma reconstrução onde, a partir da experiência acumulada e dos referenciais nacionais, almejava-se dar continuidade a uma prática pedagógica criativa e relacionada ao processo de trabalho. E foi a partir desta experiência que se desenhou, em 2005, a nova estrutura de curso para a formação do Técnico em Saúde.

Os cursos de formação profissional técnica de nível médio, possuíam um conjunto de competências profissionais comuns, interprofissionais ou de “navegabilidade”. A estrutura curricular flexível era baseada na recomendação do Parecer CEB/CNE 17/97, segundo o qual os módulos curriculares poderiam ser “correspondentes a profissões no mercado de trabalho”, podendo ainda constituir-se um “módulo curricular básico (...) de uma ou mais habilitações afins” (BRASIL, 1997b).

A Figura 1 ilustra a organização curricular do curso de formação técnica na área de saúde, no Centro Formador da ESP-MG no ano de 2005.

Figura 1: Organização Curricular Do Curso de Formação Técnica De Nível Médio Em Saúde do Centro Formador / ESP-MG, 2005.



Fonte: os autores, 2021.

A justificativa de tal estrutura era a de alcançar um público heterogêneo (sob o ângulo do projeto pessoal, das aquisições anteriores, da capacidade de aprender, da relação com o saber, com as práticas sociais, com o real) sem se desviar do objetivo final do ensino técnico, que é a habilitação profissional de nível médio para uma dada realidade de mercado de trabalho. Trata-se de uma área básica para o adequado aproveitamento das fases subsequentes (Auxiliar e Técnico). Facilita a navegação

entre as profissões (enfermagem, saúde bucal, farmácia, vigilância sanitária, nutrição, entre outras) e ainda favorece a economia e racionalidade na execução dos cursos.

Existiam projetos para abertura de cursos de formação do Técnico em Saúde Bucal nos 27 estados da federação. Com a inclusão da saúde bucal na Estratégia da Saúde da Família, a meta destes projetos era formar 2590 profissionais no país para compor a equipe de saúde bucal (BRASIL, 2001). Os requisitos de acesso aos cursos obedeciam aos critérios das necessidades dos serviços e as disponibilidades técnicas e financeiras.

No Centro Formador da ESP-MG, o material didático da formação do THD foi atualizado e revisado em 2005. Algumas sequências e textos haviam sido transcritas de documentos do Ministério da Saúde (Guia Curricular para formação do Auxiliar de Consultório Dentário, Auxiliar de Enfermagem e Técnico em Higiene Dental), publicados na década de 1990. As áreas curriculares eram sequenciais (I, II e III), sendo que a inserção na II implica em conclusão da I, e a matrícula na III, além do término da I e II, exige a conclusão do ensino médio (ou estar cursando o 3º ano) (BRASIL, 1994c; BRASIL, 1994d; BRASIL, 1994e).

Cada área era composta por unidades didáticas, abrangendo competências específicas que definiam o perfil profissional. Cada unidade didática possuía uma série de atividades organizadas de forma sequenciada, levando os educandos a integralizar os conhecimentos e desenvolver condições para desempenharem as suas funções. No guia curricular (material distribuído aos alunos trabalhadores), estavam explicitadas as atividades a serem desenvolvidas, bem como a orientação para o docente. Tais unidades eram acompanhadas de textos complementares. Em 2009, o módulo curricular único - Módulo I - serviu de base para todos

os cursos técnicos oferecidos pela escola (MINAS GERAIS, 2009).

No plano de ensino do curso do THD, o contexto organizacional da atenção básica era o Programa de Saúde da Família. Em Minas Gerais (considerando que cada equipe acompanhava em torno de 4.500 pessoas), havia a estimativa de necessidade de formação de 3.970 equipes de Saúde da Família para atender toda a população do estado. Com a inserção da saúde bucal neste programa, era grande a necessidade de formação de novos profissionais de nível médio para a área. Não havia dados suficientes para precisar o número de profissionais a serem formados, mas o número de THD registrados na época no Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais (1.178 profissionais do setor público e privado) respaldava a necessidade de inserir mais profissionais no mercado.

Neste período, era significativo o investimento na formação em serviço. A política nacional de saúde bucal (Brasil Sorridente), ao propor a formação do THD, encontrou em Minas Gerais um bom cenário, com a autorização do setor educacional e docentes capacitados para iniciar a formação em serviço (SÁ, 2007).

A preparação técnica e pedagógica do docente da concentração ocorreu em Belo Horizonte, por meio de um curso de especialização em Saúde Coletiva. Repensar a realidade dos serviços de saúde e redefinir o modelo assistencial de saúde bucal era condição preliminar para a viabilização dos cursos profissionalizantes. O docente da dispersão dos cursos na área de saúde bucal trabalhava em lugares diferentes, não possuía uma formação pedagógica. Havia poucas oportunidades de atualização técnica e restrito acesso a uma bibliografia que facilitasse o seu autoaprimoramento. Por tudo isso, a capacitação do docente da dispersão antecede ao início das aulas e tem a continuidade ao

longo do curso, através dos encontros técnicos / pedagógicos.

## A PRÁTICA CLÍNICA DO THD E A RESERVA DE MERCADO

No período de fevereiro de 2007 a dezembro de 2008, foi desenvolvida uma pesquisa (Buscando novas evidências da prática clínica do THD), conduzida pela Coordenação de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, em parceria com a ESP-MG. A coordenação municipal constatou uma prática clínica do THD bastante diversificada, variando de acordo com a postura de apoio (ou não) do cirurgião-dentista que supervisionava o seu trabalho. O propósito do estudo foi subsidiar a decisão da Coordenação de Saúde Bucal sobre a atuação clínica do THD na rede municipal, tendo como parâmetro o Protocolo para Atenção Básica em Saúde Bucal (BELO HORIZONTE, 2006). O protocolo havia se baseado no Perfil de competências profissionais do Técnico em Higiene Dental e do Auxiliar de Consultório Dentário publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

A pesquisa mobilizou o posicionamento restritivo das entidades de classe, gerando várias reuniões junto ao gabinete do secretário de saúde. Uma denúncia anônima foi comunicada diretamente ao Conselho Federal de Odontologia, gerando um clima de desconforto e dúvida junto aos trabalhadores da rede SUS-BH. Foram necessárias muitas discussões adicionais com os profissionais da rede envolvidos na pesquisa, informando sobre o caráter propositivo da investigação e de que nenhuma atitude tomada contrariava os princípios de uma pesquisa ação (SÁ, 2010).

Um dos pontos mais polêmicos, resultando em discussões acaloradas, referia-se ao THD executar, sob delegação do dentista, as restaurações com cimento de ionômero de vidro baseadas na

técnica do Tratamento Restaurador Atraumático. A pesquisa demonstrou que, do ponto de vista técnico, as dificuldades encontradas no procedimento eram superadas com a supervisão do dentista. Foi verificado o nível de eficácia do trabalho da THD, avaliado objetivamente pelo próprio profissional THD, pelo dentista que o supervisionava e, subjetivamente, pelo usuário.

O estudo também demonstrou que havia um salto de qualidade na reorganização das ações e serviços, a partir da corresponsabilização dos dentistas e THD e da consolidação de novas práticas clínicas para esse último profissional. A história de luta e resistência do THD, tantas vezes silenciada, ganhou voz, ao se colocar como foco da pesquisa. Sua importância foi reconhecida no processo de atenção à saúde bucal como um todo e, não simplesmente, associada ao aumento na produtividade, diminuição do estresse e fadiga do dentista (MINAS GERAIS, 2009).

Aguardada por mais de cinquenta anos, a Lei nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008, que regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal (TSB), anteriormente denominado THD, e de Auxiliar em Saúde Bucal (ASB), antes chamado ACD, foi publicada no Diário Oficial da União no dia 26 de dezembro de 2008 (BRASIL, 2008).

Enquanto o país comemorava a publicação da lei, em Belo Horizonte as entidades de classe seguiam o posicionamento de que nela havia restrições e que o TSB não podia executar o que estava previsto no protocolo assistencial do município. Ao mesmo tempo em que a pesquisa se encerrava, continuava junto ao Gabinete da Secretaria de Belo Horizonte uma discussão mais política sobre os possíveis desdobramentos acerca do trabalho do TSB na rede SUS-BH e possíveis consequências assistenciais.

Após uma consulta informal junto a algumas coordenações de saúde bucal de pequenos municípios e grandes capitais do país, foi constatado que a maioria dos municípios interpretou e se comportou segundo o princípio de que, com a lei, não houve alterações nas atribuições do TSB. Estudiosos e defensores da formação em serviço e do SUS se dedicavam à temática:

“A modificação do trecho “realizar a prevenção das doenças bucais por meio da aplicação tópica do flúor, conforme orientação do cirurgião-dentista”, além de ampliar o escopo para as doenças bucais, ao invés de se limitar à cárie dentária, também contribui para uma melhor interação da equipe de saúde bucal, pois define o método para a realização da prevenção sem se restringir a um tipo de substância ou de produto, podendo, conforme a indicação do CD, ser na forma de solução, gel, verniz ou ionômero” (FRAZÃO, NARVAI, 2011, p.118).

Diante da lei, a SMSA-BH reafirmou a importância estratégica do TSB para a ampliação do acesso dos usuários aos serviços de saúde bucal. Em relação ao atendimento individual executado pelo TSB no SUS-BH, houve um pronunciamento formal da SMSA-BH, comunicando à rede que continuam valendo as atribuições definidas pelo documento Protocolo para a Atenção Básica em Saúde Bucal. Simultaneamente, a SMSABH declarou que iniciaria discussão com outras instituições envolvidas, visando contribuir com o debate e, obviamente, produzir esclarecimentos sobre as atribuições do TSB para assegurar os interesses dos usuários do SUS.

A Coordenação de Saúde Bucal da Secretaria Estadual de Saúde se ocupou com a questão relacionada à prática clínica do TSB e declarou apoio

ao município de Belo Horizonte. A ESP-MG definiu que, na formação em serviço, o TSB iria seguir o protocolo assistencial do município de origem do profissional. As entidades de classe haviam se posicionado segundo a visão mais restrita da Lei nº 11889, prejudicando a organização do processo de trabalho no município. A Secretaria Municipal (apoiada pelo Conselho Municipal de Saúde) teve o claro entendimento de que, no caso de dúvida sobre a lei, a normatização deveria ser a favor dos interesses do SUS, usando o benefício da dúvida. Depois de muitos meses de discussão e debates, o consenso sobre a prática clínica do TSB foi documentado em 2013 pelo presidente e procuradora jurídica do Conselho Regional Odontologia de Minas Gerais (LIVROZILLA, 2013).

A restrição da prática profissional não está na lei. A sua interpretação, sim, expressa claramente os interesses da reserva de mercado de trabalho. Para a manutenção da prática clínica do TSB, há exigência de um exame detalhado dos interessados no assunto, notadamente especialistas e responsáveis pela gestão de serviços odontológicos. Vários avanços foram obtidos com a regulamentação da profissão. Houve impacto positivo para o processo de trabalho em saúde, tanto com relação à cooperação interprofissional quanto à supervisão técnica das atividades. Também houve uma contribuição significativa para avançar na ampliação do acesso aos serviços odontológicos.

Um outro estudo sobre as atribuições dos TSB na Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais demonstrou que os profissionais executavam, com maior frequência, ações preventivas / coletivas do que aquelas assistenciais. A proposta de manter atos operatórios divididos, fragmentados, pode levar a uma diminuição das ações clínicas do TSB com o usuário, numa defesa de interesses corporativistas de décadas atrás. A ausência de realização de procedimentos restauradores por THD di-

minui a oferta assistencial em saúde bucal de 30 a 50% (OLIVEIRA, 2013).

Entretanto, em relação à prática clínica do TSB, a falta de prestígio social e a baixa credibilidade e respeito profissional que lhes consagram alguns dentistas permanecem como problemas a serem enfrentados. A falta de legitimidade profissional que ainda os caracteriza faz com que fiquem à mercê das oscilações do mercado de trabalho e de políticas locais (SÁ et al, 2010).

Um estudo sobre a prática profissional do TSB em Uberlândia identificou fatores apontados pelos egressos para o não-exercício da profissão. A baixa remuneração oferecida à categoria, a carência de vagas de emprego para o TSB, a desvalorização da profissão pelos cirurgiões-dentistas e as falhas de fiscalização quanto à legalidade do exercício profissional desta categoria foram apontados como principais problemas. Foi constatada uma subutilização dos egressos na prática clínica.

Após a homologação da Lei nº 11.889/2008, que regulamentou a profissão de TSB e ASB, os egressos deixaram de realizar a raspagem de cálculos e restaurações e atuaram, sobretudo, em procedimentos coletivos de promoção da saúde e prevenção das doenças bucais. Para cerca de 64% dos egressos que, no momento da pesquisa, atuavam como TSB, a aprovação da lei foi considerada um retrocesso no processo histórico da consolidação da profissão no mundo do trabalho. Devido ao impacto dessa legislação na prática profissional do TSB, os cursos de formação devem promover ajustes curriculares e desenvolver ações que contribuam para a legitimação dessa profissão pela sociedade (MINAS GERAIS, 2013).

Um estudo sobre a formação e inserção do TSB em Minas Gerais identificou que a implantação da Equipe de Saúde Bucal modalidade II, influenciou positivamente na inserção do Técnico em Saúde

Bucal no SUS MG, com melhora nos indicadores de saúde bucal municipais. A atuação do egresso é maior em atividades coletivas do que em clínicas. Sua inserção contribuiu para a qualidade e produtividade dos serviços de saúde bucal. Percebe-se, com esses estudos, uma necessidade de reformulação da política de educação permanente no estado, visando à otimização dos recursos investidos na formação do TSB (MINAS GERAIS, 2018). A polêmica sobre a lei parece persistir no sentido de manter diferentes interesses.

No Centro Formador da ESP-MG, desde 1975, foram formados quase 14 mil técnicos e auxiliares em diversas áreas. Do final da década de 1980 até 2011, foram habilitados pelo Centro Formador o total de 1.431 profissionais. Em 2012, o curso de TSB registrou crescimento e chegou a 253 municípios mineiros participantes (MINAS GERAIS, 2012). Entre os anos 2009 e 2018, foram ofertados os seguintes cursos técnicos: Curso Técnico em Saúde Bucal, Curso Técnico em Hemoterapia, Curso Técnico em Vigilância em Saúde e Curso Técnico em Enfermagem, totalizando cerca de 1.600 técnicos. Em 2018, estavam em andamento turmas do Curso Técnico de Enfermagem e do Curso Técnico em Saúde Bucal (MINAS GERAIS, 2018).

O movimento contra hegemônico da formação em serviço do TSB, com estudos e pesquisas sobre o seu processo de trabalho, demonstra novas turbulências. Até 2020, em Belo Horizonte, a prática clínica do TSB seguia as orientações de atendimento odontológico com mínima intervenção, previstas no protocolo desde 2006. O município havia se diferenciado ao longo dos anos no estímulo ao protagonismo e trabalho de vigilância desta categoria profissional, bem como no controle clínico da doença cárie por meio de restaurações atraumáticas.

Em tempos de pandemia, mudanças e revisões de protocolos tendem a retirar competências his-

toricamente conquistadas. A orientação da não realização de procedimentos do Tratamento Restaurador Atraumático pelo TSB contribui na diminuição da oferta assistencial em saúde bucal. Esta história ainda não acabou. Por trás da discussão das competências do TSB, a preocupação maior da categoria odontológica continua não centrada na ampliação do acesso dos usuários aos serviços de saúde bucal.

## AS FONTES DE FINANCIAMENTO DA FORMAÇÃO TÉCNICA EM SAÚDE

O maior financiador das Escolas Técnicas e Centros Formadores no Brasil sempre foi o Ministério da Saúde. O Projeto de Formação em Larga Escala na década de 1980 e sua continuidade com o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), no ano 2000, fortaleceu as Escolas e Centros Formadores do SUS com a construção ou reforma de quatorze sedes.

Em 2004, o Centro Formador, responsável pela oferta dos cursos técnicos, passou a ser denominado Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Em 2007, a ESP-MG conquista a autonomia administrativa, orçamentária e financeira (MINAS GERAIS, 2017). Em 2009, com recursos financeiros oriundos do Ministério da Saúde (PROFAE), foi inaugurado o prédio Geraldo Campos Valadão (MINAS GERAIS, 2015). Na prática, o prédio foi convertido desde a sua criação em uma unidade da ESP-MG, não conferindo à formação técnica, desde o início, a visibilidade esperada.

A ESP-MG é citada em vários documentos como a instituição responsável pela formação dos profissionais técnicos de saúde para o SUS, além das ações de cooperação com as universidades federais e estaduais e participação nas discussões

das diretrizes para formação em saúde. A ESP-MG também aparece nos documentos oficiais da Secretaria de Saúde- MG, no Plano Plurianual, na Lei Orçamentária do Estado e no relatório de gestão financeira. A seleção dos cursos em saúde segue as demandas regionais, mas os cursos técnicos de enfermagem registram os com maiores números de formação. A ESP-MG é a responsável pela formação dos profissionais da saúde e gestores para o SUS, seguindo as diretrizes da Política de Educação Permanente (BRASIL, 2017).

O Ministério da Saúde também destinou recursos financeiros por meio do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (BRASIL, 2011), sendo a ESP-MG executora do projeto. Com este recurso, foram formados Técnicos em Vigilância Sanitária e Técnicos em Enfermagem.

A ESP-MG, ao se responsabilizar pela formação inicial e continuada, formação técnica de nível médio, formação pós-técnica, formação tecnológica e também pelo ensino superior (pós-graduação), além de suprir os postos estratégicos da administração pública, teve como consequência uma “natural” disputa interna de recursos financeiros. Nesta linha de pensamento, dificilmente a formação técnica em saúde seria contemplada na sua real necessidade.

A ausência de uma previsão orçamentária estadual, segura e regular, para o desenvolvimento das atividades de formação técnica de nível médio em saúde é um grande problema a ser enfrentado. Ainda que a formação de nível médio em saúde seja de responsabilidade estadual, esta não tem sido traduzida em investimentos permanentes em Minas Gerais:

“A educação profissional técnica de nível médio sofreu um desfinanciamento progressivo na última década. Em tempos áureos (início dos anos 2000),

houve a execução de 28 turmas simultâneas de TSB por todo o território do estado de Minas Gerais. Tudo com financiamento federal. Induzir esse tipo de formação com recursos do tesouro estadual é difícil, por ser uma formação longa e onerosa. Em meados de 2015, 10 turmas finalizaram o curso. As duas últimas turmas foram finalizadas em 2020, com recursos do tesouro estadual. O futuro permanece incerto”<sup>30</sup>.

veis das três esferas do governo no compromisso de fazer cumprir a lei.

A formação em serviço do TSB também envolve recursos municipais. Durante o curso, o estudante trabalhador tem, aproximadamente, uma semana de concentração, que é realizada no município sede, e três semanas de aulas práticas realizadas no local de trabalho onde é lotado. Os secretários de saúde municipais assumem o compromisso de liberar o funcionário para tais atividades, além de arcar com os gastos envolvendo seu transporte e alimentação, enquanto fora de seus municípios (UFMG, 2013).

No que tange à visibilidade, o nome de Centro Formador não aparece no organograma da ESP-MG (MINAS GERAIS, 2014). O fato de o Centro Formador compartilhar a mesma estrutura física da ESP-MG, por princípio não é um problema. O importante é que seja respeitada a dimensão política da formação técnica de nível médio, sem competição de recursos financeiros nem investimentos, garantindo ao Centro Formador a sua identidade formativa. Isso é factível no presente e futuro? A resposta para esta questão é um convite aos atores sociais diretamente envolvidos, Conselho Estadual de Saúde e Educação, bem como aos responsá-

---

30 Ludmila Brito Melo e Rocha, Cirurgiã Dentista, coordenadora dos cursos de Técnico em Saúde Bucal. ESP -MG. Comunicação pessoal em 13/07/21

## REFERÊNCIAS

- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. Protocolo de atenção básica em saúde bucal. Belo Horizonte: SMS, 2006. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/protocolo-atencao-basica.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2021
- BRASIL. Ministério Da Educação. Decreto N° 2.208, de 17 de abril de 1997. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 42 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial, seção 1, de 18 de abr. de 1997. Brasília, DF: MEC, 1997a.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação/CEB. Parecer n.º: 17/97. Estabelece as diretrizes operacionais para a educação profissional em nível nacional. Brasília, DF: MEC, 1997b. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/PCNE\\_CEB17\\_97.pdf](http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/PCNE_CEB17_97.pdf). Acesso em: 16 jul. 2021.
- BRASIL. Conselho Nacional de Educação/CEB. Resolução CNE/CEB n.º 04/99. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a educação de nível técnico. Diário Oficial. Brasília, DF: MEC, 1999a.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação/CEB. Parecer n.º: 16/99. Trata das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. Brasília, DF: MEC, 1999b. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/PCNE\\_CEB16\\_99.pdf](http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/PCNE_CEB16_99.pdf). Acesso em: 16 jul. 2021.
- BRASIL. Ministério da Educação. Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional. nº 9.394/96, de 23 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União, seção 1. Brasília, DF: MEC, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal (TSB) e de Auxiliar em Saúde Bucal (ASB). Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, n. 251, p. 2-3, 26 de dez. 2008. Brasília, DF: MEC, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Guia Curricular para a formação do Auxiliar de Enfermagem para atuar na rede básica do SUS. Brasília, DF: MS, 1994<sup>a</sup>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Guia Curricular para a formação de Técnico em Higiene Dental para atuar na rede básica do SUS. Brasília, DF: MS, 1994b.
- Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd06\\_06.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd06_06.pdf). Acesso em 16 jul. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Guia Curricular para formação do Técnico em Higiene Dental para atuar na rede básica do SUS. Área Curricular I: Participando do processo de recuperação da saúde bucal. Brasília, DF: MS, 1994c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Guia Curricular para formação do Técnico em Higiene Dental para atuar na rede básica do SUS. Área Curricular II: Prevenindo e controlando o processo saúde-doença bucal. Brasília, DF: MS, 1994d.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Guia Curricular para formação do Técnico em Higiene Dental para atuar na rede básica do SUS. Área Curricular III: Participando do Planejamento e Administração do Serviço de Saúde. Brasília, DF: MS, 1994e.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 267, de 6 de março de 2001. Aprova as normas de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa da Saúde da Família. Diário Oficial da União, seção 1, p. 67. Brasília, DF: MS, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Educação profissional em saúde no Brasil: a proposta das escolas técnicas de saúde do sistema único de saúde. In: Formação / Ministério da Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. – v. 2, n. 5, 2002. – Brasília, DF: MS, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Perfil de competências profissionais do técnico em higiene dental e do auxiliar de consultório dentário. Brasília, DF: MS, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde. Brasília, DF: MS, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisa Multicêntrica: A Formação dos Trabalhadores Técnicos em Saúde no Brasil. Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: [https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/relatorio-final\\_minas\\_gerais.pdf](https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/relatorio-final_minas_gerais.pdf). Acesso em: 16 jul. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Internacional de Escolas Técnicas do SUS. Brasília, DF: MS, 2019. Disponível em: <https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/membros/rede-de-escolas-tecnicas-do-sus>. Acesso em: 14 jul. 2021.

FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. Lei n.º 11.889/2008: avanço ou retrocesso nas competências do técnico em saúde bucal? Trabalho, Educação e Saúde. Rio de Janeiro, v. 9 n. 1, p. 109-123, mar./jun.2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/zMbTQFtSrKTrq5PvXDys3CF/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 14 jul. 2021.

LIVROZILLA. Documento de Consenso Técnico sobre a prática clínica do TSB. Orientação para o Exercício profissional com base na Lei 11.889/2008, que regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB. CROMG, comissão de apoio, 2013. Disponível em: <https://livrozilla.com/doc/280014/documento-de-consenso-t%C3%A9cnico>. Acesso em 14 jul.2021

MINAS GERAIS. Agência de Notícias Minas Gerais. ESP-MG prepara módulo base para os novos cursos técnicos. Minas Gerais, 2009. Disponível em: <http://www.2005-2015.agenciaminas.mg.gov.br/multimedia/galerias/esp-mg-prepara-modulo-base-para-os-novos-cursos-tecnicos/>. Acesso em: 14 jul. 2021.

MINAS GERAIS. Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais - CROMG. Documento de consenso técnico. Orientação para o Exercício profissional com base na Lei 11.889/2008, que regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB. Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <https://livrozilla.com/doc/280014/documento-de-consenso-t%C3%A9cnico>. Acesso em 14 jul. 2021.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública. ESP-MG completa uma década de autonomia no SUS em Minas Gerais. Belo Horizonte, 25 de janeiro de 2017. Disponível em: <http://www.esp.mg.gov.br/component/gmg/story/1676-esp-mg-completa-uma-decada-de-autonomia-no-sus-em-minas-gerais>. Acesso em 15 jul. 2021.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública. Portfólio de Educação e Pesquisa da ESP-MG. Belo Horizonte, 2018. Disponível em: [http://www.esp.mg.gov.br/images/documentos/portfolio2\\_espmg2018.pdf](http://www.esp.mg.gov.br/images/documentos/portfolio2_espmg2018.pdf). Acesso em 11 jul. 2021.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública. Projeto Político-Pedagógico. Belo Horizonte, 2015. Disponível em: <http://www.esp.mg.gov.br/images/documentos/PPP.pdf>. Acesso em 15 jul. 2021.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública. Organograma. 2014 Disponível em: <http://www.esp.mg.gov.br/component/gmg/page/39-organograma>. Acesso em: 15 jul. 2021.

MINAS GERAIS. Fundação Ezequiel Dias (Funed). Escola de Saúde de Minas Gerais. Centro Formador: Curso de Técnico

em Higiene Dental. Belo Horizonte, 1996. Mimeog.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde... ESP-MG habilita mais 385 Técnicos em Saúde Bucal. Belo Horizonte, 7 de dezembro de 2012. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/story/3779-esp-mg-habilita-mais-385-tecnicos-em-saude-bucal-sesmg>. Acesso em: 11 jul. 2021.

OLIVEIRA, C.A.; WENECK, M.A.F.; LUCAS, S.D.; ABREU, M.H.N.G. Atribuições dos Técnicos em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil. Temas Livres • Ciênc. saúde coletiva 18 (8). Ago 2013. Disponível em: SciELO - Brasil - Atribuições dos Técnicos em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil Atribuições dos Técnicos em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil. Acesso em 11/07/2021.

SÁ, E.M.O. Quando o currículo faz a diferença: o currículo Integrado na formação em serviço do Técnico em Higiene Dental / THD. (Dissertação de mestrado) Programa de Pós-graduação em Educação. Belo Horizonte, PUCMG, 2000.

SÁ, E.M.O. Currículo Integrado na formação de trabalhadores da saúde bucal: uma experiência que “deu certo”. In: A organização pedagógica do trabalho docente em saúde ed. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007, v.03, p. 151-164.

SÁ, E.M.O.; MELO, M.B.; CAVALCANTE, C.A.T.; AMARAL, D.H.; PEREIRA, N.N.R.; SANTOS, R.M.; et al. As atribuições do técnico de saúde bucal: sistematização de práticas. Trabalho, Educação e Saúde (Impresso), v.8, p.463 - 484, 2010.

TORREZ, M.N.F.B. Qualificação e trabalho em saúde: o desafio de “ir além” na formação dos “trabalhadores” de nível médio. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Educação da UFRJ, 1994.

VILELA, R.A.T.; SÁ, E.M.O. Análise sociológica de relações pedagógicas estabelecidas em modelo curricular: estudo de caso de uma proposta de formação em serviço, no setor de ensino profissionalizante, à luz da teoria de Basil Bernstein In: 24a Reunião da ANPED, 2001, Caxambu. Anais do 24º Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação, 2001.





foto: Matheus Oliveira / Saúde-DF

# FORMAÇÃO TÉCNICA DE NÍVEL MÉDIO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E DOS AGENTES DE COMBATE A ENDEMIAS EM DEBATE NO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE: AVANÇOS E DESAFIOS

**Maria Fátima Sousa<sup>31</sup>**  
**Francisca Valda da Silva<sup>32</sup>**  
**Ena de Araújo Galvão<sup>33</sup>**

---

31 Enfermeira. Professora Associada da Universidade de Brasília, doutora em Ciências da Saúde (UnB) e mestre em Ciências Sociais (UFPB), com pós-doutorado realizado na Université du Québec à Montréal.

32 Enfermeira, mestre em ciências Sociais. Professora aposentada da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Professora Honoris Causa da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN). Conselheira Nacional de Saúde - dezembro de 2003 a dezembro de 2007; dezembro de 2016 a dezembro de 2021.

Coordenadora da Comissão Inter setorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho do Conselho Nacional de Saúde. Presidente da ABEEn Nacional – Gestão 2001-2004; Gestão 2004-2007; Gestão novembro de 2019 a dezembro de 2020. Brasília, Distrito Federal, Brasil. Coordenadora Adjunta da Comissão Nacional de Saúde das Mulheres (CISMu) de 2016 a 2018. Coordenadora Adjunta da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) de 2016 a 2019.

33 Pedagoga, especialista em Educação Tecnológica e mestre em Ciências da Saúde. Trabalhou durante 40 anos na Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Saúde.

## INTRODUÇÃO

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) tem cumprido papel de importância histórica ao analisar e assegurar, de forma crítica, a participação social nas políticas públicas, visando ao alcance de metas relativas, às necessidades sócio - sanitárias da população, dos trabalhadores e dos usuários do SUS.

No primeiro semestre de 2021, o CNS convocou um grupo de especialistas, dentro da sua prerrogativa da ordenação da formação de recursos humanos para o SUS, para discutir projetos e programas, com vistas a orientar a formulação de uma política para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio para a Saúde (EPTNMS). A proposta visava fortalecer e qualificar a formação de técnicos de nível médio para o trabalho na equipe interprofissional da saúde no SUS, cuja relevância tem sido comprovada de forma permanente no enfrentamento às demandas da população, especialmente durante a pandemia de COVID-19.

Na presente conjuntura, a propósito do seu lançamento, o Termo de Referência Pessoa Jurídica nº 020/21 pelo Conselho dos Secretários Municipais de Saúde – (CONASEMS), cujo objeto é a contratação de uma entidade educacional para ofertar cursos técnicos para os agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes de combate a endemias (ACE), abriu um amplo debate nacional, o que originou uma Recomendação ad referendum para orientar o Programa Saúde com Agente, diante da publicação da Portaria GM/MS nº 569, de 29 de março de 2021, que altera a Portaria MS nº 3.241, de 7 de dezembro de 2020..

Para fundamentar a decisão, o CNS elencou 31 “considerandos”, tendo por base o inciso III do artigo 200 – da Constituição Federal de 1988, que estabelece a competência do SUS para “ordenar

a formação de recursos humanos para a saúde”, passando por leis, decretos e demais legislações infraconstitucionais nos âmbitos da saúde e da educação.

Outros aspectos da Educação Profissional Técnica de Nível Médio estão em discussão. O tema em pauta foi priorizado em face do programa ter sido oficialmente lançado, apontando necessidades de ajustes conceituais, legais, pedagógicos e operacionais, entre outros.

## HISTÓRICO

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado oficialmente em 1991 pelo Ministério da Saúde (MS), é resultante de uma série de iniciativas que, há décadas, vinham sendo desenvolvidas em vários municípios brasileiros.

Em 1994, nasce o Programa Saúde da Família (PSF), com a finalidade de fortalecer o PACS, e estruturar um novo modelo de atenção integral à saúde, tendo como base organizativa a Atenção Primária à Saúde nos sistemas municipais de saúde. As principais ações estavam centradas na prevenção e promoção da saúde em territórios vinculados a esses profissionais, o mais próximo possível dos indivíduos, famílias e comunidades.

Os ACS são trabalhadores exclusivos do SUS e atuam como educadores em saúde nas atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, a partir dos referenciais da educação popular em saúde. Sua área de trabalho são domicílios e comunidades, desenvolvendo ações individuais ou coletivas, em conformidade com as diretrizes do SUS, buscando ampliar o acesso da comunidade assistida às ações e aos serviços de informação, saúde, promoção social e proteção da cidadania.

Eles se encontram em quase todos os municípios brasileiros. Das 5.570 cidades existentes, os ACS estão em 5.507. Atualmente, são 270.878 mil trabalhadores, com a cobertura estimada de 64,46% da população, o que indica um recurso valioso e virtuoso para o trabalho de redes integradas nos processos de cuidado da saúde, imprimindo, nos territórios onde atuam, a cultura de paz e não violência para a construção de ambientes verdes e saudáveis, por meio de tecnologias de informação, educação e comunicação, respeitando os sinais e símbolos próprios da cultura local.

Em 1994, foi publicado o referencial curricular do Curso Técnico em ACS (CTACS). No entanto, o Ministério da Saúde, responsável pela ação, financiou apenas as primeiras quatrocentas horas de um itinerário formativo de 1.200 horas. Alguns municípios financiaram o curso completo, em articulação com as Escolas Técnicas do SUS e as gestões municipais.

Por sua vez, os ACE exerceram as suas atividades, com outras denominações, desde o século XIX; eles eram responsáveis pelas inspeções sanitárias nos portos, que podem ser considerados os precursores dos ACE. Sua história acompanha a saúde pública do país, atuando no controle vetorial desde as grandes epidemias de febre amarela do século XIX, como em outros surtos, como no caso da malária, da leishmaniose e da doença de Chagas.

Num primeiro momento, atuavam de forma restrita, no âmbito de uma doença, e, por isso, ficaram conhecidos como “guardas da malária”, “guardas da dengue” e, posteriormente, como “guardas de endemias” e “guardas sanitários”, entre outros.

Por meio da Portaria nº 1.399/1999, foi regulamentada a descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças. Aproximadamente 26

mil agentes de endemias são dispensados e, somente em 2003, após intensa mobilização da categoria, foram reintegrados nos estados, municípios e Distrito Federal. Houve necessidade de capacitar essa força de trabalho, apontada como elemento fundamental para a realização da descentralização. Também era preciso implantar um modelo de atenção à saúde para superar os modelos hegemônicos vigentes, com foco em doenças específicas (malária, dengue, leishmaniose) ou seja, o modelo centrado na atenção médica curativa, no hospital e na medicalização.

O modelo da Vigilância em Saúde tem expectativa de mudança no perfil das atribuições do ACE, inseridas no âmbito de sua estrutura operacional - vigilância ambiental, sanitária, epidemiológica e da saúde do trabalhador, com ênfase na promoção da saúde, buscando promover a reorganização da Atenção Primária em Saúde e do processo de trabalho em territórios. Atualmente, estão cadastrados no CNES 94.826 agentes de combate a endemias.

Estes profissionais estão em constante diálogo com populações e atuam diretamente no território; observam todos os dias as questões que estão ligadas à produção social da saúde e da doença; identificam condições de vida e situação de saúde, problemas e potencialidades, para desenvolverem ações em interação com diferentes atores, recursos sociais e setores de atuação governamental (saúde, educação, meio ambiente, urbanismo, saneamento, dentre outros). São, portanto, trabalhadores fundamentais do SUS para execução de programas e ações da Vigilância em Saúde, integrando as ações entre as vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e de saúde do trabalhador.

A complexidade do trabalho dos ACS e ACE exigiu que os gestores públicos priorizassem a formação, para melhorar a compreensão dos trabalhadores

acerca das bases que sustentam o seu trabalho, além de acessar conhecimentos sobre a política de saúde na qual se concretiza a sua atuação.

A ampliação do acesso aos conhecimentos teóricos facilita o acolhimento das demandas apresentadas, a identificação de cuidados a serem prestados, a fundamentação das orientações dadas às famílias acompanhadas, uma maior apropriação dos fundamentos das práticas desenvolvidas e o conhecimento sobre suas atribuições, direitos e a articulação com a equipe.

Este artigo considerou a contribuição dos atores institucionais que participaram da Reunião Ampliada da CIRHRT, realizada no dia 8 de junho de 2021, com o Ministério da Saúde/SGTES/DEGES/CGATES, o CONASEMS e a Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (CONACS), a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), o Grupo de Trabalho Educação Profissional Técnica em Saúde de Nível Médio da CIRHRT/CNS, convidados da Rede de Escolas Técnicas do SUS - RET-SUS e demais interessados no tema. O resultado está organizado por tópicos, nos quais há predominância (e não exclusividade) dos aspectos debatidos.

## ASPECTOS POLÍTICO-CONCEITUAIS

A formação do ACS e do ACE é um direito do trabalhador por meio de um processo pedagógico que tenha consequências na sua vida funcional, na sua carreira, inclusive com incentivos para o seu acesso à educação permanente em saúde, incluída a formação da especialização técnica de nível médio. Deve corresponder às atuais exigências do reconhecimento social conquistado pelo ACS e ACE junto à população e aos poderes do Estado. Precisa ir além do ato de titular. É necessário considerar a realidade local e evitar que venha a desfigurar o

perfil da missão destes profissionais junto à equipe interprofissional na oferta de serviços para a população no território. O programa não deve ficar restrito à oferta de uma titulação com um ensino massificado, aligeirado, superficial e pragmático, reduzido a conferir diploma técnico, com validade nacional, para 381 mil trabalhadores/estudantes.

Entre os atores interessados nas questões educativas dos ACS e ACE, há consenso no entendimento de que formação e desenvolvimento profissional são direitos desses trabalhadores e dever do Estado. Porém, um projeto pedagógico único não é possível diante das diversidades loco-regionais de um país continental. Os conteúdos técnico-científicos deveriam respeitar a diversidade regional e local, e constitui erro grave aprisionar todo o processo em uma grade curricular “fechada” e a ser integralizada em tão pouco tempo (dez meses) que se afasta da concepção defendida, atualmente, pelas diretrizes curriculares e projeto pedagógico.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) serão consideradas polos e, na análise do TRPJ nº 020/2021, fica evidente a supressão do momento de discussão teórica e teórico-prática, o que desfigura seu direito à educação e à qualificação profissional por negar-lhes o acesso às bases técnico-científicas, substituindo-as pelo trabalho que já realizam no território.

É importante uma educação que faça uma aliança com o trabalho, com o direito desse trabalhador ir para a escola, refletir sobre a sua prática, estudar e retornar ao trabalho, realizando atividades que conjuguem esse momento da ida à escola, do estudo e da prática. Em dez meses para a formação técnica de 1200 horas, dificilmente o estudante/trabalhador terá esse direito de estudar, discutir, distanciar-se do território, debater com os seus pares e retornar para o território.

Este é um curso que até a dispersão (parte prática) vai ter dificuldade de ser acompanhada; a concentração (parte teórica) pode até ser realizada em momentos síncronos, que, necessariamente, não são os momentos de troca permanente e ideal que se precisa para uma formação técnica de nível médio. A modalidade de ensino proposta pelo Programa Saúde com Agente não é presencial, mas EaD, contrariando o disposto na legislação pertinente à formação técnica de nível médio.

O deslocamento do papel do ACE ficará comprometido. Não há centralidade no território como categoria transversal de atuação e formação, com o foco ampliado da Vigilância em Saúde. Além da mobilização social, da integração das vigilâncias (epidemiológica, do trabalhador, ambiental e sanitária), o trabalho no território, para que os ACS e ACE realizem o manejo integrado de ações sobre os problemas de saúde, necessita de suporte da educação e da comunicação.

A promoção da saúde e a educação em saúde são tratadas como prevenção de doenças. O programa sinaliza um foco bastante biomédico, abordando somente o combate às endemias, o que desconfigura o papel histórico e o perfil profissional desses trabalhadores, além de não mencionar o lugar pedagógico do educador/professor.

Em 2003 e 2004, primeiros anos de existência da SGTES, as Escolas Técnicas do SUS/Centros Formadores participaram do debate sobre conteúdo, modalidade de ensino, itinerário formativo e equipamentos necessários entre outras questões centrais para essa formação. No Programa Saúde com Agente, não houve a construção coletiva com as escolas que possuem expertise: as ETSUS.

O programa ora proposto foi formulado sem que houvesse debate com as instituições de ensino, pesquisa e assistência à saúde com uma trajetória

histórica na formação dos trabalhadores e sem ouvir o controle social do SUS. Por essa razão, suscitou tantos debates questionamentos, dissensos, inconsistências e contradições.

## ASPECTOS LEGAIS DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

A Revisão da Política Nacional de Atenção Básica, realizada por meio da Portaria nº 2.436/2017, traz o deslocamento da centralidade da Estratégia Saúde da Família para uma estratégia de focalizar o trabalho das equipes em nova configuração: equipes AB, equipes ESF. Os ACS e ACE recebem novas atribuições, agora com ênfase em ações curativas, secundarizando ações de promoção da saúde com base na educação popular.

O CNS, por meio da Recomendação nº 61, de 10 de novembro de 2017, indicou a revogação da Portaria 2.436, de 21 de Setembro de 2017, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), justamente porque existe um apagamento da referência territorial do trabalho da AP, segmentação do cuidado, reconfiguração das equipes e uma ênfase nas ações curativas que vão ao encontro dos interesses do complexo farmacêutico médico industrial que, inclusive, tem tensionado o enfrentamento da pandemia, o que vem sendo constatado pela Comissão Parlamentar de Inquérito do Senado.

Já o Programa Previne Brasil (Portaria nº 2.979/2019) traz novo modelo de financiamento do custeio da APS no âmbito do SUS, a capitação ponderada, que inclui a condicionalidade do financiamento ao número de pessoas cadastradas por equipe, e não a população residente no território. Limitar o financiamento às pessoas cadastradas restringe ainda mais a ação do SUS, prejudica a ação comunitária, o planejamento territorial e a

vigilância em saúde. O CNS se pronunciou (2019), recomendando ao MS a revogação da referida portaria, por meio da Recomendação nº 003, de 24 de janeiro de 2020, segundo a qual:

“Para alguns, o financiamento anterior era a única transferência governamental em saúde, com base populacional existente, e que podia ser aplicada com alguma autonomia. Mais uma vez, o CNS e demais entidades de ciência, ensino e pesquisa não foram ouvidos e o Programa Previne Brasil já está instituído. Importante entender isso para observar que existe um conjunto de políticas governamentais que tensionam o SUS e apontam para um fortalecimento das empresas ou da iniciativa privada, recebendo recursos públicos e assumindo funções que deveriam ser das entidades públicas”

Estamos numa conjuntura drástica de privatização de empresas estatais, de redução dos recursos públicos para a seguridade social, de desfinanciamento de recursos para saúde pública e para a oferta de serviços do SUS. É neste o contexto em que surge o Programa Saúde com Agente. A adesão de grande parte dos municípios do país ao Programa se dá porque é preciso captar recursos para as suas unidades de saúde, que vêm sofrendo desfinanciamento das políticas públicas e da arrecadação de impostos, sempre aguardando e/ou dependendo do repasse do Governo Federal.

No entanto, mesmo em um cenário desfavorável, é necessário primar pela formação dos trabalhadores, que deve ser adequada às necessidades do Sistema Único de Saúde; uma formação crítica, condizente com a Atenção Primária à Saúde abrangente e com as legislações pertinentes.

## ASPECTOS LEGAIS DA FORMAÇÃO DO ACS E ACE

O ACS e ACE são profissionais com atuação exclusiva no SUS, como reza a Lei nº 11.350, de 5/10/2006. Esta Lei:

Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.

Dessa forma, as atividades exercidas por estes profissionais têm amparo nesta lei, sendo que o ACS atua mais junto às pessoas e o ACE, no meio ambiente. Ambos trabalham sob as diretrizes do SUS.

A Lei nº 13.595/2018, que altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, dispõe sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate a Endemias. Ainda nesta Lei, os cursos poderão ser ministrados nas modalidades presencial e semipresencial, seguindo as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação, não sendo prevista a modalidade à distância (BRASIL, 2018).

Uma das definições pactuadas em 2019 era a necessidade de se ofertar o curso na modalidade presencial, garantindo a manutenção da autonomia político-pedagógica das escolas para a execução curricular e financiamento adequado para a contratação e formação de preceptores e professores.

O Programa contraria a Portaria MS nº 1.298, de 28 de novembro de 2000, atualizada pela Portaria MS

nº 2.970, de 25 de novembro de 2009, que institui a Rede de Escolas Técnicas do SUS, RET-SUS, não contemplando esta rede que, historicamente atuou na formação de ACS e de ACE.

## ASPECTOS PEDAGÓGICOS

A grade curricular proposta para o Programa Saúde com Agente prevê um total de 1.280 horas das quais horas (49,21%) estão destinadas às atividades de concentração por tele aulas e 650 horas (50,78%) às de dispersão. Na análise da distribuição da carga-horária teórico-cognitiva, teórico-prática, práticas supervisionadas e estágio curricular do curso, verifica-se que, na distribuição das atividades, não é possível contemplá-las no prazo previsto para o curso, segundo o financiamento informado no edital do Programa.

O percentual de 49,21% da carga horária acontece em EaD. No tocante à parte presencial, o programa determina que haverá possibilidade de pagamento de professor para ministrar somente oito aulas por mês; esse quantitativo é insuficiente para um curso técnico em saúde na modalidade presencial e com mais de 1.200 horas de aula.

Ao verificar a proposta pedagógica do Programa Saúde com Agente, constata-se que a formação se dará majoritariamente a distância. É uma formação claramente aligeirada, não condizente com a realidade pandêmica que se apresenta como um dos maiores desafios sanitários e socioeconômicos dos últimos cem anos. A formação desses profissionais exige um processo educativo de qualidade, o que não é apresentado nesse programa.

Ainda é necessário considerar que existe dificuldade de acesso por muitos trabalhadores ao computador e à internet, e há pouca estrutura de suporte para o ensino à distância em diversas regiões do

país. Por todos estes motivos, a formação técnica dos ACS e ACE deve ser 100% presencial, em consonância com o Catálogo Nacional de Cursos Técnicos (CNCT - 2020). A modalidade de ensino apresentada pelo Programa Saúde com Agente é incompatível com o Referencial Curricular Nacional do Curso Técnico de ACS, e não está em conformidade com o disposto na Lei federal nº 11.350/2006, que afirma a não permissão do curso na modalidade EaD.

As atividades presenciais do Programa de Formação estão previstas durante a jornada de trabalho (prática), com utilização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e outros espaços do SUS. As atividades EaD serão realizadas com o uso de tecnologias e AVA (ambiente virtual do CONASEMS) e as tele aulas serão transmitidas para todo o território nacional.

A distribuição das etapas formativas, módulos e distribuição da carga horária dos cursos está contemplada na grade curricular, a seguir apresentada:

*Quadro 1: Característica dos cursos - 1.280 horas assim distribuídas: Grade curricular*

Etapa	Título	Aluno	Carga horária
Introdutória	Ambiente virtual, Comunicação e Educação	ACS e ACE	<b>80 h</b> teóricas
Formativa I	<i>Módulo I</i> Planejamento	ACS e ACE	120 h teóricas 110 h práticas Total: <b>230 h</b>
	<i>Módulo II</i> Mobilização Social	ACS e ACE	80 h teóricas 130 h práticas Total: <b>210 h</b>
	<i>Módulo III</i> Percepção e práticas de Saúde	ACS e ACE	60 h teóricas 70 h práticas Total: <b>130 h</b>
	<i>Módulo IV</i> Promoção, prevenção e comunicação	ACS e ACE	100 h teóricas 130 h práticas Total: <b>230 h</b>
Formativa II	Ações educativas na prevenção de agravos e ações de cuidado	ACS	190 h teóricas 210 h práticas Total: <b>400 h</b>
	Ações educacionais na prevenção de agravos e ações de cuidado foco no ambiente	ACE	200 h teóricas 200 h práticas Total: <b>400 h</b>
<b>B Total Geral</b>			<b>1280 h</b>

Fonte: TRPJ/Conasems, 2021.

Na distribuição da carga horária (teoria e prática), não há qualquer estratégia pedagógica que possa orientar professores, tutores ou preceptores. Não fica claro o papel que terá o “professor” neste processo. Ele poderá lecionar até oito horas mensais e não há indicativos de que será convidado, ou mesmo se receberá pelo trabalho.

Não está definida a distribuição da carga horária semanal dos tutores em vinte horas semanais de atuação e quarenta horas semanais de formação. Além disso, não se identifica o que significam “atuação” e “formação” neste contexto.

A realidade nos mostra que a maioria das unidades de saúde não possui recursos tecnológicos mínimos, como uma televisão ou telão, e conexão à internet com qualidade para as tele aulas, sequer espaço físico para reunir cinquenta alunos para a parte teórica. Também não foi possível identificar a integração das áreas da vigilância em saúde; o ACE tem sua formação centrada no combate às endemias, reduzindo, dessa forma, a atuação na vigilância em saúde.

Para o CNS, é grave que um programa desta envergadura, na oferta de dois cursos em plena pandemia, não tenha incluído aulas teórico-cognitivas, teórico-práticas e nem estágio para atuação no combate ao SARS-Cov-2 e suas variantes. Uma breve análise do programa identifica que os temas e conteúdos estão desarticulados e sem coerência com as bases conceituais, metodológicas e operacionais contidas no processo de trabalho da Vigilância em Saúde, fundamento para as ações dos técnicos dessa área de atuação.

Os princípios da Educação Popular não foram contemplados, assim como os da Educação de Adultos (andragogia). Ademais, a organização curricular não é feita a partir do nível de atenção onde se inserem os ACS e ACE, no caso a Atenção Básica

à Saúde, e muito menos contempla o território em movimento.

A proposta trabalha literalmente com a concepção de grade curricular, o que dificulta a inserção de conteúdos referentes às especificidades loco-regionais. Verifica-se ainda que os conteúdos estão voltados para procedimentos biomédicos, secundarizando os aspectos centrais da atuação destes agentes.

Diante do número de estudantes/trabalhadores (quase quatrocentos mil) a serem atendidos, considera-se insuficiente o número de preceptores, caso se pretenda que haja supervisão pedagógica e a consequente organização dos serviços de saúde onde esses trabalhadores estão inseridos.

A proposta de preceptoria do Programa Saúde com Agente, de um preceptor para acompanhamento de até 25 alunos, não é compatível com o necessário suporte pedagógico e integração teoria e prática. A experiência de longa data das ETSUS/ Centros Formadores, bem como a metodologia proposta na formação dos agentes, indica a necessidade de um preceptor para até no máximo dez alunos, para que o preceptor possa acompanhá-lo nas práticas territoriais e facilitar a construção do conhecimento empírico e teórico.

## ASPECTOS OPERACIONAIS

A instituição selecionada terá funções amplas para uma só entidade. A função do cálculo do número de preceptores/tutores/supervisores de preceptoria e tutoria ficará impossível se não se tem o número de estudantes/trabalhadores inscritos e não está claro como e quando será iniciada e encerrada esta inscrição.

Se os preceptores são profissionais dos serviços, não fica evidente como será a capacitação, carga horária e o conteúdo a ser abordado na mesma. Se a instituição selecionada não fizer parte do sistema de saúde, acredita-se que não tem apropriação das funções de um profissional de nível médio na APS.

A mesma premissa é válida para a capacitação dos demais atores envolvidos no processo de tutoria, coordenação e supervisão. O Programa Saúde com Agente centra o ensino nas unidades de saúde, cuja demanda está voltada para o modelo biomédico de tratamento clínico-assistencial principalmente neste momento de pandemia.

Para a supervisão pedagógica e o controle nas UBS e demais unidades municipais do SUS (obrigações da contratada), não se constata instrumento legal de uma instituição externa para realizar o controle das atividades de ensino realizadas e dos estudantes/trabalhadores em processo de ensino-aprendizagem.

Não há justificativa plausível para a exigência de se contratar uma instituição vinculada ao sistema federal de ensino, com autonomia universitária, para a oferta de cursos técnicos de nível médio, que são de responsabilidade constitucional dos estados.

Os preceptores receberão R\$1.000,00 por mês durante oito meses. A previsão do curso é de dez meses. Não há justificativa para os dois meses que faltam e nem indício de que os tutores receberão pelo trabalho.

A SGTES/CGATES alega que os cursos oferecidos pelas ETSUS saem muito caros. Seria importante apresentar as planilhas da contratada, e a previsão dos recursos para as ETSUS, para se ter um comparativo dessa afirmação.

As funções do coordenador do curso da instituição contratada são bastante amplas. É impossível que um só coordenador possa exercer tantas atividades, num país de dimensão continental e com milhares de municípios, nem sempre de fácil acesso, como os da região norte, por exemplo.

Não foi apresentado um sistema que contabilize todas as aulas assistidas e as práticas pedagógicas desenvolvidas em serviço e supervisionadas pelos preceptores. Também não está previsto como será feita a supervisão em estados com grande número de municípios, como os estados de Minas Gerais e São Paulo, entre outros.

É desconhecido se há um sistema atualizado para informar o “estado da arte” dos ACS e ACE (onde estão, o que fazem, escolaridade etc., até mesmo dados salariais), se o ACS ou ACE está em atividades burocráticas e o que fazer com eles. Nos pequenos municípios, onde não há oferta do ensino médio, não há alternativas para o estudante/trabalhador que não o concluiu, ou mesmo se ele possui celular e internet para fazer o curso online. Essas são questões substantivas que devem ser esclarecidas antes do início dos cursos.

O programa contraria a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), cujas diretrizes instituídas pela Portaria nº 1.996/2007 preveem que:

“As instituições executoras dos processos de formação dos profissionais de nível técnico no âmbito do SUS deverão ser preferencialmente às Escolas Técnicas do SUS/Centros Formadores, as Escolas de Saúde Pública (vinculadas à gestão estadual ou municipal) e as Escolas de Formação Técnica de Nível Médio que sejam públicas.”

## ASPECTOS SOBRE O FINANCIAMENTO

Os recursos para a qualificação profissional, em consonância com a legislação que regulamenta a Educação Profissional Técnica (EPTNM) e a oferta da Formação Inicial e Continuada (FIC), foram tradicionalmente assegurados pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde. Para esse nível de ensino, o MS deixou de financiar as atividades formais de educação desde 2016.

O Programa Saúde com Agente não atende ao disposto no Catálogo Nacional dos Cursos Técnicos, especificamente no que se refere à infraestrutura necessária para a oferta do Curso Técnico de ACS e ACE, em que consta a necessidade de infraestrutura nas instituições que ofertarão o curso, tais como: biblioteca com acervo específico, atualizado e ambiente para pesquisa e estudo com acesso à internet; laboratório multidisciplinar; laboratório de informática com acesso à internet; e salas para práticas pedagógicas participativas e ativas.

O cenário aponta que EC-95 trouxe modificação dos critérios de destinação das verbas para a saúde e para a educação, alterando os mínimos constitucionais (EC- Teto dos gastos públicos ou EC da Morte). Neste caso, o prejuízo ao SUS atingiu mais de R\$ 20 bilhões. O congelamento dos “investimentos sociais” da União afeta políticas estaduais e municipais, reduzindo-as, em função do financiamento conjunto de várias políticas, entre outras, a política nacional de educação e desenvolvimento do SUS, incluída a da educação permanente em saúde.

A Escola é do SUS, a necessidade é do SUS, o serviço é do SUS, o preceptor é do SUS e o estudante trabalhador é do SUS. Desta forma, o financiamento também deve ser do SUS e a responsabilidade desta formação deve ser voltada para as ETSU/Centros Formadores.

## OUTROS ELEMENTOS AO DEBATE

A Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS) já se posicionou por meio de Nota Técnica, tanto nos aspectos pedagógicos quanto nos operacionais. Foram identificadas algumas fragilidades quanto ao papel do Enfermeiro no Programa de Formação dos ACS e ACE, o que preocupa a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) Nacional, em especial, como será a capacitação dos enfermeiros neste Programa.

O MS/SGTES/CGATES já financiou quatrocentas horas de formação para os ACS, como primeira etapa do itinerário formativo para o percurso do curso técnico. Também viabilizou recursos para a formação dos ACE. Portanto, esse novo financiamento está duplicando recursos financeiros para um mesmo fim. A parte já percorrida naquela primeira etapa deverá ser objeto de aproveitamento de estudos. A CGATES tem o controle das ET-SUS/Centros Formadores, que já ofertaram parte do curso há dez anos.

Diante de tantos dissensos, impasses e inconformidades do edital e termo de referência do Programa Saúde com Agente em relação às legislações citadas, a Plenária ampliada da CIRHRT, realizada no dia 8 de junho de 2021, recomenda ao Ministério da saúde que sejam revistos o Edital e Termo de Referência do Programa Saúde com Agente, incluindo as alterações a seguir:

- Que a SGTES-MS apresente ao CNS o quadro da situação atual dos ACS e ACE no Brasil: quantidade, vínculo, lotação/ atividade funcional (quantos estão atuando na função de ACS e ACE em cargos administrativos, na gestão, etc.), escolaridade e dados salariais;

- Que proposta a SGTES-MS apresenta para o acesso à educação de jovens e adultos, para o cumprimento dos requisitos da formação geral, àqueles que ainda não concluíram o ensino médio?
- Qual a orientação da SGTES-MS para o estudante/trabalhador com nível médio incompleto, que reside e trabalha em pequenos municípios, onde não há oferta deste nível de ensino?
- Que as gestões municipais repactuem as metas de trabalho dos agentes durante o curso, sem que haja prejuízos para o financiamento federal das ações na Atenção Primária em Saúde ou para a remuneração e demais direitos dos trabalhadores Agentes;
- Que no currículo estejam contemplados temas que integrem a formação geral e específica, politécnica e integral, organizados com base na educação popular em saúde, vigilância em saúde e processo de trabalho, incluindo especificidades loco-regionais;
- Que o programa garanta o estabelecimento de momentos de aprendizagem, elaboração crítica e estudo sobre as determinações sociais do processo saúde doença, o mundo do trabalho, o SUS e as bases para a Atenção Primária à Saúde abrangente no território.
- Que sejam incluídos conteúdos sobre a pandemia causada pelo agente etiológico SARS-Cov-2 e suas variantes, que se apresenta como um dos maiores desafios sanitários e socioeconômicos deste último século, com carga horária de aulas teórico-cognitivas, teórico-práticas e estágio.
- Que o Programa inclua, na formação dos Agentes, a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS), e a Rede Federal de Educação Profissional Científica e Tecnológica na formação de preceptores, formação docente e adequação do currículo, de seus conteúdos e métodos de aprendizagem, nas diferentes regiões do país, explicitando como as ETSUS participarão da certificação dos educandos/trabalhadores concluintes.
- Que sejam asseguradas as condições necessárias para a formação profissional técnica dos ACS e ACE, com incremento do financiamento dos cursos que viabilize a ampliação de infraestrutura escolar para o processo de ensino-aprendizagem, contando com a estrutura das ETSUS e, assim, cumprindo as exigências presentes no Referencial Curricular (biblioteca, laboratórios entre outros.)
- Que seja assegurada a carga horária presencial em todas as etapas do currículo, e que, no mínimo, 80% do curso seja constituído por atividades presenciais e com o acompanhamento registrado do preceptor ou do professor, para que as atividades de concentração e dispersão não sejam substituídas pelo trabalho cotidiano;
- Que seja garantida liberação parcial do trabalho para que os educandos/trabalhadores possam estudar, participar das aulas teóricas e realizar as demais atividades do Curso Técnico do ACS (CTACS) e do Curso Técnico de Vigilância em Saúde (CTVS), sem que estas sejam substituídas por atividades e necessidades dos serviços de saúde;
- Que seja garantido o acompanhamento de um preceptor para até dez educandos em ambos os cursos técnicos, tendo em

vista o necessário suporte pedagógico, a integração entre teoria e prática e a consequente organização dos serviços de saúde onde esses trabalhadores estão inseridos;

- Que cada turma possua até 35 educandos e que estes sejam acompanhados de, ao menos, um professor;
- Que seja revisto o tempo de execução dos cursos de dez meses para, no mínimo, dezesseis meses, considerando a carga horária mínima de 1200 horas, exigida pela legislação pertinente à formação técnica de nível médio em saúde;
- Que as tecnologias de informação e comunicação (TIC's) e o uso de plataformas e meios digitais (do ensino remoto síncrono), para cursos de formação profissional de nível médio em saúde, sejam utilizadas como ferramentas para o ensino presencial e nunca para reconhecer ou legitimar a modalidade do ensino por EaD;
- Que a SGTES-MS informe se fez estudos para assegurar distribuição de celular, contratação de plataformas e de conexão de internet para o estudante/trabalhador fazer o curso online, programado para os cursos do Programa Saúde com Agente;
- Que seja elaborado material didático voltado para o estudante/trabalhador, que contemple a discussão teórica e prática e não se limite a ser um guia de atividades a serem realizadas nos cursos;
- Que a SGTES/CGATES dê publicidade às planilhas de previsão de contratação para o Programa Saúde com Agente: RE-T-SUS/Rede de Institutos Federais e por uma única Instituição de Ensino Superior com autonomia, para se ter um comparativo da afirmação sobre a opção da ETSUS/ Institutos Federais ser de maior custo

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 15 de mai. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Brasília, DF: MS, 2018. Disponível em: [https://www.in.gov.br/material/-/asset\\_publisher/KujrwOTZC2Mb/content/id/10859112/do1-2018-04-18-lei-n-13-595-de-5-de-janeiro-de-2018-10859108](https://www.in.gov.br/material/-/asset_publisher/KujrwOTZC2Mb/content/id/10859112/do1-2018-04-18-lei-n-13-595-de-5-de-janeiro-de-2018-10859108). Acesso em: 15 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o §5o. Do art. 198 da constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2o da emenda constitucional 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília, DF: MS, 2006. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm). Acesso em: 06 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 07 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil: seção 1, Brasília, DF: MS, 2019. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 3 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde – ACS: diretrizes e orientações para a formação. Brasília, DF: MS, 2020. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/curso\\_tecnico\\_acs\\_3edicao.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/curso_tecnico_acs_3edicao.pdf). Acesso em: 13 abr. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 569, de 29 de março de 2021. Brasília, DF: MS, Gabinete do Ministro, 2021a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-569-de-29-de-marco-de-2021-312897406>. Acesso em 27 de jul. de 2021.

BRASIL. Conselho Nacional De Secretarias Municipais De Saúde (CONASEMS). Termo de referência pessoa jurídica TRPJ no.020/2021. Processo seletivo para a prestação de serviços relacionados a iniciativas educacionais no âmbito do Programa Saúde com Agente. Brasília, DF: MS, 2021. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/administrativo/termos-de-referencia/>. Acesso em: 02 mai.2021.



foto: Breno Esaki/Agência Saúde DF

# ALFABETIZAÇÃO MIDIÁTICA E INFORMACIONAL (AMI) NA FORMAÇÃO DOS AGENTES DE SAÚDE NO BRASIL: UMA AGENDA NECESSÁRIA E ESTRATÉGICA

**Maria Fátima de Sousa<sup>34</sup>**  
**Ana Valéria M. Mendonça<sup>35</sup>**  
**Elmira L. Melo S. Simeão<sup>36</sup>**

---

34 Enfermeira. Professora Associada da Universidade de Brasília, doutora em Ciências da Saúde (UnB) e mestre em Ciências Sociais (UFPB), com pós-doutorado realizado na Université du Québec à Montréal.

35 Jornalista, é professora Associada da Universidade de Brasília, doutora em Ciência da Informação (UnB) e mestre em Comunicação e Cultura (UFRJ), com pós-doutorado na Université du Québec à Montréal.

36 Graduada em Comunicação Social. Professora Associada da Universidade de Brasília, doutora em Ciência da Informação (UnB) e mestre em Comunicação e Cultura (UFRJ), com pós-doutorado na Universidade Complutense.

## INTRODUÇÃO

O desenvolvimento tecnológico redefiniu os papéis das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), assim como também as tarefas intelectuais em todos os níveis de formação profissional. Criaram-se, neste contexto, novas formas de comunicação, novos processos de trabalho, produção e acesso ao conhecimento. Por sua vez, a demanda por formação e, em especial, a educação permanente, gerou a urgência por novas práticas de ensinar e de aprender, cabendo ao Estado o desenvolvimento de políticas públicas que contribuam para a formação dos profissionais e dos serviços prestados à sociedade. Com essa perspectiva, esse trabalho detalha a fundamentação para o planejamento e adoção das metodologias de Alfabetização Midiática e Informacional (AMI), expressão utilizada pela UNESCO, na atuação e formação dos Agentes Comunitários do Brasil no Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate a Endemias (PACS - ACS/ACE).

Se, por um lado, as demandas sociais crescem em todas as áreas, exigindo do profissional da saúde a melhoria da qualidade dos seus serviços, por outro, o Estado não consegue satisfazer a tempo estas necessidades com políticas públicas efetivas de capacitação. Entre muitas demandas, está a necessidade de adaptação das atuais técnicas de abordagem às TICs e da divulgação de orientações sobre prevenção e cuidado com a saúde pública. Analisando esse contexto no cenário brasileiro, é possível confirmar que o problema é urgente e a capacitação dos ACS/ACE para o uso estratégico das tecnologias não só beneficiaria os profissionais e a população, como viabilizaria a organização dos dados da saúde coletiva brasileira em plataformas digitais mais assertivas, atendendo aos gestores e à política pública em saúde. A desorganização das

informações e a falta de preparo dos gestores têm sido evidenciadas na pandemia (COVID-19) pela falta de informações mais precisas e o acelerado descompasso entre informação confiável e a circulação de falsas informações nas redes sociais.

A UNESCO, em associação com diferentes entidades, notadamente com apoio da Editora Pearson, tem incentivado pesquisas nesse campo, para enfrentamento da desinformação, com diferentes metodologias. Em recente publicação focada no contexto da formação de professores e sua respectiva atualização curricular, a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) lançou um marco com diretrizes para projetos de alfabetização digital e midiática, desenvolvendo projetos de cooperação técnica, integrados pelo governo (União, estados e municípios), a sociedade civil e a iniciativa privada, para atualizar na perspectiva da formação profissional na formulação de políticas públicas. No Brasil, esse esforço tem crescido ao longo da última década e pesquisadores têm realizado atividades de capacitação e inclusão digital no campo da saúde (SIMEÃO, 2011; CUEVAS e SIMEÃO, 2011; MENDONÇA, LINHARES e SOUSA, 2011). Para a UNESCO, a prioridade é oferecer, também aos provedores de tecnologia, diretrizes que possam ajudar a inclusão digital da população, principalmente daqueles que ainda não desenvolveram competências para o uso da “escritura digital”, ou que não sabem pesquisar nos portais de informação e ainda usam a tecnologia sem benefício estratégico, preocupação ética ou com espírito público.

É necessário pensar numa capacitação e atualização geral de currículos para o uso de uma comunicação em rede integrada pela tecnologia, tratada por Miranda e Simeão, como um espaço de mediação transformadora de sentidos (SIMEÃO, 2006; MIRANDA e SIMEÃO, 2006; MIRANDA e SIMEÃO, 2014) a chamada “Comunicação Exten-

siva” em contexto de Animaverbivocovisualidade (AV3), que promove além de novas práticas, uma transformação na própria linguagem (MIRANDA e SIMEÃO, 2014). É certo que a tecnologia pode ajudar a melhorar a vida das pessoas, mas é preciso pensar sobre como adotá-la estrategicamente como um componente necessário nas políticas públicas e nas ações de formação e educação em saúde. Capacitar pessoas para enfrentarem a desinformação e a manipulação de dados, as chamadas “fakenews”, e a perceberem o impacto que a informação em rede traz ao cotidiano das pessoas. Muitas organizações internacionais, como UNESCO, IFLA, OCDE fomentam programas de inclusão digital e alfabetização informacional para ajudar a democratizar o acesso à informação e ao conhecimento.

No Modelo IDEIAS - Inclusão Digital e Educação para Informação em Saúde - iniciativa interdisciplinar que promoveu a formação pela inclusão digital dos ACS no Distrito Federal (Brasil), foi possível observar o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades desses profissionais no uso de tecnologia no campo da educação e saúde. Segundo Abdelaziz Abid, consultor da Unesco na área de educação e que avaliou o IDEIAS, o trabalho dos especialistas na formação dos ACS encontrou consonância com o crescente compromisso universal na busca de qualidade de vida das pessoas, reconhecendo o direito à saúde e à uma assistência sanitária. Segundo Abid, todos os cidadãos devem ter acesso à informações confiáveis e relevantes para a sua saúde, de sua família e de sua comunidade:

“En la era digital, es necesario aprender a utilizar la diversidad de las nuevas tecnologías para buscar, recuperar, organizar, analizar y evaluar la información para luego utilizarla con fines específicos para la toma de decisiones y resolución de problemas. Así, las tecnologías digitales tienen un

alcance universal, por um lado, ayudan al individuo a mejorar su vida diária.” (Abid, p. 09, in CUEVAS e SIMEÃO, 2011)

pensamento crítico da realidade, como propõe os ensinamentos do educador Paulo Freire.

Quadro1: Indicadores do IDEIAS - Modelo de Inclusão Digital e Educação para Informação em Saúde

Modelo de Inclusão Digital e Educação para Informação em Saúde – CATEGORIAS			
<b>Inclusão digital</b> (Alfabetização digital)  (Centrado em competências digitais)	<b>Inclusão informacional</b> (ALFIN)  (Centrado em competências informacionais)	<b>Inclusão social</b>  (Centrado na aprendizagem para o desenvolvimento da cidadania: integração social dos cidadãos alfabetizados digital e informacionalmente)	<b>Saúde</b>  (Impacto do programa na saúde dos cidadãos socialmente desfavorecidos)
Acesso às TIC	Acesso à informação	Autonomia na aprendizagem	Mudanças sociais experimentadas (individual e coletivamente)
Uso das TIC	Uso da Informação	Uso efetivo de redes sociais para saúde	Utilidade social
Leitura digital	Leitura da informação (competência leitora)	Ótima relação com as instituições sanitárias	Efeito multiplicador
Redes digitais	Produção e comunicação da informação	Comunicação (social e intercultural)	Evolução dos cenários sociais
Avaliação das TIC	Avaliação da Informação	Atitude crítica ante a informação	Perspectiva crítica (deficiências) detectadas no programa)
Ética das TIC	Ética da Informação	Compromisso social (uso social da informação)	Perspectiva ideológica (ética da mudança)

Fonte: Modelo IDEIAS - (SIMEÃO, 2011; CUEVAS e SIMEÃO, 2011; MENDONÇA, LINHARES e SOUSA, 2011)

No IDEIAS os ACS foram treinados para usar as TIC na produção de materiais para educação e combate à arboviroses e, também, para criarem peças para educação de jovens com a temática da gravidez na adolescência e do cuidado ambiental, com conteúdo produzido por equipes multidisciplinares. O modelo IDEIAS, implementado experimentalmente na cidade satélite de Sobradinho (DF - Brasil) é baseado em competências digitais, informacionais e sociais, visando a aprendizagem permanente dos profissionais da saúde, expansível à outras categorias. Mesmo com as limitações de equipamentos, os resultados mostraram que a competência digital pode gerar um ciclo produtivo de ações, que aceleram a aprendizagem dos profissionais junto à sua comunidade, e estimulam a criatividade dos ACS com o uso aplicado das competências digitais na temática da educação para a saúde coletiva. Na experiência foi adotado um modelo integrador que considera não só os aspectos tecnológicos, mas também temáticas sociais e de cidadania, despertando o

De acordo com a UNESCO, para que os processos de Alfabetização Midiática e Informacional (AMI) sejam fluidos, é necessário mais investimento na conectividade da população e no território de ação dos profissionais. Governo e empresas de tecnologia deveriam investir, também, na melhoria dos acessos à internet nas instituições públicas, viabilizando, ainda, a distribuição de equipamentos aos profissionais da saúde, vistos como “educadores”, estejam eles na educação formal, ou em áreas estratégicas como os ACS na saúde coletiva. Segundo aponta a UNESCO, os programas de formação devem:

1. Oferecer serviços úteis que apoiem o desenvolvimento de competências digitais e literacia informacional;
2. Compreender melhor e desenvolver soluções para pessoas com baixos níveis de alfabetização, levando em consideração suas necessidades e aspirações específicas;
3. Gerar conteúdo mais atraente e interfaces mais acolhedoras;
4. Garantir um ambiente de aplicação que, além de tecnologia e conteúdo, atenda aos critérios de uso inclusivo; e
5. Monitorar, medir e melhorar regularmente as soluções por meio de processos interativos.

Certamente, esse é um investimento que determinará (e já define) o desenvolvimento de alguns países e o atraso de outros, se considerarmos a importância da tecnologia na chamada Sociedade do Conhecimento (Miranda e Simeão, 2006). Oferecer condições técnicas adequadas à conectividade é o mínimo que o Estado e os empresários precisam garantir para promover o desenvolvimento sustentável e eticamente justo. Muitas empre-

sas querem investir em tecnologia, mas precisam de incentivos e políticas públicas assertivas. Esse investimento, no entanto, deve privilegiar principalmente os menos favorecidos fortalecendo a educação e a saúde, prioritariamente. Dessa forma, a educação permanente com as TICs se apresenta como alternativa possível para este problema hipermoderno da chamada web ciety, neologismo empregado para designar a sociedade online, e que se utiliza das redes sociais para consolidar o processo de construção de conhecimento. Para Lipovetsky (2004, p.76), “ela [a hipermodernidade] segue de mãos dadas com a “tomada da palavra”, a auto-reflexividade, a crescente conscientização dos indivíduos, paradoxalmente acentuada pela ação efêmera da mídia”.

#### **AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS): COMO NASCE E EVOLUI UMA REDE ESTRATÉGICA DE COMUNICAÇÃO**

A ideia de trabalhar com os ACS e ACE nasce nas décadas de 1970 e 80, no espírito da Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma Ata. Nos movimentos da medicina comunitária no Brasil vinha apresentando-se nessas décadas como um modelo alternativo de prestação de serviços de saúde, para garantir igualdade e universalidade nos processos de cuidado com a saúde. Porém, seu alcance se limitava à doença, atuando sobre áreas da população não cobertas pelas formas hegemônicas de assistência médica. É importante ressaltar que o movimento da medicina comunitária, nascido nos Estados Unidos, tem como antecedentes o da medicina integral e da medicina preventiva oriundos das décadas de 1940 e 1950. Os programas de ação comunitária e o movimento da medicina comunitária foram trazidos para a América Latina, e também para o Brasil, pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e por fundações privadas norte-americanas — como Kellogg e Rockefeller — sendo inten-

sificadas nas universidades, com diversos projetos (Medicina Comunitária de Paulínia — Unicamp/SP; Vale do Ribeira/USP; Londrina — Universidade Estadual Londrina, entre outros).

O acúmulo dessas experiências, expresso por experiências como as dos Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS); Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS); Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE); e Ações Integradas de Saúde (AIS), entre outros, fez com que, a partir dos anos 1980, este modelo passasse a ter lugar no interior de uma série de movimentos em curso à época, rumo à formulação de um novo modelo de atenção à saúde no Brasil (NOGUEIRA, 2000; SOUSA, 2001; SILVA, 2002; SANTOS, 2006).

Em 1991, impulsionado por estas experiências, o Ministério da Saúde oficializou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Sua criação teve por objetivo central estender as ações básicas de saúde aos núcleos familiares, no próprio domicílio, com uma agenda de trabalho prioritária aos grupos em situações de riscos sociais ou epidemiológicos. As ações e/ou atividades que constam nessa agenda são dirigidas aos indivíduos no contexto de sua integração familiar e comunitária, fazendo a vinculação, a co-responsabilização destes com os serviços locais de saúde, e ampliando, assim, o diálogo entre Estado, Governo e Sociedade.

Em micro áreas de sua atuação, os ACS e ACE são responsáveis, no cotidiano do seu trabalho, pelo cuidado e monitoramento do bem estar de (em média) 750 pessoas, de forma integrada com as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). A partir dos seus processos de formação, estes profissionais têm as seguintes atribuições, confor-

me rege a Política Nacional de Atenção Básica à Saúde:

“Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local” (BRASIL, 2017).

É importante destacar que o Sistema Único de Saúde (SUS), desde que foi instituído no Brasil em 1988 pela Constituição Federal, cresce pari passu com o PACS-PSF e a nova concepção de saúde. O SUS propõe mudanças nas relações sociais que são a base do sistema de saúde, principalmente por meio do incentivo à participação e mobilização popular, consciente e reflexiva, a cada residência visitada e cuidada. As estratégias foram adotadas pelo Ministério da Saúde para organizar, no âmbito do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) que se estrutura em equipes compostas de profissionais médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, tendo nestes (os ACS e ACE) o elo de ligação do sistema de saúde com as famílias e comunidades quanto aos processos de informar, comunicar e fazer educação para a promoção da saúde (BRASIL, 1988).

Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2019, encontravam-se em atividade no país 270.878 mil ACS, com uma cobertura estimada de 64, 46% da população. Os ACS/ACE atuam em diferentes municípios, desde os de pequeno porte até as grandes metrópoles. E o resultado do seu trabalho in-

dica alterações significativas, por meio de projetos e ações de promoção da saúde, na ampliação da capacidade dos indivíduos, famílias e comunidades cuidarem de forma autônoma de sua saúde. Esta evidência, somada à natureza das suas atribuições, à capilaridade e expressividade numérica da sua presença na rede pública de atenção à saúde, conferem-lhe singularidade no seu espaço de trabalho e nas equipes da ESF. O que demonstra ser o ACS um dos esforços mais eficientes de saúde no mundo, nos dizeres de Dal Poz (2002). Tal condição tem conferido respeito, prestígio e legitimidade às suas práticas educativas e, por consequência, ao ganho de saúde nas famílias (TENDLER, 1998; LUNARDELO, 2004; TRAPÉ, 2005; SOUSA, M. F e MENDONÇA, A. V. M, 2016).

Nesse sentido, os ACS e ACE, em formação permanente, necessitam que suas ações sejam ampliadas estrategicamente por meio do uso de tecnologias da informação e da comunicação, sobretudo no compartilhamento de dados, para que o entendimento de um conteúdo seja consensual e produtivo para a política pública. A ação comunicativa, conforme explica Simeão (2003) e Cavallo e Chartier (1998), depende tanto do indivíduo que recebe as informações (o interpretante), quanto da forma (do texto) e do suporte (tecnologia), pois são os instrumentos que, no final do processo, propõem uma modalidade concreta de leitura e compreensão de mensagens. Ao trabalharmos com a utilização do instrumental tecnológica em uma ação estratégica, é possível otimizar resultados e ações individuais e coletivas

Na ação comunicativa dos ACS/ACE, a interação é basicamente presencial, mas é crescente o número de ferramentas que têm auxiliado sua comunicação com as comunidades. Mais recentemente com a incorporação e a criação de “grupos de mensagens” nas ações coletivas, organizadas em função do espaço territorial de atuação, podemos

interagir rapidamente com diferentes grupos. E também alcançar diferentes regiões do país e suas lideranças, com coletivos que são mobilizados em função de interesses comuns. A tecnologia dá mais celeridade e aproxima as equipes dos ACS e ACE e seus processos comunicacionais.

Um exemplo recente da força dessa mobilização, decorrente do esforço para a busca mais assertiva da qualificação dos ACS e ACE é a pesquisa desenvolvida na Universidade de Brasília<sup>37</sup> com o apoio da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (CONACS). Pesquisadores e as representações dos ACS/ACE realizam o “Estudo Multicêntrico sobre o Perfil dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS)” utilizando diferentes formas de tecnologias e ferramentas digitais, para consolidarem as práticas da pesquisa integrando grupos de ACS e ACE de todo o Brasil. Ferramentas de comunicação em grupo, como o WhatsApp, ou as reuniões virtuais organizadas nas plataformas do Google Meet e Teams, reforçam as ações de monitoramento e o acompanhamento da evolução dos dados da pesquisa. Por meio de uma plataforma digital ([www.pacs30anos.com.br](http://www.pacs30anos.com.br)), os dados da pesquisa são publicados e monitorados em tempo real, por especialistas em todas as regiões do Brasil. Nessa plataforma digital é possível desenvolver o que Simeão chama de “pesquisa em processo”, ou seja, aproveita-se estrategicamente a tecnologia como um instrumento de integração das práticas de investigação em rede.

Todos esses recursos, no entanto, ainda não são suficientes para garantir a participação de todos os ACS/ACE, como desejam os organizadores da pesquisa. O trabalho, iniciado em 2020, tem como um de seus principais objetivos investigar a ação

<sup>37</sup> Investigação coordenada pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública da NESP), em parceria com o Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde (LabECoS) da faculdade de Saúde, PPGCInf da Faculdade de Ciência da Informação.

comunicativa desses profissionais da saúde, buscando alternativas mais eficazes para sua ação comunicativa. Durante o decorrer da pesquisa já foram identificados muitos problemas de conexão e limitações dos respondentes, o que reforça a necessidade de mais investimento na conectividade dos profissionais. Dificuldades de acesso à internet inviabilizam o preenchimento do questionário em regiões mais isoladas, ou dificultam a comunicação dos ACS/ACE e a sua integração à plataforma digital, criada especialmente para acompanhar a investigação. A pesquisa conta com métodos quantitativos e qualitativos, e inclui, nos seus principais módulos, uma análise da necessidade de capacitação e ampliação das TICs no PACS, complementadas com um diagnóstico das condições socioeconômicas, culturais e demográficas dos profissionais, considerando também características culturais e de território. Conforme a coordenação da pesquisa, a intenção é promover a valorização desses profissionais e desenvolver instrumentos de gestão da informação e conhecimento que auxiliem o aprimoramento das competências e práticas dos ACS e ACE, contribuindo para a melhoria do PACS no cuidado com a saúde dos indivíduos, famílias e comunidades brasileiras. Trabalhar a cultura da informação nos territórios de ação dos ACS e ACE para oportunizar estratégias às políticas públicas de educação em saúde pública.

## **POLÍTICA PÚBLICA E AÇÃO EM SAÚDE**

Segundo Bonnal (2007), a territorialidade é frequentemente concebida como uma estratégia eficiente para incentivar o desenvolvimento econômico e social de regiões menos desenvolvidas. Em longo prazo, este novo enfoque de políticas públicas se insere dentro da dinâmica de revisão do papel do Estado na lógica do fortalecimento do modelo democrático-liberal, que vem sendo im-

plementado gradativamente desde meados dos anos 1980. Afirma o autor que, paradoxalmente, a atrelagem entre as noções de desenvolvimento, territorialidade, sustentabilidade e os objetivos de combate à pobreza rural e de diminuição da desigualdade pode constituir, ao mesmo tempo, a força e a fraqueza dos programas de desenvolvimento territorial sustentável no Brasil.

A força vem do fato de que a relação entre essas diversas preocupações e objetivos confere a essas políticas uma identidade marcada, que as diferencia das demais políticas específicas de índole econômico, social ou ambiental. A fraqueza vem do fato de que a realidade da dita relação é discutível, constituindo o temário de reflexões permanentes entre cientistas, gestores de políticas públicas e representantes dos órgãos da sociedade civil. A incorporação da territorialidade e da sustentabilidade nas políticas públicas brasileiras voltadas para as famílias e comunidades é, hoje em dia, uma realidade. Surgidas durante a década passada, essas noções foram se incorporando progressivamente nas agendas das políticas públicas, principalmente depois da criação das estratégias de agentes comunitários de saúde e saúde da família. Esta realidade revela-se, primeiramente, pelo fato de que tais noções são adotadas, pelo menos de forma parcial, por um número cada vez mais expressivo de entidades governamentais nos níveis federal, estadual e municipal e pelas não-governamentais, no desenho de suas políticas, projetos e/ou ações estratégicas. E as ações de informação e comunicação não ficam aquém desse cenário reflexivo.

Associando todas essas questões, que envolvem várias áreas do conhecimento, a Ciência da Informação mostra que a tecnologia, segundo Mendonça (2008), pode trazer o avanço para um acesso ágil e eficiente às fontes de informação como uma ação estratégica e necessárias às políticas públicas. O aumento incontrolável na quantidade

de informações que surgem em todos os formatos, principalmente por meios eletrônicos convergentes, impõe a competência em utilizar a informação como fator determinante no exercício do agir comunicativo do cidadão para a promoção de sua inclusão social e digital. Quanto às Ciências da Comunicação, tem-se na explicação de Sodré (2001, p. 2) de que, na ação comunicativa, dá-se efetivamente a integração “da forma como se dá o vínculo, a atração social, como é que as pessoas se mantêm unidas, juntas socialmente”. Essa união reproduz, ainda, uma linha comunicacional composta por emissor e receptor, sujeitos presentes nos fluxos de comunicação que, na atualidade, transcendem os espaços dirigidos, adquirindo corpo híbrido no conjunto de práticas inclusivas mediadas pelas TICs.

#### AS TICs E AS POSSIBILIDADES DE INFOINCLUSÃO SOCIAL

Ao ser divulgado em 2004, o Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial apontava que os programas governamentais voltados para a área social, principalmente no que se refere aos serviços essenciais, “geralmente são deficientes para os pobres no que diz respeito a acesso, quantidade e qualidade, comprometendo as Metas de Desenvolvimento do Milênio”. Cabe-nos frisar o que diz o item 20 dos Objetivos do Milênio, da Organização das Nações Unidas (ONU), que garantem:

“Velar para que todos possam aproveitar os benefícios das novas tecnologias, em particular das tecnologias da informação e das comunicações, de acordo com as recomendações formuladas na Declaração Ministerial do Conselho Econômico e Social de 2000”.

Em continuidade aos levantamentos do mesmo relatório, em 2006, foram enfatizados os princípios da equidade e desenvolvimento, não visando como objetivo a igualdade de renda, mas a expansão do acesso às tecnologias, por parte das pessoas de baixa renda. Para o relatório, a equidade se define, fundamentalmente, “como igualdade de oportunidades entre as pessoas, parte integral de uma estratégia bem-sucedida de redução da pobreza em qualquer parte do mundo em desenvolvimento”. No Brasil, as camadas vulneráveis da população estão abandonadas. No entanto, como conseguir emprego e renda numa sociedade em que, cada vez mais, o conhecimento e a informação são a principal moeda de troca, e o trabalhador da saúde desatualizado, sem conhecimento estratégico, sem acesso à informação confiável, não terá a menor possibilidade de concorrer a um posto de trabalho mais qualificado? Como concorrer no mercado de trabalho quando os antigos postos estão sendo substituídos por outros de base tecnológica cada vez mais avançada, em especial, na área da saúde pública?

A resposta a essas e outras questões está na necessidade de criar iniciativas de infoinclusão social como um processo de educação para a inclusão social na economia digital (GUERREIRO, 2006). Esse processo possibilita a inclusão do cidadão na sociedade, desenvolvendo competências para que ele adote uma postura que permita exercitar a sua ação comunicativa, partindo, então, ao encontro do estabelecimento de políticas de comunicação inclusivas. Para Guerreiro, a perspectiva é de que a presença das novas tecnologias, como mediadoras nos processos de educação permanente do cidadão, contribui para a “mudança da trajetória dos acontecimentos sociais alterando sensivelmente a cultura local” (GUERREIRO, 2006, p.164).

Guerreiro (2006) observa que as novas tecnologias alteram a estrutura de nossos interesses:

“Alteram o caráter de nossos símbolos e as coisas com que pensamos. E alteram a natureza da comunidade: a arena na qual os pensamentos se desenvolvem. Essa realidade amplia o papel das TICs no processo de inclusão social, com ações proativas e ideias positivas para uso das tecnologias, e ações reflexivas sobre a prática com essas tecnologias. Além disso, o desenvolvimento de novas metodologias de uso dos meios de comunicação social em comunidades vulneráveis deve incorporar o conhecimento das linguagens comunicativas, seu uso crítico, preparando o cidadão para aprender a identificar as informações disponíveis e direcioná-las qualitativamente para que façam sentido em sua vida e para que possuam algum significado prático em termos de conhecimento (...) que gerem melhores e maiores oportunidades de vida e de inclusão social”(GUERREIRO, 2006, p. 180).

Um projeto de infoinclusão social, e/ou de inclusão digital, deve servir como elo, conversação e ação coletiva entre os mais diversos parceiros sociais, procurando ampliar a sua rede de ação, envolvendo as comunidades escolares, grupos de famílias, governos, empresas e grupos comunitários, entre outros. Deve contribuir para a superação da pobreza, pois a tecnologia possibilita a construção de ativos ligados à posse e ao uso da informação. Numa perspectiva macro, além destas justificativas baseadas nos pontos positivos da educação aproximativa, acrescentamos a flexibilidade, significatividade e personalização. No entanto, para ações de educação permanente mediadas pelas TICs, destacamos a colaboração e a interação

como ações fundamentais no processo de educação, não somente como uma categoria espacial, mas como elemento sinérgico e holístico, onde o ato de aproximar se justifica semanticamente em sua essência.

Mediada pelas TICs, a educação aproximativa deve fundamentar a prática pedagógica em ações e estratégias, que possibilitem a colaboração e a interação entre os participantes e as tecnologias utilizadas para o desenvolvimento de habilidades comunicativas, de responsabilidade individual, da negociação, dentre outros, como essenciais para a aprendizagem. É no coletivo que a organização para a aprendizagem se estabelece, definindo o papel das TICs no sistema de educação como potencializador na construção do conhecimento, fortalecendo as práticas de compartilhamento entre os sujeitos que constituem o sistema, conformando assim, uma aprendizagem colaborativa.

Segundo Silva (2006), a prática colaborativa no processo de aprendizagem deve envolver todos os membros do grupo e vai além da simples distribuição de tarefas, pois pressupõe reciprocidade, co-criação e o empoderamento de todos, num processo ininterrupto de ressignificação. Reforçando esta concepção, afirma que a aprendizagem colaborativa vai além do compartilhar informações e da oferta de contribuições; envolve participação co-responsável na elaboração conjunta dos planos, projetos e propostas de ação, criação de relações de confiança mútua, cumplicidade, comprometimento, reciprocidade e reconhecimento da interdependência (ALMEIDA, 2007).

Assim, o uso das TICs na educação permanente dos ACS e ACE, requer uma reflexão mais ampla sobre o papel da educação e, mais especificamente, as possibilidades de exploração dessas tecnologias inclusivas no processo de aprendizagem e capacitação profissional na saúde coletiva. Deve

servir como instrumento que interfere no processo de desenvolvimento local, provocando mudanças no modo de agir, sentir e pensar, tanto nos sujeitos envolvidos no processo de formação quanto das comunidades atendidas por eles.

### **INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: ELEMENTOS APROXIMATIVOS PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS ACS**

Tanto quanto em outro campo profissional, na saúde, a educação aproximativa mediada por TICs pode contribuir para fundamentar uma prática pedagógica consubstanciada pela cultura do aluno/trabalhador; o uso e fortalecimento da experiência construída no ambiente de sua prática, como fundamento de programas de formação em serviço, ampliando possibilidades de universalizar os saberes locais e a troca de experiências, democratizando estes conhecimentos.

Um projeto de inclusão digital dos ACS deve sugerir um desenho metodológico a partir de estratégias que possibilitem o acesso e o desenvolvimento de competências e habilidades práticas em informática básica, por meio de tecnologias inclusivas para a informação, educação e comunicação em saúde, tomando como referência as seguintes dimensões destacadas por Guerreiro:

(1) Infoeducação: produção de informações orientadas para desenvolver a capacidade humana de autoconhecimento e o conhecimento coletivo de forma cognitiva e emocional;

(2) Infocultura: valorização da identidade cultural e das tradições da comunidade local, produzindo e tratando informações a partir de talentos artísticos, costumes, hábitos e características próprias da comunidade;

(3) Aprendizagem tecnológica: realização de cursos de informática e qualificação do usuário para navegação na internet, como infovia global de conhecimento e inteligência coletiva, além de seu preparo profissional no campo das novas tecnologias de informação e comunicações;

(4) Gestão da demanda social: adequação das aplicações em tecnologia de informação e comunicação aos interesses e necessidades da comunidade local, inovando conforme a demanda de desenvolvimento local e a vocação do lugar;

(5) Cidadania Digital: desenvolvimento de iniciativas voltadas à difusão de ações e de serviços locais na internet por meio da formação de comunidade virtuais;

(6) Tecnologia social: promoção e estímulo a soluções inovadoras aos problemas da comunidade, geradas para e pela própria comunidade em rede local e global;

(7) Rede de inclusão digital: implantação de ambientes e pontos de acesso à internet e de centrais de mídia digital, conectando a comunidade em rede local e global (GUERREIRO, 2006).

A formação, desde a sua construção metodológica, deve sugerir caminhos para a educação permanente dos profissionais. Além disso, incluir digitalmente os ACS representa um acompanhamento dos avanços tecnológicos que podem aprimorar o processo de conhecimento à distância ou semipresencial destes profissionais, além de possibilitar aos indivíduos, família e comunidades, a construção e o acesso a uma rede de informação mais qualificada, de educação e comunicação nas questões de saúde pública, auxiliando-as nos processos de cuidar de sua própria saúde, melhorando, assim, a qualidade de suas vidas por meio das

tecnologias como promotoras do processo de desenvolvimento humano local e regional, com vistas à promoção da saúde.

Desde o seu planejamento, um projeto de inclusão digital deve ser pensado como um meio facilitador dos processos de educação permanente, que, entre outras coisas, proporciona às populações menos favorecidas a ampliação do acesso à informação, educação e comunicação em saúde, como forma de promover uma maior aproximação e preparação para os recursos midiáticos inclusivos que estão ao alcance e, ainda, outros que possam ser incorporados nas suas práticas profissionais. Deve desenvolver competências de leitura crítica dos meios de comunicação de massa e educação para a saúde; fortalecer os laços e significações entre a sociedade e os ACS e as TICs e, finalmente, promover e fortalecer as ações colaborativas para a construção do conhecimento, respeitando as características e saberes locais.

Uma proposta de educação permanente de ACS mediada por TICs deve, também, considerar os princípios da colaboração e da interação como fundamentos norteadores para a escolha dos suportes tecnológicos, das linguagens de comunicação, dos sistemas e ambientes virtuais de aprendizagem, entendendo este último como um espaço fecundo de significação onde seres humanos e objetos técnicos interagem, potencializando assim a construção de conhecimentos, (SANTOS, 2003). Assim, faz-se necessário construir e incentivar ambientes virtuais, onde os ACS possam ampliar seus potenciais na cadeia dialética da ação-reflexão-ação em busca de respostas às questões do processo saúde-doença-cuidado e qualidade de vida entre os sujeitos em relação (gestores, equipes da Estratégia Saúde da Família e comunidades). Cadeia esta capaz de promover ambientes, também colaborativos, nos processos de ensino-aprendizagem apoiados por tecnologias inclusivas. Estas, por sua

vez, a serviço do repensar dos sentidos e significados na dinâmica de promoção social da saúde, cuja base se sustenta na informação, educação e comunicação orientadas para a autonomia e emancipação desses sujeitos. Portanto, essa promoção se impõe na era da “revolução tecnológica” a novos olhares sobre as singularidades, pluralidades e diversidades, todas como elementos compreensivos das realidades trabalhadas pelos ACS.

### **ALFABETIZAÇÃO MIDIÁTICA E INFORMACIONAL (AMI) COMO ESTRATÉGICA DE CAPACITAÇÃO**

No contexto do PACS, é preciso refletir sobre as possibilidades de educação permanente de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate a Endemias (ACE) como exercício de inclusão digital e social baseado no compartilhamento, na solidariedade, democratização de conteúdos e informações sobre saúde, e no processo de educação aproximativa mediada por tecnologias inclusivas. Como ponto de partida, adotou-se a metodologia descrita em programas de formação em AMI (Alfabetização Midiática e Informacional), indicados e validados pela UNESCO em todo o mundo. A AMI é um método de capacitação também adequado à formação dos ACS/ACE.

Forma e conteúdo se mesclam com as novas TICs e as ações de comunicação revelam que os ACS/ACE de hoje estão fortalecidos, após trinta anos de atividade do PACS no território brasileiro. Essa experiência e trajetória precisam também ser revalorizadas pelas tecnologias, no compartilhamento de produtos e serviços de informação com comunidades que se integram nas práticas de leitura e rotinas que já adotam computadores e o telefone celular. Para que esse movimento se amplie estrategicamente, viabilizando o PACS como uma política pública assertiva e produtiva em termos de TICs, essas novas comunidades virtuais de ACS e

ACE precisam de melhores condições instrumentais e conectividade apropriada, além de uma capacitação focada nesse cenário. Deve-se priorizar nessa análise o trabalho dos agentes comunitários (ACS/ACE), que atuam nas ações de comunicação e prevenção agindo como “mediadores”, também, nos espaços virtuais.

Além da informalidade que compreende essa evolução das ações instrumentais com a tecnologia nas redes sociais, por exemplo, deve-se esperar que a gestão pública do Brasil incremente ações para fazer uso desses recursos na política em saúde coletiva. Trabalhando diretamente como mediadores no ambiente comunitário, os ACS/ACE têm um potencial importante e podem ser sujeitos estratégicos. Trata-se da valorização das ações comunicativas dos ACS, dos ACE e sua atuação nas comunidades, viabilizando, também, a integração de dados (populacionais, de enfrentamento de epidemias, sobre o meio ambiente, qualidade de vida, etc.) coletados e os que são captados nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF).

A construção de um projeto conjunto de pesquisadores, ligados a disciplinas diversas, é uma tentativa de elucidar os modelos e efeitos da comunicação, em um cenário onde os conteúdos tratados respondem por ações de atenção básica à saúde e defesa da vida. A sociedade contemporânea vive situações de crise sanitária e uma pandemia sem precedentes, que se expandem para uma crise econômica de dimensão global. No que diz respeito aos aspectos de prevenção à doenças e à percepção da qualidade de vida como uma prática de cidadania, retomamos aspectos destacados por autores humanistas, que observam esses momentos como oportunidades de renovação e superação. Cidadania na saúde compreendida como um ato solidário, que surge da mediação e da comunicação entre pessoas em um momento de crise. Em

ações educativas que ajudem, inclusive, a elucidar escolhas com o uso adequado de informações.

Os Estados-membros da UNESCO e muitas organizações internacionais, como a Federação Internacional de Associações de Bibliotecários e Instituições (IFLA) e a OPAS, por exemplo, têm incentivado os estudos que promovem a inclusão digital das pessoas. Defendem que soluções digitais e suas respectivas metodologias, se desenhadas de forma cuidadosa, considerando perfil e contexto, aspectos sociais, culturais e outros, podem ajudar no desenvolvimento social e humano. Em documento publicado sobre o tema, a UNESCO, apoiada nas pesquisas de vários países do mundo, afirma que populações mais vulneráveis podem ser cruelmente afastadas dos processos educativos.

É também um trabalho de resgate para ajudar na atualização de alguns profissionais, considerados estratégicos nos processos de educação formal. A proposta em curso reformula o método de trabalho e a experiência no IDEIAS, agora incluindo a ação de professores da rede pública e a experiência e prática dos ACS/ACE. A partir dos conceitos de Alfabetização Midiática e Informacional (AMI), formar com competências, habilidades e atitudes para uso e entendimento das funções da mídia na sociedade atual, tendo como referência a ação comunicativa do ACS/ACE, e priorizando a correlação possível entre os conteúdos e as práticas desses profissionais. Tratam-se dos mecanismos que explicam o processo de alfabetização em informação (Information Literacy) e comunicação, em uma prática com impacto social significativo. A pesquisa tanto explora estudos sobre técnicas de tratamento e organização da informação, quanto apresenta, a partir de análise de perfil e contexto dos ACS/ACE, os novos modelos de mediação e ação desses profissionais, destacando o componente qualificado da comunicação extensiva (SI-

MEÃO, 2006), de todos para todos (MENDONÇA, 2007), para empreender cursos de formação em ColInfo/AMI adaptados à realidade dos ACS/ACE no Brasil. A integração com as escolas vai permitir uma ampliação dos territórios de ação dos ACS e ACE, e o compartilhamento de saberes com os profissionais da educação formal no espaço da escola pública.

Para publicar as diretrizes que propõem uma reforma curricular nas escolas, com base em uma revisão geral das estratégias de inclusão digital para pessoas com baixa qualificação e alfabetização, durante dois anos a UNESCO avaliou quatorze estudos de caso, sob o crivo de um grupo internacional de especialistas e com contribuições das comunidades. A cartilha, publicada e divulgada amplamente nas plataformas e redes institucionais da entidade, promete facilitar a aquisição de habilidades básicas no uso de computadores, popularizar a implementação do uso de tecnologias de informação e comunicação (TIC) para o desenvolvimento sustentável e a paz.

Os professores foram a primeira categoria profissional contemplada com uma proposta concreta de formação da UNESCO, descrita com um currículo direcionado a essa capacitação com TICs. Esse guia traz as diretrizes, adaptadas pelo estudo multicêntrico com os Agentes. Essa deve ser a lógica da formação de novos profissionais e, também, da atualização das práticas para o futuro. No Brasil, poucos autores publicaram sobre o tema no período de tempo que envolveu as décadas de 1970 a 90, mas é possível verificar um crescimento e um avanço no período de 2000 a 2015, com estudos mais aprofundados e projetos de aplicação prática, principalmente em escolas com a participação e a utilização das bibliotecas escolares como espaço e laboratório de novas práticas com as TICs.

Uma das principais ações reformuladas a partir dos conceitos de Alfabetização Midiática e Informativa (AMI) é a integração da formação para a prática de pesquisa com as técnicas de escolha de fontes confiáveis. Integra-se, também aos currículos, a formação de competências, habilidades e atitudes para o uso e entendimento das funções da mídia na sociedade. Ou seja, além de uma formação técnica convencional, espera-se que a formação traga aos seus alunos uma percepção mais crítica da sociedade (AUSUBEL, FREIRE, etc.). Um projeto de comunicação que priorize a correlação possível entre os conteúdos e os limites dos usuários, deve contemplar uma reflexão mais crítica da tecnologia. Tratam-se dos mecanismos que explicam o processo de alfabetização em informação e comunicação.

Foi nos Estados Unidos que Paul Zurkowski (1974) mencionou, em relatório pioneiro da Information Industries Association, que o advento da evolução das TICs exigiria das pessoas a necessidade de buscar novos conhecimentos e habilidades. O consultor, inspirado no acesso e uso da informação em bibliotecas, chamou de Information Literacy essa capacidade, traduzida em conhecimentos, habilidades e atitudes. No Brasil, muitos autores pactuaram o conceito como “Competência em Informação” (ColInfo) com os trazidos pela Information Literacy (SANTOS; SIMEÃO; BELLUZZO, 2018; SIMEÃO et al, 2019, etc.). Zurkowski (1974) recomendou que essa competência fosse apoiada por movimento nacional nos EUA e que os recursos de informação fossem aplicados às situações de trabalho, por meio do aprendizado de técnicas e habilidades para a utilização de ferramentas de acesso e uso da informação a partir de fontes primárias, utilizadas para a solução de problemas. No Brasil algumas iniciativas como a “Declaração de Maceió”, o “Manifesto de Florianópolis” e a “Carta de Marília” trazem orientações e compromissos importantes para a construção da AMI no Brasil.

Métodos e práticas de ColInfo ou AMI tanto exploram estudos sobre técnicas de tratamento e organização da informação, quanto apresentam, a partir de análise de perfil e contexto (neste caso, no campo da saúde), os novos modelos de mediação, notadamente em situação de crise. Para atingir esse objetivo no campo da saúde, foi iniciado o estudo amplo da plataforma pacs30anos. Esse instrumento de investigação distribuído em seis módulos, deverá avaliar resultados da aplicação de questões para observar aspectos qualitativos e quantitativos, destacando o componente qualificado de comunicação aplicada aos agentes comunitários de saúde, que atuam com profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) em todo o Brasil. Com abordagem híbrida e à partir desse perfil e contexto, integrados à interpretação global de todos os módulos, será possível empreender cursos de formação em AMI, adaptados à situação dos ACS/ACE no Brasil.

Para a formulação dessa nova agenda, devemos tomar como referencial os desafios impostos pela pandemia da COVID-19, em um cenário onde os ACS e ACE já teriam acúmulo de saberes e práticas nas capacidades de atenção e gestão do conhecimento de abordagens familiar e comunitária. São trinta anos de experiência e vivências. Nesse “novo normal”, o cenário sanitário impactará a saúde coletiva por muitos anos. Necessitamos resgatar a importância do trabalho desses profissionais e suas habilidades valiosas para planificar, monitorar e avaliar as situações de saúde-doença-cuidado, considerando expectativas e necessidades singulares, específicas da população, e seus territórios de atuação.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M.E.B. de. (org.). Formação de Educadores a distância e integração de mídias. São Paulo: Avercamp, 2007.
- BONNAL, P. Desenvolvimento territorial sustentável. Carta Maior, sexta-feira, 12 de outubro de 2007.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm) Acesso em: 15 de mai. de 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria Nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em 27 de jul. de 2021.
- CAVALLO, Guglielmo; CHARTIER, Roger (orgs). História da Leitura no Mundo Ocidental., São Paulo: Ática, 1988 (Múltiplas Escritas, L v. 1-2).
- DAL POZ, M.R. Os Agentes Comunitários de Saúde: algumas reflexões. Interface-Comunicação e Saúde, Educação, v.6, n. 10. 75-94, fev.2002.
- GUERREIRO, E.P. A Cidade Digital: infoinclusão social e tecnologia em rede. São Paulo: Editora SENAC, 2006.
- LIPOVETSKY, G. Os tempos hipermodernos. São Paulo: Barcarolla, 2004.
- LUNARDELO, S.R. Trabalho do Agente Comunitário de Saúde nos núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto – São Paulo. Dissertação. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, 2004.
- MENDONÇA, A. V. M. Os processos de comunicação e o modelo Todos-Todos: uma relação possível com o Programa Saúde da Família. 1. ed. Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da UnB, 2007.
- MENDONÇA, A. V. M. Transferência da informação para inclusão digital: integrando redes sociais e tecnológicas. 1. ed. Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2008.
- MENDONÇA, A.V. M; LINHARES, R. SOUSA, M. F. Metodologias para programas de Alfabetización digital: uma experiencia com agentes comunitários en salud en Sergipe (Brasil). In: Aurora Cuevas Cerveró; Elmira Simeão. (Orgs.).

- Alfabetización informacional e inclusión digital: hacia un modelo de infoinclusión social (no prelo). 01ed. Madrid: TREA, 2011, v. 01, p. 98-120.
- MIRANDA, A. L. C. ; SIMEÃO, E. L. M. S. Da comunicação extensiva ao hibridismo e animaverbivocovisualidade (AV3). Informação & Sociedade (UFPB. Online), v. 24, p. 49, 2014.
- MIRANDA, A.; SIMEÃO, E. (Org.). Alfabetização digital e acesso ao conhecimento. Brasília: Universidade de Brasília, Departamento de Ciência da Informação e Documentação Brasília: UnB/CID 2006. Série Comunicação da Informação Digital, vol.
- NOGUEIRA, R. P. et al. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis – O Agente Comunitário de Saúde. Brasília: Ministério do Planejamento/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2000.
- SANTOS, Edméa Oliveira dos. “Ambientes virtuais de aprendizagem”: problematizando práticas curriculares. In: LYNN, Alves; NOVA, Cristiane (Org). Educação e tecnologia: trilhando caminhos. Salvador: Editora da UNEB, 2003.
- SANTOS, M.R. Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde da Região de Juiz de Fora-MG. Tese de Doutorado-Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2006.
- SANTOS, R. B.; SIMEÃO, E. L. S.; BELLUZZO, R. C. B. Competência em Informação (CoInfo) no Bibliotecário protagonista: estudo do perfil da Rede de Bibliotecas de Pesquisa do MCTIC à luz do Diagrama Belluzzo®. PESQUISA BRASILEIRA EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO E BIBLIOTECONOMIA, v. 13, 2018, p. 01. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/pbcib/article/view/40534>. Acesso em: 15 jul. 2021.
- SILVA, J.A. da e DALAMASO, A.S.W. Agentes Comunitários de Saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.
- SILVA, M. Sala de aula interativa. Rio de Janeiro: Ed. Quartet, 2006.
- SIMEÃO, E. L. M. S. Talleres de alfabetización en información en el contexto de la salud colectiva: explicaciones sobre la propuesta y los resultados de su implementación en Sobradinho (DF, Brasil). In: Aurora Cuevas Cerveró; Elmira Simeão. (Org.). Alfabetización informacional e inclusión digital: hacia un modelo de infoinclusión social (no prelo). 01ed. Madrid: TREA, 2011, v. 01, p. 98-120.
- SIMEÃO, E. Comunicação extensiva e informação em rede. In: Série Comunicação da Informação Digital, Universidade de Brasília, Departamento de Ciência da Informação e Documentação Brasília: UnB/CID, 2006. Série Comunicação da Informação Digital, vol. 02.
- SIMEÃO, E. L. M. S. et al. Estruturação estratégica do campo científico da Competência em Informação (CoInfo) no Brasil: integrando redes e instituições. Revista Ibero-Americana De Ciência Da Informação, v. 12, p. 440-453, 2019. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/RICI/article/view/21769>. Acesso em: 15 jul. 2021
- SODRÉ, Muniz. Objeto da comunicação é a vinculação social. Entrevista de Muniz Sodré de Araújo Cabral (UFRJ) a Desirée Rabelo (UMESP). PCLA, v. 3, n.1, out./nov./dez. 2001.
- SOUSA, M. F; MENDONÇA, A. V. M. O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: ARTICULADOR DA GESTÃO NA ATENÇÃO BÁSICA NOS TERRITÓRIOS BRASILEIROS. In: Francis Sodré; Maria Angélica Carvalho Andrade; Rita de Cássia Duarte Lima; Ana Claudia Pinheiro Garcia. (Org.). Gestão em saúde: reflexões no campo da saúde coletiva. 1ed.Vitória/ES: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2016, v. 1, p. 225-241.
- SOUSA, M.F. de. Agentes Comunitários de Saúde: choque de povo. São Paulo: Hucitec, 2001.
- TENDLER, J. Bom Governo nos trópicos: uma visão crítica. Rio de Janeiro: Revan, Brasília-DF: ENAP, 1998.
- TRAPÉ, C. A. A prática Educativa dos Agentes Comunitários do PSF à luz da categoria práxis. Dissertação. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2005.
- UNESCO, Alfabetização midiática e informacional (AMI). Currículo para a formação de professores. Disponível em <https://en.unesco.org/themes/literacy-all/pearson-initiative/guidelines>



## DADOS DOS AUTORES:

### **Adriana Katia Corrêa**

Enfermeira, professora associada do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP - Universidade de São Paulo atuando especificamente no Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem. Está envolvida com a formação de professores da educação profissional em saúde/enfermagem e do ensino superior, participando de projetos / políticas nacionais e locais de formação como: PROFAE, Formação de Ativadores de Processos de Mudanças na Formação Superior de Profissionais de Saúde, Projeto TEC-Saúde - SP. É responsável pelo Laboratório de Práticas Pedagógicas do Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem.

### **Ana Valéria Machado Mendonça**

Jornalista, é professora Associada da Universidade de Brasília, doutora em Ciência da Informação (UnB) e mestre em Comunicação e Cultura (UFRJ), com pós- doutorado na Université du Québec à Montréal.

### **Carlos Humberto Spezia**

Licenciado em Letras, participou da implementação do projeto PROFAE, possui mestrado em Linguística e doutorado em Pedagogia. Tem trabalhado com o tema da educação profissional há mais de quinze anos.

### **Claudia Vilela de Souza Lange**

Pedagoga, Mestre em Educação Profissional em Saúde pela EPSJV/Fiocruz. Especialista em Planejamento, Desenvolvimento e Gestão de Projetos em Saúde pela FURB. Especialista em Gestão Pedagógica pela UFMG. Diretora ETSUS Blumenau Dr Luiz Eduardo Caminha.

### **Daniela Maysa de Souza**

Enfermeira. Doutora e Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Especialista em Enfermagem em Cardiologia pela São Camilo e em Gestão Pedagógica pela UFMG. Coordenadora Técnico Pedagógica ETSUS Blumenau Dr Luiz Eduardo Caminha. Professora Universidade Regional de Blumenau – Departamento de Medicina.

### **Denise Rodrigues Fortes**

Enfermeira com Mestrado Profissional em Saúde Pública: Gestão em Saúde/ Gerente de Educação Permanente da Escola Técnica do SUS Professora Ena de Araújo Galvão- Secretária de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul.

### **Eliana Maria de Oliveira Sá**

Dentista, especialista em Saúde Coletiva e mestre em Educação. Trabalha atualmente na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, MG.

### **Elmira Luzia Melo Soares Simeão**

Graduada em Comunicação Social. Professora Associada da Universidade de Brasília, doutora em Ciência da Informação (UnB) e mestre em Comunicação e Cultura (UFRJ), com pós- doutorado na Universidade Complutense.

### **Ena de Araújo Galvão**

Pedagoga, especialista em Educação Tecnológica e mestre em Ciências da Saúde. Trabalhou durante 40 anos na Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Saúde.

### **Ewângela Aparecida Pereira**

Pedagoga com Mestrado em Educação/ Gerente de Assessoramento Pedagógico da Escola Técnica do SUS Professora Ena de Araújo Galvão - Secretária de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul.

### **Francisca Valda da Silva**

Enfermeira, mestre em ciências Sociais. Professora aposentada da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Professora Honoris Causa da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERJ). Conselheira Nacional de Saúde - dezembro de 2003 a dezembro de 2007; dezembro de 2016 a dezembro de 2021. Coordenadora da Comissão Inter setorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho do Conselho Nacional de Saúde. Presidente da ABEn Nacional – Gestão 2001-2004; Gestão 2004-2007; Gestão novembro de 2019 a dezembro de 2020. Brasília, Distrito Federal, Brasil. Coordenadora Adjunta da Comissão Nacional de Saúde das Mulheres (CISMU) de 2016 a 2018. Coordenadora Adjunta da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) de 2016 a 2019.

### **Laura Maria Pinheiro Leão**

Pedagoga com Mestrado em Saúde Pública: Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Escolar. Coordenadora Pedagógica da Escola Técnica de Saúde do Centro de Educação Profissional e Tecnológica da Universidade Estadual de Montes Claros-ETS/CEPT/Unimontes.

### **Maria Fátima Sousa**

Enfermeira. Professora Associada da Universidade de Brasília, doutora em Ciências da Saúde (UnB) e mestre em Ciências Sociais (UFPB), com pós-doutorado realizado na Université du Québec à Montréal.

### **Marise Ramos**

Licenciada em Química. Especialista em Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz). Professora Associada da Faculdade de Educação da Universidade do Estado do Rio de

Janeiro (Uerj). Doutora em Educação (Universidade Federal Fluminense - UFF), com pós-doutorado em Etnossociologia do Conhecimento Profissional (Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro de Portugal – UTAD). Docente do quadro permanente dos Programas de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde da EPSJV/Fiocruz e em Políticas Públicas e Formação Humana da Uerj.

### **Patrícia Araújo Gonçalves**

Licenciada em Ciência Política (UNB) e em Gestão de Políticas Públicas (UNB). É especialista em Avaliação em Saúde pela ENSP/FIOCRUZ e Gestão Pública UCAM/RJ. Trabalha há oito anos como Analista Técnica de Políticas Sociais no Ministério da Saúde.

### **Rafael de Lima Bilio**

Pedagogo. Doutor em Educação (UFF). Pesquisador em Saúde Pública e Assessor da Vice Direção de Ensino da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ.

### **Sílvia Helena Mendonça de Moraes**

Pedagoga e Psicóloga, com Mestrado em Saúde Pública. Pesquisadora em Saúde Pública da Fiocruz Mato Grosso do Sul.

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

*Agentes Comunitários de Saúde* 8, 12, 16, 25, 27, 35, 37, 41, 80, 108, 109, 112, 118, 121, 125, 126, 131, 134, 135

*atitudes* 8, 12, 16, 25, 27, 35, 37, 41, 80, 108, 109, 112, 118, 121, 125, 126, 131, 134, 135

### B

*Base Nacional Comum Curricular* 8, 12, 16, 25, 27, 35, 37, 41, 80, 108, 109, 112, 118, 121, 125, 126, 131, 134, 135

### C

*competências* 8, 12, 16, 25, 27, 35, 37, 41, 80, 108, 109, 112, 118, 121, 125, 126, 131, 134, 135

*controle social* 8, 12, 16, 25, 27, 35, 37, 41, 80, 108, 109, 112, 118, 121, 125, 126, 131, 134, 135

*currículo integrado* 8, 12, 16, 25, 27, 35, 37, 41, 80, 108, 109, 112, 118, 121, 125, 126, 131, 134, 135

### D

*Diretrizes Curriculares Nacionais do Ensino Médio* 8, 12, 16, 25, 27, 35, 37, 41, 80, 108, 109, 112, 118, 121, 125, 126, 131, 134, 135

### E

*educação profissional* 8, 12, 16, 25, 27, 35, 37, 41, 80, 108, 109, 112, 118, 121, 125, 126, 131, 134, 135

*Educação Profissional Técnica* 8, 12, 16, 25, 27, 35, 37, 41, 80, 108, 109, 112, 118, 121, 125, 126, 131, 134, 135

*ensino-aprendizagem* 8, 12, 16, 25, 27, 35, 37, 41, 80, 108, 109, 112, 118, 121, 125, 126, 131, 134, 135

*Escolas Técnicas do SUS/ETSUS* 8, 12, 16, 25, 27, 35, 37, 41, 80, 108, 109, 112, 118, 121, 125, 126, 131, 134, 135

*especialização* 8, 12, 16, 25, 27, 35, 37, 41, 80, 108, 109, 112, 118, 121, 125, 126, 131, 134, 135

*Estratégia Saúde da Família* 8, 12, 16, 25, 27, 35, 37, 41, 80, 108, 109, 112, 118, 121, 125, 126, 131, 134, 135

### F

*financiamento da formação técnica* 8, 12, 16, 25, 27, 35, 37, 41, 80, 108, 109, 112, 118, 121, 125, 126, 131, 134, 135

### H

*habilidades* 8, 12, 16, 25, 27, 35, 37, 41, 80, 108, 109, 112, 118, 121, 125, 126, 131, 134, 135

*habilitação profissional* 8, 12, 16, 25, 27, 35, 37, 41, 80, 108, 109, 112, 118, 121, 125, 126, 131, 134, 135

### I

*integração ensino-serviço* 8, 12, 16, 25, 27, 35, 37, 41, 80, 108, 109, 112, 118, 121, 125, 126, 131, 134, 135

### P

*perfil profissional* 8, 12, 16, 25, 27, 35, 37, 41, 80, 108, 109, 112, 118, 121, 125, 126, 131, 134, 135

*Política Nacional de Educação Permanente em Saúde* 8, 12, 16, 25, 27, 35, 37, 41, 80, 108, 109, 112, 118, 121, 125, 126, 131, 134, 135

*práticas pedagógicas* 8, 12, 16, 25, 27, 35, 37, 41, 80, 108, 109, 112, 118, 121, 125, 126, 131, 134, 135

*práxis* 8, 12, 16, 25, 27, 35, 37, 41, 80, 108, 109, 112, 118, 121, 125, 126, 131, 134, 135

### Q

*qualificação profissional* 8, 12, 16, 25, 27, 35, 37, 41, 80, 108, 109, 112, 118, 121, 125, 126, 131, 134, 135

### R

*reforma sanitária* 8, 12, 16, 25, 27, 35, 37, 41, 80, 108, 109, 112, 118, 121, 125, 126, 131, 134, 135

### S

*sistema educacional brasileiro* 8, 12, 16, 25, 27, 35, 37, 41, 80, 108, 109, 112, 118, 121, 125, 126, 131, 134, 135

### T

*tecnologias* 8, 12, 16, 25, 27, 35, 37, 41, 80, 108, 109, 112, 118, 121, 125, 126, 131, 134, 135

*trabalhadores* 8, 12, 16, 25, 27, 35, 37, 41, 80, 108, 109, 112, 118, 121, 125, 126, 131, 134, 135

Formação técnica de nível médio de  
saúde do SUS e para o SUS:  
desafios e perspectivas



*Todos os autores tiveram contribuições  
por igual na construção dos textos.*



ISBN 978-65-87180-74-8



9 786587 180748 >

ISBN 978-65-87180-74-8



ISBN 978-65-87180-74-8